



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**

**“Habilidades Sociales y Síntomas de Ansiedad Social en
Estudiantes Universitarios”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Pablo Manuel Gayosso Chávez

DIRECTOR:

DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA

Pachuca de Soto, Hidalgo, 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
 P R E S E N T E

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Pablo Manuel Gayosso Chávez** bajo la **modalidad de tesis** cuyo título es: "**Habilidades sociales y síntomas de ansiedad social en estudiantes universitarios**" debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

ATENTAMENTE

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

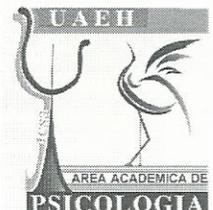
Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Rebeca Guzmán Saldaña	Presidente	
Dr. Arturo del Castillo Arreola	Primer Vocal	
Dr. Rubén García Cruz	Segundo Vocal	
Đra. Angélica Romero Palencia	Tercer Vocal	
Dra. Flor de María Erari Gil Bernal	Secretario	
Dra. Claudia González Fragoso	Suplente	
Lic. Jesús Antonio Carrillo Citalán	Suplente	

San Agustín Tlaxiaca, Hgo. 2i de abril de 2015

C.c.p Archivo



Ex. Hacienda la Concepción Tlxcuautla, Hidalgo
 Tel. 01 771 71 720-00 ext. 5104, 5118 y 4313
 Correo electrónico: jefaturapsicologiauah@gmail.com



Índice

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
Introducción	viii
Capítulo 1. Trastorno de ansiedad social	10
Epidemiología	10
Estadísticas Mundiales	10
Estadísticas Nacionales	10
Trastornos de Ansiedad	12
Definición y características de la ansiedad social	15
Criterios diagnósticos de la ansiedad social según el DSM-V	16
Situaciones temidas por las personas con ansiedad social	18
Factores asociados al surgimiento de la ansiedad social	19
Modelo de génesis de la ansiedad social	23
Fase de génesis de la ansiedad social	23
Fase de desarrollo de la ansiedad social	25
Fase de mantenimiento de la ansiedad social	26
Evaluación de la ansiedad social	27
Entrevistas abiertas	27
Entrevista Estructurada	27
Entrevistas semiestructuradas	28
Autorregistros	28
Escalas psicométricas	28
Medidas fisiológicas	31
Evaluación cognitiva	31
Ansiedad social en estudiantes universitarios	31
Capítulo 2. Habilidades Sociales	35
Definición	35
Modelos explicativos de las habilidades sociales	37
Teoría del aprendizaje social	38

El análisis experimental de la ejecución social	39
Modelos interactivos	40
Principales características de las habilidades sociales	41
Los elementos componentes de la habilidad social	44
Los componentes conductuales	45
Componentes Moleculares	47
Los componentes paralingüísticos	52
Los componentes cognitivos	52
Variables cognitivas del individuo.	52
Habilidades sociales en estudiantes universitarios	53
Habilidades sociales y ansiedad social	58
Justificación	60
Método	63
Pregunta de investigación.....	63
Objetivos.....	63
Objetivo general.....	63
Objetivos específicos	63
Hipótesis conceptual.....	63
Hipótesis estadísticas	64
Variables	65
Participantes	67
Tipo de estudio y diseño	68
Instrumentos	69
Ansiedad Social:	69
Habilidades Sociales.....	69
Parte Cognitiva (EMES-C).....	70
Parte Motora (EMES-M).....	71
Procedimiento	72
Resultados	73
Discusión y Conclusiones	109
Sugerencias y Limitaciones	115

Referencias.....	116
------------------	-----

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución por sexo.....	67
Figura 2. Distribución por carrera	68
Figura 3. Distribución por Edad.....	68
Figura 4. Medias aritméticas de cada uno de los niveles de la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M).....	78
Figura 5. Medias aritméticas de cada uno de los niveles de la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C).	80

Índice de Tablas

Tabla 1. Informes más utilizados para la evaluación de la Ansiedad Social.	28
Tabla 2. Definición de variables	65
Tabla 3. Descriptivos de ansiedad social en la muestra total	73
Tabla 4. Medias, DE y punto de corte por sexo de Ansiedad Social	74
Tabla 5. Porcentaje,punto de corte por sexo en riesgo de Ansiedad Social	75
Tabla 6. Descriptivos de la Escala Multifuncional de Expresión Social Parte Motora en la muestra total	76
Tabla 7. Descriptivos de la Escala Multifuncional de Expresión Social Parte Cognitiva en la muestra total	77
Tabla 8. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C) en la muestra Total	82
Tabla 9. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C) en la muestra de riesgo	83
Tabla 10. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en la muestra Total	85
Tabla 11. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en la muestra de riesgo	87

Tabla 12. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Psicología.	88
Tabla 13. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Psicología.	90
Tabla 14. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Gerontología.	91
Tabla 15. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Gerontología.	93
Tabla 16. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Enfermería.	94
Tabla 17. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Enfermería.	96
Tabla 18. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Medicina.	97
Tabla 19. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Medicina.	99
Tabla 20. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Odontología.	100
Tabla 21. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Odontología.	102
Tabla 22. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Nutrición.	103
Tabla 23. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Nutrición.	105
Tabla 24. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Farmacia.	106
Tabla 25. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Farmacia.	108

RESUMEN

La ansiedad social presenta una tasa de prevalencia mundial de aproximadamente 10% (Arenas & Puigcerver, 2009). Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (Medina-Mora et al., 2003), informaron en México una prevalencia en población adulta (18-65 años) de 3.8% en hombres y 5.4% en mujeres, con una prevalencia total de 4.7%. Por otra parte se conoce que existe una prevalencia del 3.9% en universitarios (Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez & Paez, 2008). Las situaciones sociales que generan ansiedad social pueden ser variadas: hablar en público, realizar acciones en presencia de otros, iniciar y mantener conversaciones, entre otras. Entre los estudios realizados a nivel mundial y en México, que han relacionado los niveles de habilidad social y los niveles de ansiedad social se ha encontrado que a mayor nivel de ansiedad social, menor será el nivel de las habilidades sociales en los sujetos. El objetivo de estudio fue determinar la relación entre los niveles de ansiedad social y habilidades sociales en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH. Participaron 544 estudiantes de las Licenciaturas, seleccionados de manera no probabilística. Para evaluar las variables se utilizaron el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) y la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) y Cognitiva (EMES-C) adaptada para población mexicana. Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson, obteniendo relaciones negativas estadísticamente significativas entre la EMES-M que evalúa la habilidad social del sujeto y el nivel de ansiedad social; relaciones positivas estadísticamente significativas entre la EMES-C que evalúa la frecuencia de los pensamientos negativos en situaciones sociales y el nivel de ansiedad social. A partir de los resultados de este estudio se podrá generar información actualizada sobre la ansiedad social en estudiantes universitarios, y modelos de intervención para sujetos con síntomas de ansiedad social.

Palabras Clave: Ansiedad social, Habilidades sociales, Estudiantes, Universitarios.

ABSTRACT

Social anxiety has a global prevalence rate of about 10% (Arenas & Puigcerver, 2009). Results from the National Comorbidity Survey (ENEP) (Medina -Mora et al., 2003), reported in Mexico prevalence in the adult population (18-65 years) of 3.8 % in men and 5.4 % in women, with an overall prevalence of 4.7 %. It is known that there is a prevalence of 3.9 % in university (Robles, Espinosa Padilla , Alvarez & Paez, 2008). Social situations that generate social anxiety can be varied: public speaking, performing actions in the presence of others, initiating and maintaining conversations, among others. Among the studies conducted worldwide and in Mexico, which have linked social skill levels and levels of social anxiety has been found that higher levels of social anxiety, the lower the level of social skills in subjects.. The purpose of the study was to determine the relationship between levels of social anxiety and social skills in undergraduate students first half of the Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 544 college students participated, selected from non-probabilistic manner. Social Anxiety Questionnaire for Adults (CASO-A30) and Multidimensional Scale of Social Expression Motor (EMES-M) and Cognitive part (EMES-C) adapted to Mexican population was used. A correlation analysis of Pearson, obtaining statistically significant negative relationship between the EMES-M which evaluates the social skills of the subject and the level of social anxiety; statistically significant positive relationships between the EMES-C which evaluates the frequency of negative thoughts in social situations and the level of social anxiety. Similarly it was concluded that initiation factors interaction, public speaking and expressing positive feelings toward the opposite sex EMES-M scale relate to all factors CASO-A30. Fear factor public expression of EMES-C level was associated with all factors CASO-A30. From the results of this study may provide updated information on social anxiety in college students and intervention models for subjects with symptoms of social anxiety information.

Keywords: Social Anxiety, Social Skills, Students, University.

Introducción

La ansiedad social presenta una tasa de prevalencia mundial de aproximadamente 10 por ciento (Arenas & Puigcerver, 2009). Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (Medina-Mora et al., 2003), informaron en México una prevalencia en población adulta (18-65 años) de 3.8% en hombres y 5.4% en mujeres, con una prevalencia total de 4.7%. Por otra parte se conoce que existe una prevalencia del 3.9% en universitarios (Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez & Páez, 2008).

Los estudiantes universitarios con ansiedad social tienen serias dificultades en sus comunicaciones, tienen pobres destrezas para establecer relaciones interpersonales y se sienten solos y avergonzados (Lesure-Lester, 2001).

Olivares y Caballo (2003) proponen un modelo de génesis basado en la modificación de las respuestas del sujeto, generada por la asociación producida de forma insidiosa y abrupta entre un ambiente social negativo y un conjunto de factores orgánicos, que da lugar a respuestas desadaptativas tanto motoras, cognitivas y fisiológicas, las personas que muestran síntomas de ansiedad social presentan algún tipo de carencia en sus habilidades sociales lo cual les imposibilita desenvolverse con un patrón social mínimo (Antona, 2009; Caballo, 2005; Echeburúa, 1993 en Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006).

Se han llevado a cabo estudios que han relacionado los niveles de habilidad social y los niveles de ansiedad social en España, sin embargo, son pocos los estudios que han tenido como objetivo buscar la relación entre estas variables en México, entre ellos se ha encontrado que a mayor nivel de ansiedad social, menor

será el nivel de las habilidades sociales en los sujetos (Castro, Gómez, Rodríguez & Bermúdez, 2011).

El objetivo de estudio fue determinar la relación entre los niveles de ansiedad social y habilidades sociales en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

En el presente documento, se abordará en un primer capítulo la ansiedad social, su definición, criterios diagnósticos, los factores asociados al surgimiento, los modelos de génesis y sus tipos de evaluación. En el segundo capítulo se revisará la variable de habilidades sociales, su definición, los modelos explicativos, sus principales características y sus elementos componentes. En la parte final de este segundo capítulo se abordarán los estudios que han asociado las habilidades sociales y la ansiedad social.

Posteriormente se incluye el planteamiento del problema, el método utilizado, los resultados, la discusión y conclusiones del estudio, así como las sugerencias y limitaciones del mismo.

Capítulo 1. Trastorno de ansiedad social

Epidemiología

Estadísticas Mundiales

La fobia social o también llamada ansiedad social presenta una tasa de prevalencia mundial de aproximadamente 10% (Arenas & Puigcerver, 2009^a, p. 23). Sin embargo, a pesar de que es un trastorno psiquiátrico y psicológico con una prevalencia significativa, es pobremente reconocido y consecuentemente la aplicación de medidas terapéuticas conducen a brindar un pronóstico reservado (Osório, Crippa & Loureiro, 2010).

En la población comunitaria española, se ha encontrado una prevalencia del trastorno de ansiedad social de 8.2%, la cual ha sido evaluado con autoinforme (Bados, 2009; Garcia-López, Piqueras, Diaz-Castela e Ingles, 2008). Rapee y Spencer (2004) estiman la prevalencia entre 7 y 13 % en sociedad occidental a lo largo del ciclo vital.

Estadísticas Nacionales

De acuerdo con los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (Medina-Mora et al., 2003), en México, en una población adulta (18-65 años) se encontró una prevalencia de fobia social (alguna vez en la vida) de 3.8% en hombres y 5.4 % en mujeres, con una prevalencia total de 4.7% (alguna vez en la vida) y 2.3 % en los últimos 12 meses.

De acuerdo con la OMS (2007 en Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007) la prevalencia en México para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida es de 14.3 por ciento.

Posteriormente, de acuerdo con la primera Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de la Ciudad de México en una población de 12 a 17 años (Benjet et al., 2009) el trastorno de ansiedad social ocupa el segundo lugar entre los trastornos mentales de mayor frecuencia después de las fobias específicas, con una prevalencia de los últimos doce meses de 10% para el sexo masculino y 12.4 por ciento para las mujeres. La edad de inicio suele presentarse entre los 14 y 16 años sin embargo algunos estudios suelen ubicar su inicio en la niñez (Casas, Álvarez, López & Aranda, 2012; Fehm, Pelissolo, Furmark & Wittchen, 2005; Garcia-López, Bermejo & Hidalgo, 2010).

La mayor parte de las personas con ansiedad social suelen experimentar miedo exagerado a sentirse humilladas o juzgadas de forma negativa al momento de realizar alguna actividad o al interactuar con otras personas. De igual manera experimentan reacciones fisiológicas de ansiedad como son: ruborización, palpitaciones, transpiración y temblor (Eysenck, 2014). Las personas con ansiedad social suelen tener sesgos atencionales inherentes a su malestar lo cual da soporte a la idea de que las respuestas ansiosas (ruborización, palpitaciones, transpiración y temblor) son públicamente visibles (Panayiotou, Karekla & Panayiotou, 2014). Algunas personas con ansiedad social saben que sus temores son irracionales y exagerados (Heckman et al., 2001).

El presentar ansiedad social suele conllevar un deterioro conductual acompañado de malestar significativo (Antona, 2009) y tiene consecuencias como

el ausentismo laboral, consumo y abuso de drogas, alcoholismo, depresión (Liebowitz, Gorman, Fyer & Klein, 1985; Moreno-Gil, Méndez-Carrillo & Sánchez-Meca, 2000). Sin atención adecuada, los síntomas de ansiedad social tienden a aumentar con el paso del tiempo (Olivares et al., 2002).

Trastornos de Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de la especie humana, debido a que se trata de una respuesta protectora que la ha acompañado desde épocas prehistóricas. Echeburúa (2002) señala que los miedos suelen adquirirse desde una edad biológica temprana, destinada a preservar a la infancia de posibles daños. Este mismo autor señala que existen tres tipos de miedos profundamente arraigados en el ser humano:

1. Miedo a los animales: vestigio del miedo evolutivo a los depredadores.
2. Miedo a los daños físicos: vestigio del temor a los peligros que se pueden encontrar en la naturaleza.
3. El miedo a la separación: actúa estrechamente unido a los anteriores y mantiene a los niños pequeños cerca de la madre, protegiéndolos del ambiente peligroso.

Otro autor que explica los miedos innatos es Gray (1987) quien los clasifica en cinco grupos principales:

1. Los estímulos intensos como los ruidos o dolores.
2. Los estímulos desconocidos como el temor a las personas extrañas.
3. La ausencia de estímulos como el miedo a la oscuridad.

4. Estímulos potencialmente peligrosos para los humanos a lo largo de su evolución como la separación, las alturas, las serpientes u otros animales.
5. Las interacciones sociales con desconocidos.

La génesis de los trastornos de ansiedad suele asociarse a diversas causas tanto biológicas como psicosociales sin embargo el ámbito de la ansiedad y sus alteraciones, aún no está bien definida, se trata de un conjunto de trastornos con gran prevalencia y notable repercusión clínica en diversas áreas de la salud, pero sin una definición suficientemente precisa y sin una acotación de límites adecuada (Echeburúa, 2002).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (APA [DSM-V], 2013) propone una clasificación de los diferentes trastornos de ansiedad:

1. Desorden de ansiedad por separación: miedo excesivo a separarse de aquellos individuos con quien se tiene apego (familiares o amigos).
2. Mutismo selectivo: falla al intentar hablar en público, en el cual existe una expectativa en situaciones sociales. El mutismo es acompañado de malestar significativo.
3. Fobia específica: marcado miedo o ansiedad a un objeto o situación específica.
4. Ansiedad social: miedo intenso a una o más situaciones sociales en la que el individuo es expuesto a la posible evaluación de otros, como tener una conversación con alguien, ser observado y/o tener una presentación frente a otros.

5. Ataque de pánico: inesperados ataques de pánico que se experimentan con reacciones ansiosas.
6. Agorafobia: se presentan síntomas de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares donde escapar resulta embarazoso o difícil, o bien donde sea posible encontrar ayuda en caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.
7. Desorden de ansiedad generalizada: preocupación excesiva, que es imposible de controlar por parte del individuo, causada por eventos o actividades.
8. Ansiedad generada por abuso de sustancias: síntomas de pánico o ansiedad generados por el consumo de alguna sustancia.
9. Desorden de ansiedad causada por una condición médica: ansiedad generada por la fisiología de algún problema médico.
10. Trastorno de ansiedad no especificada: se caracteriza por ansiedad o evitación fóbica prominentes que no reúnen los criterios diagnósticos anteriormente citados.

En algunos casos la ansiedad suele presentarse de forma esporádica o con baja intensidad por lo tanto el diagnóstico diferencial entre la ansiedad patológica y normal es de suma importancia (Fong & Garralda, 2005). El grado de malestar, imposibilidad de funcionamiento y/o interferencia con las actividades de la vida diaria marca el límite entre lo que es normal y adaptativo o lo que es un problema (Dadds, Seinen, Roth & Harnett, 2000).

Aunado a lo anterior el trastorno de ansiedad social es el más frecuente en las clínicas de psicología públicas y privadas, por lo tanto es el que más se

demanda ayuda psicológica (Botella, Baños, Garcia-Palacios & Quero, 2009; Justicia, Estupiñá & Vera, 2010).

Definición y características de la ansiedad social

Según el DSM-V (APA, 2013) la ansiedad social se define como un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales en el que dichas personas se exponen a otras que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación negativa por parte de los demás o que los demás lo evalúen como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable. El individuo teme que él o ella va a actuar o aparecer en una cierta manera mostrando los síntomas de ansiedad como son: ruborización, temblores, sudoración, tartamudeos, lo cual se traduciría en una evaluación negativa por parte de los demás. Las personas con ansiedad social suelen evitar comer frente a otras personas, escribir o señalar debido al temblor en las manos. Algunas personas temen orinar en baños públicos cuando otras personas están presentes. Las situaciones se experimentan con ansiedad o malestar intensos. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en las situaciones sociales o de actuaciones en público interfieren con la rutina de las persona y con su funcionamiento social, lo que produce un malestar clínicamente significativo.

Por otra parte Leary (1983) define a la ansiedad social como “un estado de ansiedad que proviene de la expectativa o presencia de la evaluación interpersonal en lugares sociales imaginarios o reales” (p. 67). Este autor pone en

evidencia que todos los casos de ansiedad social se caracterizan por una preocupación que tiene el sujeto sobre el hecho de cómo es percibido y evaluado por los demás, así mismo, es interesante observar cómo reconoce que la ansiedad social puede ocurrir en respuesta a encuentros reales, es decir, a situaciones donde el sujeto es participe de ellas o a encuentros imaginados, donde el sujeto no está en la situación, sino que tiene una idea de los que podría llegar a pasar o tiene un pensamiento que lo lleva a participar en determinadas.

Por su parte Amies, Gelder y Shaw (1983 en Caballo, 1995) la definieron como una ansiedad poco razonable que presenta una persona cuando se encuentra en compañía de otras, que tenderá a aumentar cuando la situación sea de mayor formalidad y dependerá del grado de escrutinio que la persona sienta en ese momento, acompañándose por un deseo de evitar o huir de la situación.

La fobia social se puede definir como un miedo constante y significativo que surge a situaciones que involucran la posible evaluación o el escrutinio por parte de otras personas (Cervera, Roca & Bodes, 1998; Stein, Torgrud & Walker, 2000).

Criterios diagnósticos de la ansiedad social según el DSM-V

Los criterios para el diagnóstico de la ansiedad social según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (APA, 2013) son:

1. Marcado temor o ansiedad acerca de una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a un posible escrutinio de otros. Por ejemplo: interacciones sociales (iniciar y mantener una conversación), ser observado (comer o beber), actuar delante de otros (dar un

discurso). La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional.

2. El individuo teme que actuará de cierta manera o mostrará síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente (humillado, avergonzado, o rechazado) o cree que ofenderá a los demás.
3. La situación social casi siempre provocan miedo o ansiedad.
4. Las situaciones sociales se evitan o se soportan con intenso malestar, miedo o ansiedad activa.
5. El miedo o la ansiedad es desproporcionada con respecto a la amenaza real que supone la situación social. (Nota: "Fuera de proporción" se refiere al contexto sociocultural).
6. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, por lo general dura seis meses o más.
7. El miedo, la ansiedad y la evitación provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
8. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento) o por otra condición médica.

No todas las personas cumplirán con los criterios para ser diagnosticados con trastorno de ansiedad social (fobia social), de hecho muchas son las personas que cumplen algunos criterios, sin embargo se usará el término fóbico social a aquella persona que presenten una marcada evitación a una situación específica y

que sus síntomas son clínicamente identificables, para las personas que sólo presenten algunos síntomas se les denominará personas con síntomas de ansiedad social (Bögels et al., 2010).

Heimberg et al. (1993) proponen tres subtipos de ansiedad social: (a) ansiedad social específica si se presenta ansiedad en un número limitado de situaciones muy concretas (no más de dos y relacionadas con situaciones de actuación, tales como hablar, comer, escribir en público, etc.); (b) ansiedad social no generalizada, si se temen y evitan diversas situaciones y en contextos sociales diferentes, pero aún se conserva un funcionamiento adecuado en algunas de las áreas; y (c) ansiedad social generalizada si se temen y evitan todas o casi todas las situaciones sociales.

Son muchas las clasificaciones mundiales que pueden describir el problema de la ansiedad social y aunque la clasificación DSM (IV-V) ha sido identificada como controvertida, es la más usada por las estancias más importantes de salud mental (Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2009).

Situaciones temidas por las personas con ansiedad social

De acuerdo con López (2009) las situaciones temidas pueden clasificarse como:

1. Intervención pública: Hablar/actuar en público, presentar un informe a un público, intervenir en pequeños grupos formales.
2. Interacción informal: iniciar, mantener y terminar conversaciones (especialmente con desconocidos), unirse a una conversación o

actividad ya en marcha, hablar de temas personales, hacer cumplidos, expresar amor, relacionarse con el sexo opuesto o preferido, realizar citas y asistir a ellas, establecer relaciones íntimas, asistir a fiestas, conocer gente nueva, llamar a alguien por teléfono y recibir críticas.

3. Interacción asertiva: solicitar a otros que cambien su comportamiento molesto, hacer una reclamación, devolver un producto, hacer o rechazar peticiones, expresar desacuerdo/crítica/disgusto, mantener las propias opiniones e interactuar con figuras de autoridad.
4. Ser observado: comer/beber/escribir/trabajar/telefonar delante de otros, asistir a clases de gimnasia, usar los servicios públicos, entrar en un sitio donde ya hay gente (servicio de transporte público o aula), ser el centro de atención (fiesta de cumpleaños).

Factores asociados al surgimiento de la ansiedad social

Diversas han sido las propuestas que pretenden explicar el surgimiento y el mantenimiento de la ansiedad social, sin embargo existe una amplia gama de explicaciones que giran en torno a diversos factores: familiares, evolucionistas, ambientales, temperamentales, neurobiológicos, psicológicos y socioculturales (Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra & Salinas, 2008).

1. Factores evolutivos: Si bien es aun escasa la evidencia empírica de la que se dispone hasta la fecha, ciertas variables evolutivas de tipo físico, social y cognitivo pueden desempeñar un papel importante en la adquisición de los

miedos sociales. Entre ellas, la presencia significativa de enfermedades en la infancia, el lugar ocupado entre el número de hermanos, la falta de aceptación por parte de los compañeros del grupo y el desarrollo excesivo de la autoconciencia (focalización de la atención sobre uno mismo) constituyen las más importantes (Echeburúa, 1993).

2. Factores ambientales: Tiene que ver con la relación que existe entre padres e hijos. Una de ellas implica el modelado conductual como forma de transmisión: el niño "aprende" los temores a través de la observación de las reacciones de temor de sus padres (Cervera, Roca & Bobes, 1998) De igual manera es por medio de la evitación a exposiciones sociales que los progenitores suelen transmitir sus mensajes comportamentales que hacen que los hijos evadan acontecimientos sociales (Bados, 2001; Bruch, Gorsky, Collins & Berger, 1989). De igual manera los estilos de crianza son un factor en el surgimiento para la ansiedad social, como por serían la sobreprotección excesiva, la intromisión y el control hacia los hijos. Otro estilo de crianza asociado a la ansiedad social es la poca exposición a situaciones para practicar la socialización en eventos donde está de por medio interactuar. De esta manera las personas con ansiedad social argumentan que la sobreprotección de los padres, la poca sociabilidad social y el empleo de la vergüenza como mecanismo de control y disciplina suelen ser predisponentes para que el trastorno surja o tenga un nicho donde puede ser desarrollado (Arrindell et al., 1989; Parker, 1979).
3. Factores neurobiológicos: estos factores se encuentran asociados a la intervención de diversos sistemas de neurotransmisión (adrenérgico,

gabaérgico, dopaminérgico o serotoninérgico), situaciones que afectan estructuras como el hipotálamo y la amígdala en el llamado sistema de alarma del cerebro en personas con ansiedad social (Furmark, 2002).

4. Factores genéticos: la fobia social fue más frecuente (en una proporción de tres a uno) en parientes de primer grado de personas que padecían el trastorno que en los familiares de personas que no lo sufrían. El componente genético parece agruparse en miembros de las mismas familias (Horn et al., 1976; Rose & Ditto, 1983; Antona, 2009). Hudson y Rapee (2000), citan un estudio con gemelos adoptados que padecen de ansiedad social, los cuales no habían mantenido contacto con sus padres biológicos. El estudio reveló que miembros de su familia biológica también padecían de esta condición, infiriendo que el factor genético puede ser determinante en el desarrollo de la ansiedad social.
5. Factores psicológicos Echeburúa (1993 en Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006) menciona que otro factor como lo es el aprendizaje que en este se incluye los déficit en las habilidades sociales o la ansiedad condicionada, están cobrando una cierta importancia en los estudios. dejándolo más en claro, es cuando los pacientes pueden sufrir ausencia de conductas socialmente habilidosas que se consideran de suma importancia para el desenvolvimiento en las interacciones interpersonales. Sierra, Zubeidat y Fernández (2006) mencionan que los individuos que presentan ansiedad social, se podría deber a una situación traumática que se ha aprendido y la cual tuvo lugar en algún contexto social del mismo.

6. Factores cognitivos: Los pacientes con fobia social muestran un conjunto de distorsiones cognitivas, las cuales en su conjunto se centran en la representación negativa del propio yo social. Existen evidencias de que las personas con este tipo de fobia no se familiarizan a recibir información social negativa con la misma facilidad que los controles no ansiosos (Amir et al., 2001 en Hollander & Simeon, 2004). Por otro lado estas personas también presentan un sesgo de memoria implícita la cual le otorga una ventaja a la información que supone una amenaza para él, este tipo de advertencia es desde un punto de vista más social (Amir et al., 2000 en Hollander & Simeon, 2004), se presenta una mayor flexibilidad al tiempo de interpretar los síntomas de ansiedad de los demás y una mayor capacidad de crítica para poder interpretar los propios síntomas (Amir, et al., 1998a; Roth et al., 2001 en Hollander & Simeon, 2004), por otra parte se presentan interpretaciones negativas sobre los acontecimientos desconocidos y una interpretación catastrófica de los acontecimientos sociales que se presentan de una manera ligeramente negativa (Stopa & Clark, 2000 en Hollander & Simeon, 2004) y por último estas personas tienen una mayor expectativa negativa de que el éxito social solo se podría interpretar con una mayor demanda social futura (Wallace & Alden, 1997 en Hollander & Simeon, 2004). También se pudo comprobar gracias a Amir et al. (1998b en Hollander & Simeon, 2004) que los pacientes con fobia social tenían un mayor nivel de vigilancia y evitación de la información que les resultaba amenazante, a comparación con las personas que no presentan fobia social alguna.

Modelo de génesis de la ansiedad social

Olivares y Caballo (2003) proponen un modelo de génesis basado en la modificación de las respuestas del sujeto, generada por la asociación producida de forma insidiosa y abrupta entre un ambiente social negativo y un conjunto de factores orgánicos, que da lugar a respuestas desadaptativas tanto motoras, cognitivas y fisiológicas. Dicho modelo propone diversas fases para como son: a) fase de génesis, b) fase de desarrollo y c) fase de mantenimiento.

Fase de génesis de la ansiedad social

En esta etapa las variables inmersas en el inicio de la ansiedad social son de tipo predisponentes o precipitantes, asociadas al aprendizaje, el contexto social negativo y un conjunto de variables orgánicas cuya interacción generaría un alto potencial de vulnerabilidad que tiene por efecto la aparición de un patrón de respuestas de ansiedad que surgiría en un primer momento como una reacción puntual y adaptativa cuando una situación social se presenta, pero que, en el futuro se consolida como consecuencia del número o la intensidad de los ensayos realizados, lo cual puede tener como consecuencia la generalización a otras situaciones sociales, por asociación, transformando su función de adaptativa a desadaptativa la cual afecta a niños, adolescentes y adultos (Turner, Beidel & Epstein, 1991).

De igual manera el funcionamiento familiar, el aislamiento de la misma, el empleo de la vergüenza como método de control, las prácticas de crianza (por

ejemplo la sobreprotección, excesiva, el control y la intromisión) y los estilos educativos (autoritario-coercitivo-altamente exigente, condescendiente-complaciente o caótico) son predisponentes en el surgimiento de la ansiedad social (Caballo & Rodríguez, 2003; Zubeidat et al., 2008).

En el contexto escolar diversos son los factores asociados a este padecimiento, los cuales giran en torno a la inadecuación de los profesionales de la enseñanza y la situación de aceptación e integración en la que se halla el niño o adolescente (García-López, Olivares & Vera-Villarreal, 2003; La Greca & López, 1998). Es de suma importancia la formación y comprensión de los educadores, conocer las diferentes etapas en las que el niño se encuentra, debido a que si, en un primer momento se hace mal uso del refuerzo negativo y el castigo se pueden tener como consecuencia la extinción de conductas adaptativas y la aparición e incremento de síntomas ansiosos en la adolescencia (Rodríguez, Carrillo & Antón, 1996).

De igual manera se toman en cuenta las variables asociadas a los eventos propios del contexto social negativo que actúan como precipitantes de la ansiedad social como son: los cambios de residencia, la hospitalización repentina, los abusos deshonestos, la hostilidad y el rechazo parental y las exposiciones abruptas a situaciones consideradas como altamente estresantes (Hayden, 1981; Van Der Kooy & Webster, 1975). A la par las variables de personalidad como es el neuroticismo y la introversión que pueden incrementar las conductas de escape ante eventos estresantes aunado a la autocrítica negativa hacia el desempeño en situaciones sociales pueden hacer que los síntomas de ansiedad social y la ansiedad social emerjan (Bados, 2001; Caballo, 1993).

Las situaciones que dan lugar a la ansiedad social suelen presentarse en edades de entre los 14 y 16 años, edades en las cuales las chicas y los chicos suelen hacer frente a toda una serie de demandas sociales sobre su potencial respuesta, también son más conscientes de las discrepancias entre la percepción de cómo los miran los demás y cómo se miran ellos. Se encuentran sometidos a procesos de evaluación continua entre pares y con personas con las que conviven diariamente entre otras. Por consiguiente “desde nuestro punto de vista, el miedo no es a la evaluación negativa que puedan realizar tanto sus padres como sus compañeros...pues la evaluación negativa es el efecto, la consecuencia, por no responder adecuadamente a la situación o por no saber <<con total certeza>> si están respondiendo adecuadamente” (p. 492) (Caballo & Rodríguez, 2003).

Fase de desarrollo de la ansiedad social

Una vez que han existido diversas variables de antecedente, a partir de que el individuo se expone a situaciones temidas (porque no puede evitar) surgen reacciones inadecuadas y desagradables que superan el autorrefuerzo positivo lo que dará lugar a una respuesta ansiosa peligrosa y desagradable (rubor, temblor, elevada tasa cardiaca y respiratoria, problemas de memoria) que pueden ser percibidas por los demás, que el sujeto puede interpretar como un gran fallo (catástrofe) que puede dar lugar al ataque de pánico. Es a partir de ese momento cuando se activa el estado de máxima alerta ante situaciones similares que dan lugar al temor en las repercusiones de los demás de aquellas respuestas

catalogadas por éste como inadecuadas e indeseables que genera juicios negativos en los demás (Mellings & Alden, 2000; Roth, Antony & Swinson, 2001).

El miedo a ser evaluado negativamente de acuerdo a las normas establecidas, a ser considerado como “enfermo” o “que piensen mal de mí” se asocia al poco reforzamiento social, al exceso de autocrítica y el surgimiento de patrones rígidos de comportamiento como “correcto”, “adecuado”, “pertinente” para ser aceptado o integrado socialmente. Lo cual de no lograrse conllevará a un efecto opuesto al deseado: el aislamiento (Caballo & Rodríguez, 2003).

Variables como al edad de la audiencia, la posición ante la misma, las características de los interlocutores, el número de personas etc., suelen ser estímulos para que la ansiedad social se presente y se mantenga y hace que la persona que se encuentra ante una situación social establecida, pueda perder la atención de lo que dice o hace, para poner atención en la retroalimentación que hace la audiencia (atención selectiva) (Clark & Wells, 1995).

Fase de mantenimiento de la ansiedad social

Las respuestas de ansiedad ante situaciones sociales ya no sólo será repentina y abrupta al momento de vivirlas, sino, con el sólo hecho de evocarla o imaginarla desencadenará una respuesta de alerta o alarma generalizada (Barlow, 2004). En el plano cognitivo, diversas respuestas mantendrán los síntomas de ansiedad social como son: a) retroalimentación propia, creencias, modelado y atribuciones sobre situaciones sociales, b) la activación de supuestos y expectativas negativas sobre la propia actuación y las consecuencias que le

siguen, c) la focalización en las respuestas internas-externas que se perciben como amenazas. Lo cual tiene como resultado las estrategias de escape o bien el descontento con el propio desempeño (Antony & Swinson, 2001).

El sujeto con ansiedad social comenzará eliminando con su conducta todo tipo de instigadores, eliminando las posibilidades de recibir retroalimentación de su actuación o relación con los otros, impactando en el aislamiento el cual tiene como resultado el deterioro de las destrezas sociales, sufrimiento y la ausencia de un tratamiento adecuado (Caballo & Rodríguez, 2003).

Evaluación de la ansiedad social

Entrevistas abiertas

Grais et al. (1995) mencionan que durante la evaluación de la ansiedad social suelen presentarse diversos problemas al obtener información que englobe las diferentes variables inmersas en la problemática ya mencionada. La técnica ideal para entrevistar recaerá en estructurar un guion que no represente una evaluación o crítica para el paciente ya que este tipo de personas es altamente susceptible a la evaluación de las personas y puede presentar síntomas de ansiedad.

Entrevista Estructurada

Estas entrevistas han sido empleadas en términos generales para conocer las tasas de prevalencia de los trastornos mentales, por lo que han sido muy utilizadas en los estudios epidemiológicos debido a que su alta estructuración

facilitaba su uso por personas no expertas, pero si hablamos de sus limitaciones en general han derivado de problemas relacionados con la delimitación conceptual de la fobia social o del desconocimiento de sus propiedades psicométricas (Olivares et al., 2005).

Entrevistas semiestructuradas

Este tipo de entrevistas permiten obtener información relevante sobre el trastorno y las características idiosincráticas del usuario. Se considera muy adecuada en la evaluación de la fobia social, ya que por un lado ofrecen cierta flexibilidad y por otro, un conveniente soporte para la obtención de los datos (Antona, 2009).

Autorregistros

En el autorregistro se mencionan las situaciones sociales que desencadenan una serie de respuesta de ansiedad, se registran los pensamientos, conducta realizada, respuestas de los demás, satisfacción de la propia actuación y expectativas no logradas (Bados, 2001).

Escalas psicométricas

Zubeidat et al. (2008) realizan una revisión de los informes más utilizados en la población infanto-juvenil e identifican que la evaluación actual de las personas con ansiedad social es multimodal y plurimetódica. Evalúan tres tipos de respuestas: cogniciones, comportamiento manifiesto y respuesta fisiológica. La siguiente tabla describe los autoinformes específicos para la ansiedad social.

Tabla 1. Informes más utilizados para la evaluación de la Ansiedad Social.

Escala	Autor	Medición	No. De ítems	Punto de corte
Escala de miedo a la evaluación negativa	Watson y Fried (1969)	Pensamientos negativos de la ansiedad social	28 ítems	18-20
Escala de evitación y malestar social	Watson y Fried (1969)	Evitación motora	30 ítems	22-24
Inventario de ansiedad y fobia social	Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989)	Motora, psicofisiológica y cognitiva	45 ítems	60 +
Escala de ansiedad social de Lievowitz	Lievowitz (1987)	Evalúa un alto rango de las dificultades sociales y de actuación.	24 ítems	0-52=leve 53-81=moderado Mayor o igual a 82= Grave
Escala para la detección de la ansiedad social	Olivares y García-López (1998)	Mide constructo de ansiedad social	10 ítems	---

Test de autoafirmaciones e interacciones sociales	Glass, Merluzzi, Biever y Larsen (1982)	Evalúa pensamientos positivos y negativos	30 ítems	---
Escala breve de fobia social de Davidson	Davidson (1991)	Evalúa la gravedad de los síntomas y la eficacia del tratamiento	18 ítems	---
Escala Multifuncional de Expresión Social Parte (Motora y Cognitiva)	Caballo (2005)	evaluar pensamientos negativos y conductas socialmente adecuadas	64 ítems (Parte Motora) y 44 ítems (Parte Cognitiva)	---

(Zubeidat et al., 2008)

La Escala Multifuncional de Expresión Social (Parte Cognitiva y Parte Motora) elaborada por Caballo (2005) y validada en población mexicana por Del Castillo, Gayosso, Higareda y Romero (en prensa), es una de las escalas que mayor se utilizan para evaluar las habilidades sociales. Su construcción parte del supuesto de que la conducta social es multidimensional, esto quiere decir, que está compuesta por una serie de dimensiones o también por una serie de clases de respuestas (Caballo, 1993), continuando con este punto este cuestionario

cuenta con un alfa de Cronbach de 0,92, así como una buena validez concurrente con otros cuestionarios, los cuales también evalúan variables psicológicas parecidas, expresada por correlaciones estadísticamente significativas superiores a 0,40 (Caballo, 2005).

Medidas fisiológicas

En general se han utilizado la tasa cardiaca, la temperatura, la presión arterial y el nivel de conductancia de la piel como las mediciones que han formado parte en la evaluación y tratamiento del padecimiento (Antona, 2009).

Evaluación cognitiva

La característica principal de la ansiedad social es el miedo a la evaluación negativa por parte de las demás personas. Los procesos cognitivos son de suma importancia en la génesis y mantenimiento del padecimiento, por ejemplo las expectativas de amenaza pueden contribuir a la evitación, la disposición atípica de los procesos de atención, y los procesos influidos por la memoria pueden generar malinterpretación de los eventos sociales y por consiguiente la aparición de síntomas de ansiedad o respuesta motora de evitación (Heimberg, Liebowitz, Hope & Schneider, 2000).

Ansiedad social en estudiantes universitarios

Vittengl y Holt (1998), realizaron una investigación con estudiantes universitarios a nivel subgraduado para evaluar las diferencias individuales de comunicación entre jóvenes con ansiedad social y jóvenes sin ansiedad social. Después de evaluar los resultados los investigadores concluyeron que los jóvenes

con ansiedad social tienen serias dificultades en sus comunicaciones, mientras que los estudiantes sin ansiedad social mantienen comunicaciones más efectivas. Observando que la ansiedad social inhibe esta destreza en los estudiantes universitarios, podemos inferir que limita sustancialmente su progreso académico.

Otro estudio realizado por Lewis y O'Neill (2000) sobre la relación entre los déficits sociales y las expectativas del alcohol con los problemas de consumo entre 116 estudiantes universitarios de los primeros semestres de la facultad de psicología, reportó que los individuos consumidores de alcohol presentan mayor grado de ansiedad social, timidez y baja autoestima que los individuos no consumidores.

En otra investigación, Lesure-Lester (2001) evaluó la relación entre la ansiedad social y la capacidad de los estudiantes universitarios de diferentes grupos étnicos para establecer relaciones interpersonales. Los resultados del estudio demostraron que los que padecen de ansiedad social tienen pobres destrezas para establecer relaciones interpersonales y se sienten solos y avergonzados independientemente de su trasfondo cultural.

Urani et al. (2003) realizaron otra investigación que demuestra cómo la ansiedad social perjudica a los estudiantes universitarios. En dicha investigación participaron 105 estudiantes que vivían fuera del hogar desde su ingreso a la universidad. El estudio reveló que existe una relación significativa entre la ansiedad social y la nostalgia del hogar. Los autores concluyeron que la transición de la vida en el hogar a la vida universitaria puede resultar muy estresante para los estudiantes, provocando nostalgia y disturbios psicológicos.

Los hallazgos previos de la literatura sobre ansiedad/fobia social en muestras universitarias han arrojado datos, en muchos casos, dispares sobre aspectos determinados. Por ejemplo, no está claro si hay diferencias significativas entre hombres y mujeres universitarios en ansiedad/fobia social. Así, mientras que Lancu et al. (2006), Stewart y Mandrusiak (2009), Eggleston, Woolaway-Bickel y Schmidt (2004), encontraron que los hombres y las mujeres no diferían de forma significativa en su puntuación en ansiedad social, Schmidt y Richey (2008), hallaron que las mujeres tenían una puntuación significativamente mayor que los hombres en dicho constructo. Aunque el empleo de instrumentos diferentes pudiera conducir a resultados distintos.

En un estudio realizado a 103 estudiantes de la Universidad Iberoamericana, campus Santa Fe, México, se pudo encontrar una prevalencia del 3.9 % del total de la muestra con síntomas de ansiedad social que ameritaba tratamiento. En relación a los factores más bien psicológicos, fueron el miedo a la evaluación negativa por parte de los demás, así como el grado de dependencia emocional, los correlatos significativos con la presencia y severidad de ansiedad social. Estas variables se relacionaron también entre sí: a mayor miedo a la evaluación negativa de los demás había más dependencia emocional. Y ambas características fueron más acusadas para las mujeres, en comparación con los hombres (Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez & Páez, 2008).

Se ha considerado con cierta frecuencia que la ansiedad social está muy relacionada con la falta de habilidades sociales, de hecho, a menudo a la hora de evaluar conductas sociales se han utilizado instrumentos que miden la ansiedad social en vez de cuestionarios de habilidades sociales (Fernández-Ballesteros &

Carrobles, 1991). Es conveniente recordar que un gran porcentaje de personas que padecen síntomas de ansiedad social presentan algún tipo de carencia en sus habilidades sociales lo cual les imposibilita desenvolverse con un patrón social mínimo (Antona, 2009). Para poder comprender a profundidad de que se trata las habilidades sociales y como funciona a lo largo de la vida, en el siguiente capítulo se abordara las habilidades sociales.

Capítulo 2. Habilidades Sociales

Definición

Por más que los autores se han dado la tarea de delimitar y conceptualizar el campo de las habilidades sociales, no se ha logrado establecer una definición general, universal y única (Martinez & Marroquin, 1997; Trianes & Fernandez, 2001).

Esto se podría explicar, según Riso (1988), por tres razones fundamentales: la primera sería por los paradigmas y a las conceptualizaciones teóricas; la segunda razón tendría que ver con las diversas dimensiones o los rangos de conducta y, por último, la tercera razón sería la efectividad de la conducta, en otras palabras, esto se debe en gran medida a que la conducta que se considera socialmente competente no se compone de un rasgo unitario ni generalizado, pues este está determinado tanto por las características personales del sujeto (edad, sexo, familiaridad) y por las características del contexto mismo (escolar, familiar, grupo de iguales, etc.) en donde lo que se considere socialmente válido para un niño, no lo será para un adulto o esto tenderá a dejar de serlo en otro contexto social (Vallés & Vallés, 1996).

Como ocurre con todos aquellos conceptos que están formulados de manera amplia, el de habilidad social ha generado diversas definiciones en un intento por delimitarlo, pese a lo cual es posible observar entre las mismas cierta unidad conceptual (Gil & León, 1998) ahora veamos alguna de estas definiciones:

Según Fernández (1999) definen a las habilidades sociales como esa capacidad que el sujeto tiene para percibir, comprender, descifrar y así mismo responderá los estímulos tanto sociales como los que provienen de los demás. Por otro lado según el modelo de aprendizaje social, nos dice que estas habilidades son aprendidas mediante nuestras experiencias interpersonales directas o incluso vicarias y que se pueden modificar o mantener dependiendo de las consecuencias sociales de un determinado comportamiento (Hidalgo & Abarca, 1999).

Ladd y Mize (1983) definen como habilidad social a la habilidad de estructurar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigido hacia metas interpersonales o sociales que sean culturalmente aceptadas.

Así mismo, Kelly (1982) la define como un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente.

Siguiendo con esta línea desde una perspectiva conductista, para Libert y Lewinsohn (1973) definen como habilidad social a la "capacidad para ejecutar una conducta que refuerce positivamente a otros o evite que seamos castigados por otros" (p. 15). Continuando con este punto Alberti y Emmons (1978) consideran a la habilidad social como la conducta que permite a las personas actuar según los intereses que consideren como más importantes, así como el poder defenderse sin una ansiedad inapropiada, y el poder expresar sentimientos honestos, sin dejar de lado el ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás.

Algo muy parecido es lo que dice Phillips (1978) quien expresa que las habilidades sociales es un grado que permite a las personas el poder comunicarse con los demás de manera que esto le permita satisfacer sus necesidades, sus

derechos, placeres o incluso obligaciones hasta llegar a un grado en donde no sea dañino en los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y que además permita un intercambio libre y abierto de esto.

Por otro lado según Secord y Backman (1976) quienes desde una mirada de la teoría psicosocial de los roles, definen a la habilidad social como una capacidad de jugar con el rol, esto quiere decir, el cumplir exactamente con las expectativas que los demás tienen de mí, en donde yo ocupo un status en una situación dada. Por otra parte desde una visión clínica, para Hersen y Bellack (1977) la habilidad social es la capacidad de poder expresar personalmente sentimientos tanto positivos como negativos sin que esto provoque una pérdida del reforzamiento social.

En general las habilidades sociales se consideran como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos. El termino habilidad indica que no se trata de un rasgo de personalidad, de algo más o menos innato, sino más bien de un conjunto de comportamientos aprendidos y adquiridos (De Tena, Rodríguez & Sureda, 2001).

Modelos explicativos de las habilidades sociales

Con lo visto anteriormente, se puede señalar que la probabilidad de ocurrencia de una respuesta socialmente competente en cualquier situación social está determinada ya sea por factores ambientales, personales y ante todo, por la interacción que se tiene con las demás personas. Los modelos interactivos nos permite conocer y además comprender el por qué y el cómo un sujeto adquiere

una determinada habilidad social, pero antes de abordarlos de una manera más completa, se debe de hacer un pequeño análisis de las distintas aproximaciones desarrolladas en este sentido, el cual permitirá un mejor entendimiento del tema (Gil & León, 1998).

Teoría del aprendizaje social

Frecuentemente, bajo este nombre se puede encontrar aquellos intentos por explicar el comportamiento humano y los aspectos de la personalidad, los cuales hacen referencia a los principios extraídos del estudio experimental del aprendizaje, uno de los principales exponentes de este esfuerzo es Bandura (1987), quien sostiene que “el funcionamiento psicológico se explica por una continua y recíproca interacción entre factores determinantes personales y ambientales” (p.18).

Si bien es verdad que la conducta tiene en gran medida un control que proviene de factores externos, también es de suma importancia mencionar que las personas pueden controlar su comportamiento mediante metas que se imponen a sí mismas, así como, de autorreforzamientos (Gil & León, 1998).

Siguiendo esta estructura de análisis, y como lo ha señalado Kelly (2004) la adquisición de las habilidades sociales tendría que ver con el resultado que se obtiene de varios mecanismos de aprendizaje, los cuales serían:

1. consecuencia del refuerzo directo.
2. resultado de experiencias observacionales.
3. efecto de feedback interpersonal.

4. y las conclusiones (expectativas cognitivas) que se tienen de las situaciones interpersonales.

El análisis experimental de la ejecución social

Argyle y Kendon (1967) se dieron a la tarea de elaborar un modelo en el que se pudiera explicar sobre el funcionamiento de las habilidades sociales, siendo su principal elemento el rol, en donde se incorporan tanto las conductas motoras, los procesos perceptivos así como los cognitivos. Los elementos siguientes son las semejanzas que se encuentran entre la interacción social y las habilidades motrices:

1. Fines de la conducta hábil: es donde se trata de alcanzar algunos objetivos que se encuentran bien definidos, por ejemplo, conseguir la aceptación de los compañeros por parte del niño.
2. Percepción selectiva de las señales: esto tiene que ver con la percepción que se tiene a las expresiones no verbales al momento de pedir algo.
3. Procesos centrales de traducción: se trata de una asignación concreta de la información que él otro le da a la persona y de esto se genera y se planifica una alternativa de actuación que se considere eficiente en una situación determinada, en otras palabras, es prestar gran atención a la información gestual proporcionada de otra persona y considerar la posibilidad de ofrecerle algo a cambio para lograr lo que se quiere conseguir.

4. Respuestas motrices o actuación: se refiere a la ejecución por parte de los interlocutores de la alternativa de respuesta que sea más adecuada a la situación planteada, en otras palabras tiene que ver con la respuesta que va a dar dependiendo de dicha actuación.
5. *Feedback* y acción correctiva: esto hace mención a la actuación que tenemos con los otros, en donde el modo de comportarse se convierte en una señal, que reúne todos los procesos anteriores mencionados y así lograr corregir su plan de acción inicial o dar por cerrado el círculo de interacción.
6. El *timing* de las respuestas: es el momento en donde los interlocutores deben sincronizar sus respuestas, esto se logra solo por el hecho de que los interlocutores asuman el papel del otro, esto les permitirá anticipar su respuesta y como esto puede influir en el otro.

Modelos interactivos

Según estos modelos explican que la competencia social (habilidades sociales) serían el resultado de procesos cognitivos y conductuales que tienen como inicio una percepción relevante de estímulos interpersonales, lo que daría camino a los procesamientos flexibles de estos estímulos para producir y evaluar posibles opciones de respuestas, de las cuales se selecciona la que mejor se acomode a la situación y por último finalizaría con la expresión de la alternativa de acción elegida (Gil & León, 1998).

El modelo según Schlundt y Mcfall (1985) indica que se puede resumir las habilidades en tres categorías de estadios sucesivos:

1. Habilidades de descodificación de los estímulos situacionales: esto tiene que ver con la recepción, percepción e interpretación de la información y de las características estimulantes para el sujeto, las cuales dependen de los esquemas de conocimiento existentes del sujeto los cuales provienen de su historia pasada.
2. Habilidades de decisión: dependiendo de cómo se interprete la situación, el sujeto deberá de elaborar una proposición de respuesta que considere que será la más efectiva y la que sea menos costosa al enfrentar el estímulo social.
3. Habilidades de codificación: implican la traducción de un programa de proposiciones de respuesta a una secuencia de conductas observables.

En este modelo se puede considerar al individuo como un agente activo, ya que su función o trabajo es buscar y procesar la información, genera observaciones y controla sus acciones con el fin de lograr unos objetivos, lo que quiere decir, que para crear su propio ambiente social, el sujeto además de ser influido por los demás, también se da a la tarea de influir en la conducta de los otros (Gil & León, 1998).

Principales características de las habilidades sociales

Las habilidades sociales se trata de conductas manifiestas, observables en distintas situaciones y adquiridas mediante aprendizaje reforzado socialmente, el cual podría ser de carácter incidental o como consecuencia de un entrenamiento específico (De Tena, Rodríguez & Sureda, 2001).

1. Presentan tres sistemas de respuesta:
 - a. Conductual: aquellas conductas referidas a acciones concretas (hablar, moverse, hacer, etc.), además de elementos verbales y no verbales.
 - b. Cognitivo: tiene que ver con la percepción, pensamientos, interpretación o atribución que se tienen sobre el significado de las distintas situaciones donde se encuentra una interacción social.
 - c. Fisiológico: este sistema se compone tanto de elementos afectivos y emotivos (emociones, sentimientos) como de correlatos psicofisiológicos tales como la ansiedad, ritmo cardiaco, respuesta psicogalvánica, los cuales se derivan de habilidades sociales puestas de manifiesto y del nivel de competencia social exhibido.
2. Las habilidades sociales están especialmente dirigidas a la obtención de reforzamiento social (conseguir algo determinado, ser valorado e incluso disfrutar de las relaciones con los demás), esto quiere decir, que las habilidades sociales tiene que ver en la función con los contextos interpersonales, así como con la conducta que se da en relación con las demás personas y sobre todo con un reforzamiento que puede ser:
 - a. Reforzamiento ambiental: tiene que ver la obtención de objetivos de carácter material (conseguir algún favor, algún objeto) y de carácter social (reconocimiento público o hasta aumentar el número de amigos).

- b. Autoreforzo: esto quiere decir en ser socialmente competente, lo que permite sentirse capaz de desarrollar determinadas habilidades de manera eficaz en las situaciones de interacción.
- 3. El carácter cultural de las habilidades sociales. Según De Tena, Rodríguez y Sureda (2001) indican que dependiendo del grupo cultural al que pertenece o en el que se desenvuelve el individuo, éste aprenderá las diferentes formas de comportamiento en las situaciones sociales, estos comportamientos dependen de distintas variables como lo son la edad, sexo y estatus pero del receptor que afectará la conducta social del sujeto.
- 4. Especificidad situacional. Esto hace referencia a que las habilidades sociales son respuestas específicas a situaciones específicas. Para que una conducta se considere socialmente eficaz deben tener en cuenta las variables que Maciás, Méndez y Olivares (1993) señalan como determinantes situacionales:
 - a. Los contextos en que normalmente se desenvuelve el sujeto (familia, amigos, escuela, trabajo, etc.)
 - b. Las personas con las que se relacionan, así como sus características tienden a influir en la conducta social (sexo, grado de conocimiento, edad, etc.)
- 5. Las habilidades sociales son de carácter interactivo. heterogéneo, flexible, interdependientes, así como ajustadas a las respuestas emitidas por el interlocutor en un contexto determinado.

6. Las habilidades sociales están condicionadas por variables que proporcionan información adicional sobre el pronóstico, y la correlación de los déficits existentes, las cuales son:
- a. Locus de control: es la medida en que una persona percibe que las contingencias están controladas por ellas o por los demás
 - b. Indefensión: expectativas negativas de cambio en el futuro.
 - c. Irracionalidad: creencias arraigadas que pueden o no estar basadas racionalmente

Los elementos componentes de la habilidad social

La concepción conductual de la habilidad social ha enfatizado en dos niveles de análisis, primero nombraría a las categorías molares, las cuales tienen que ver con un tipo de habilidad general (defensa de los derechos, la habilidad heterosocial o la capacidad de actuar de una manera eficaz en alguna entrevista de trabajo), esta habilidad general dependen del nivel y de la forma del segundo nivel de análisis, el cual sería el componente molecular de respuesta (contacto ocular, el volumen de la voz o la postura). Este análisis a dos niveles ha sido una fuente de considerable confusión sobre qué se deberá evaluar concretamente, algunos investigadores se han dado la tarea de evaluaciones en categorías globales, otros han medido componentes específicos y otros han evaluado los dos (Caballo, 2005), No obstante aunque se acepte que la conducta social es compleja, en el sentido de que todo es mayor que la suma de sus partes, es importante reconocer que no existe independientemente de sus partes (Conger & Conger, 1982).

Algunos autores señalan que lo mejor que se podría hacer, sería un tercer enfoque, llamado nivel intermedio (expresión facial, la voz, la postura, etc.), el cual recogería lo mejor de los juicios globales y de las medidas moleculares o también llamada "micro" (Conger et al., 1980; Conger & Conger, 1982; Farrell et al., 1985; Kolko & Milan, 1985b; Monti et al., 1984a). Aunque esto no sería algo nuevo ya que estas habilidades de nivel intermedio ya se habían estado evaluando hace tiempo (Bryant et al., 1976; Trower, 1980; Trower et al., 1978), pero se les ha estado considerando como elementos moleculares (Alberti & Emmons, 1982; Kelly, 1982; Rich & Schroeder, 1976; Jerremalm et al, 1986; Chiauuzzi et al., 1985; Spitzberg & Cupach, 1985).

Es interesante que lo que se aborda en este apartado se tome en cuenta los componentes conductuales observables, ya que los elementos cognitivos básicos para una actuación habilidosa están todavía por establecer, aunque hoy día son relativamente frecuentes las investigaciones sobre estos componentes y si nos enfocamos en los elementos fisiológicos, aquí diríamos que hace falta mucho mas por investigar (Caballo, 2005).

Los componentes conductuales

Caballo (2005) se dio a la tarea de revisar 90 trabajos los cuales fueron realizados entre 1970 y 1986, estos trabajos contienen elementos conductuales, en los cuales nos podemos dar cuenta como algunos elementos son más utilizados como componentes de las HHSS han sido: mirada/contacto ocular, las cualidades de la voz, el tiempo de conversación y el contenido verbal de la misma.

Que estos sean o no los componentes conductuales básicos de la HHSS es algo pendiente de comprobar. Así, algunos de las pocas investigaciones que están basadas en la validez empírica de los elementos como método de selección, se ha visto que algunos de estos se tienen en cuenta cuando se habla de una conducta socialmente habilidosa:

- 1) Mirada/contacto ocular
- 2) La conversación, en general
 - a) El contenido y la fluidez
 - b) La duración
- 3) La calidad de la voz
- 4) Gestos con las manos

Gran parte de la literatura sobre las HHSS ha evaluado los elementos conductuales según la cantidad o la frecuencia con que los individuos los emite. Este método de evaluación cuantitativo tiene la desventaja de ignorar la naturaleza recíproca de las interacciones, especialmente la sincronización de las respuestas a las señales comportamentales del compañero (Caballo, 2005).

La regulación y distribución de las respuestas puede ser tan importante como la respuesta misma, tanto en los hombres (Fischetti, Curran & Wesberg, 1977) como en las mujeres (Peterson et al., 1981). Tanto los elementos moleculares mismos, así como su cantidad y sincronización, pueden cambiar con diferentes clases de respuestas (Caballo, 2005).

Como señala Kolotkin et al. (1984), los patrones de los componentes de respuesta pueden sufrir alteraciones con distintas situaciones, con diferentes

dimensiones conductuales y con el momento en que tiene lugar. La investigación debería concentrarse en el patrón de los componentes conductuales y en como varía con las distintas clases de respuestas, con el cambio de las situaciones y con el momento en que se evalúa al sujeto por ejemplo: rechazo de peticiones versus defensas de los derechos con un amigo o un extraño inmediatamente versus tres meses después del tratamiento.

Componentes Moleculares

La mirada. Este elemento molecular ha sido el que con más frecuencia se ha tomado en la literatura sobre las HHSS. Este elemento no verbal parece ser fundamental en la evaluación conductual de la habilidad social, pero antes de continuar deberíamos definir lo que sería la mirada, según Cook (1979) Mirar a la persona entre los ojos o, de forma más general, a la mitad superior de la cara, es uno de los aspectos fundamentales en la comunicación interpersonal socialmente habilidosa, es decir, una intensa mirada fija indica por una parte sentimientos activos ya sea de una manera amistosa, hostil o incluso, temerosa, mientras que el acto de desviar la mirada va unido a la timidez, superioridad ocasional o sumisión cabizbaja (Caballo, 2005 ; Antonas, 2009).

La expresión facial. El comprender las emociones es de manera crucial para el bienestar personal y es por eso que existe una gran variedad de evidencia que apunta que la cara es el principal sistema de señales para mostrar emociones, además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal y la que más de cerca se observa durante la interacción (Caballo, 2005).

Caballo (2005) menciona que la expresión facial juega varios papeles en la interacción social:

- 1) muestra el estado de ánimo del interlocutor aunque este trate de ocultarlo
- 2) proporciona una retroalimentación a lo que se está diciendo
- 3) indica actitudes hacia los demás
- 4) puede actuar de metacomunicación

Una revisión de la literatura nos dice que existen seis expresiones de las emociones (alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco/desprecio) así como tres áreas de la cara (frente/cejas, ojos/párpados y la parte inferior de la cara) las cuales son responsables de estas mismas (Ekman & Friesen, 1975).

Las expresiones emocionales alcanzan en la cara su nivel más elevado. Estas expresiones deben estar de acuerdo con el mensaje global que se trate de emitir (Antonias, 2009).

Alberti y Emmons (1978) señalan que para que se considere como una conducta habilidosa esta necesita tener una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje, por ejemplo, si una persona tiene una expresión de miedo o enfado mientras está iniciando una conversación con alguien, es muy probable que no tenga éxito.

Los gestos. Un gesto se considera como cualquier acción que es enviada a un observador y que además este tiene que comunicar alguna información. Algunos gestos tienden a reflejar un estado emocional prevaeciente, así como, la ansiedad o incluso un estado general de la conducta, por ejemplo, la agresión. El

estilo gestual de una persona es, en parte, una representación de su cultura, de la edad, el sexo, la salud, de la fatiga y muchas más variables, en general, los gestos acompañan a los mensajes verbales, y en todo caso son una fuente muy importante de información (Antona, 2009; Caballo, 2005).

Hay autores que se encargaron de realizar algunos estudios con personas habilidosas y no habilidosas, por ejemplo, Trower (1980) encontró en las personas habilidosas un mayor número de tiempo en realizar gestos a diferencia de las personas que no eran habilidosas las cuales se encontraba un menor tiempo en su gesticulación, así mismo, Conger y Farrell (1981) descubrieron que los gestos, junto con otras variables como el tiempo de habla, la mirada y las sonrisas estaban positivamente correlacionados con las evaluaciones de la habilidad social.

La postura. La posición del cuerpo y de los miembros, la forma como se sienta la persona, como está de pie y como pasea, puede reflejar las actividades y emociones de los sujetos y su relación con los otros, la cual al estar acompañada del hablar, debe ser coherente con lo que se trata de expresar (Caballo, 2005; Antona, 2009).

La orientación. Se refiere al grado en que los hombros y las piernas de un sujeto se dirigen hacia, o se desvían de, la persona con quien se está comunicando, el grado de orientación corporal refleja la intimidad y la formalidad de la comunicación (Caballo, 2005; Antona, 2009).

Distancia/contacto físico. Tanto el patrón de distancia como la proximidad varían con el contexto cultural. Hablando sobre la posición espacial, la cual forma parte de la habilidad social, esta se torna apropiada en relación con la otra

persona, hasta el punto de también arreglar el espacio para un grupo de gente (Caballo, 2005).

El contacto corporal se considera como el tipo más básico de conducta social, también está muy relacionado con el nivel de intimidad en la relación interpersonal, lo que se considere apropiado dependerá en su mayoría del contexto particular, la edad, sexo y sobre todo de la relación con la gente implicada (Caballo, 2005; Antona, 2009)

Volumen de la voz. Se trata de que el mensaje sea escuchado por los otros interlocutores, reflejando, al mismo tiempo, el estado de ánimo o las actitudes del emisor, por ejemplo, un volumen bajo de voz nos indica sumisión o tristeza, mientras hablar con un alto volumen puede indicar seguridad, dominio, incluso persuasión, pero demasiado alto podría provocar que la gente se marchara y denotara en la persona agresividad, ira o tosquedad, así que es necesario tener un volumen moderado de voz ya que con este indicaremos agrado, actividad y alegría, no estamos diciendo que no se puedan ocupar los que aquí se mencionó, sino, se pueden ocupar diversos volumen de voz en una conversación para así enfatizar puntos ya que es necesario tener una variación en el volumen para que no sea aburrido nuestro discurso (Caballo, 2005).

La entonación/ el tono. El tono es un elemento muy relevante en la emisión de mensajes verbales, ya que los complementa. Dota a los contenidos de cierto tono emocional. Poca entonación, con un volumen bajo, indica aburrimiento o tristeza; tono elevado y volumen bajo: sumisión, pena; volumen alto: actividad,

ira; volumen variable: temor, sorpresa; tono bajo y volumen elevado: dominancia; con volumen variable: agrado (Trower et al., 1978; Caballo, 2005; Antona, 2009).

Caballo (2005) describió que el tono de voz contribuía ligeramente menos que la expresión facial, pero mucho más que el contenido de la conversación, a las impresiones de las actitudes interpersonales.

La fluidez. Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastantes normales en las conversaciones diarias, sin embargo, las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Si la comunicación verbal goza de cierta fluidez y seguridad, quedara una sensación de menor tensión y mayor interés (Caballo, 2005; Antona, 2009).

El tiempo de habla. Se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo, ya que este debe ser proporcionado en ambos sentidos. Si alguien aceptara todo el tiempo la palabra o, por el contrario, no habla casi nada, la comunicación se resentirá de forma importante (Caballo, 2005; Antona, 2009).

Ahora bien Caballo y Buela (1989) encontraron que el tiempo de habla, junto con la mirada, era uno de los elementos que tenía una relación más elevada con la habilidad social global y que diferenciaba más claramente entre sujetos de alta y baja habilidad social.

Los componentes paralingüísticos

Estos componentes tienen que ver principalmente en “como” se dicen las cosas y no tanto en “lo” que se dice, en otras palabras, las señales vocales pueden afectar drásticamente al significado de lo que se dice y también al como es recibido el mensaje, por ejemplo, al decir la misma frase pero con diferente tono de voz o con algunas palabras enfatizadas provocara la trasmisión de mensajes muy diferentes. Ahora bien los elementos paralingüísticos en pocas ocasiones se ocuparan aislados, esto quiere decir que el resultado trasmitido de una combinación de señales vocales y conducta verbal serán evaluados dentro de un contexto o incluso en una situación determinada (Caballo, 2005).

Los componentes cognitivos

Variables cognitivas del individuo. La percepción y la evaluación cognitiva que tienen el individuo de alguna situación, estímulo o acontecimiento momentáneo viene siendo integrado por los conceptos que tiene de sí mismo así como la concepción que tiene del mundo (Caballo, 2005).

Mischel (1981) menciona que la interacción del individuo con su ambiente tendría que discutirse en términos de:

- 1) Competencias cognitivas: se basa en la capacidad para transformar y emplear la información de forma activa así como para crear pensamientos y acciones en lugar de actuar y pensar de una misma manera para cada situación diferente.
- 2) Estrategias de codificación y constructos personales: tiene que ver en como las personas pueden agrupar y codificar los mismos

acontecimientos y conductas de manera diferente, además, de atender selectivamente a las distintas clases de información.

- 3) Expectativas: se refiere a las predicciones que el individuo tiene sobre las consecuencias de la conducta, éstas tienden a guiar la elección de la conducta (de entre muchas) que pondrá en práctica en cada situación.
- 4) Valores subjetivos de los estímulos: los individuos realizarán determinada conducta dependiendo de los valores subjetivos que le otorgaran a los resultados que esperan obtener, esto tiene que ver con que existen diferentes individuos los cuales dan valor a distintos resultados y también comparten valores determinados en diferentes grados.
- 5) Planes de autorregulación: La gente además de regular su conducta por las consecuencias extremadamente administrativas, lo hace también por los objetivos y los patrones de actuación, su autorrecompensa o autocrítica por alcanzar o no los objetivos y patrones autoimpuestos, pero para esto deben de existir en los sistemas de autorregulación algunos planes y reglas de contingencia, las cuales tienen como función que la persona pueda comportarse de una forma apropiada o esperada bajo condiciones particulares de presiones situacionales externas inmediatas.

Habilidades sociales en estudiantes universitarios

Anguiano, Vega, Nava y Soria (2010) llevaron a cabo un estudio realizado en México, en el que participaron 157 personas (74 hombres y 83 mujeres), con

un rango de edad de los 12 a los 65 años y una media de edad de 21.3 años. Se distribuyeron en tres grupos: 1) Universitarios (44 participantes), 2) Alcohólicos en recuperación - AA (55 participantes), y 3) Adolescentes - estudiantes de secundaria (58 participantes). Los resultados de este estudio, confirman que las habilidades sociales juegan un papel importante en la vida de los individuos. Éstas podrían jugar un factor de protección para evitar que las personas desarrollen conductas adictivas, si bien, las habilidades sociales no son el único factor que posibilita que un individuo se vuelva alcohólico o desarrolle alguna otra adicción, sí tienen un peso importante, no sólo para la prevención, sino para el tratamiento.

Ya en las décadas de los 60 y 70, a partir de los estudios clásicos llevados a cabo por Argyle, Bryant y Trower (1974) sobre desempeño social en estudiantes universitarios, se observó que esta población presentaba diversos déficits en su competencia social. Estos autores encontraron que del 10% al 30% de una muestra de estudiantes de Oxford presentaba grandes dificultades en situaciones sociales comunes tales como aproximarse a otras personas, ir a discotecas, tomar la iniciativa en una conversación, hablar con personas de otro sexo, entre otras.

Karagözoğlu, Kahve, Koc y Adamişoğlu (2007) pudieron comprobar en su estudio que los estudiantes universitarios de último año presentaban una mayor habilidad social, en el mismo sentido, León Camargo, Rodríguez Angarita, Ferrel Ortega y Ceballos Ospino (2009) realizaron una investigación utilizando una muestra de 153 estudiantes universitarios del primer semestre de Medicina, Psicología, Enfermería y Odontología de una universidad estatal de Colombia, donde se pudo encontrar que los universitarios tenían un mayor grado de habilidad

social, así mismo, en los dos estudios se encontró una correlación positiva entre la habilidad social y a la autoestima.

Ramírez (2005) realizó una investigación en estudiante de psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán cuyo objetivo fue analizar la relación entre la asertividad y las habilidades sociales en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos usando la Escala de Habilidades Sociales de Gismo (2000). Los resultados mostraron que la muestra mexicana se ubica muy por debajo de la media poblacional en las seis dimensiones que son medidas por la EHS, es decir, la muestra manifiesta un nivel muy bajo de conducta asertiva y habilidades sociales en contextos generales.

En otro estudio realizado a 128 estudiantes de Psicología de una universidad privada de Colombia, se encontró que el 43% es capaz de mantener una buena interacción con personas desconocidas en situaciones de consumo, el 57.9% de la muestra es capaz de relacionarse positivamente con personas que atraen, el 65% es capaz de relacionarse positivamente con amigos y compañeros así mismo podemos ver que el 44% de la muestra es capaz de relacionarse positivamente con sus familiares, y por último el 46.9 de la muestra presenta puntajes positivos al hacer o rechazar peticiones de amigos. Una vez realizado el análisis de los resultados, se puede afirmar que una característica esencial de la muestra estudiada es que presenta habilidades sociales promedio en cada una de las Subescalas (Campo & Martínez, 2009).

En un grupo de estudiantes universitarios de Lima, se encontró que la mayoría de la muestra estudiada se caracteriza por tener habilidades sociales promedio, de 205 estudiantes que representan la muestra total, 135 de ellos se ubicaron en el nivel promedio (65.9%), 32 de ellos se ubicaron en un nivel alto (15.6%) y 38 de ellos en un nivel bajo (18.5%); es decir más del 50% de la muestra total se ubicaron en un nivel promedio, esto nos refiere que aparentemente la mayoría de los estudiantes están dentro de los parámetros esperados para actuar y pensar con buenas habilidades sociales, que eso les permite tener adecuadas relaciones interpersonales así como socio emocional dentro de las exigencias y experiencias de su entorno (García, 2005).

En otro estudio el cual estuvo formado por 200 alumnos de la carrera de psicología, 100 de primer año y 100 de quinto año, se pudo lograr conocer el repertorio de habilidades sociales que cada uno de ellos poseía, en primera instancia en relación al factor uno (conversación y desenvoltura social), un 27% de los estudiantes de primer año y un 38% de los de quinto año obtuvieron puntuaciones superiores. En relación al factor dos (autoexposición a desconocidos y a situaciones nuevas) un 37% de los estudiantes de primero y un 5% de los de quinto tendría un repertorio elaborado en esta dimensión, a su vez, un 28% de los estudiantes de primero y un 25% de los de quinto obtuvieron puntuaciones superiores en la dimensión tres (habilidades empáticas) y cuatro (expresión de sentimientos positivos como cumplidos, elogios, aprecio, sentimientos personales, etc.), así mismo, un 27% de los estudiantes de primero y un 17% de los de quinto año obtuvieron puntuaciones superiores en el factor cuatro (enfrentamiento con

riesgo). Por otro lado, solo un 19% de primer año y un 20% de quinto presentarían un alto nivel de HHSS (Herrera, Freytes, López & Olaz, 2012).

Aunque el concepto de habilidad social es difícil de delimitar dado que tiene por característica ser multidimensional, es decir, que está compuesta por una serie de dimensiones o también por una serie de clases de respuestas. Este constructor abarca una serie de comportamientos donde están incluidos diferentes sistemas de respuestas, ya sea fisiológicos, emocionales, cognitivos o conductuales (Caballo, 1993; Valadez, 2002).

Las habilidades sociales como bien se ha visto en este capítulo juegan un papel importante en la vida de los individuos, y si estos llegaran a mostrar un déficit en estas habilidades sociales tenderán a presentar grandes dificultades en situaciones sociales comunes tales como aproximarse a otras personas, ir a discotecas, tomar la iniciativa en una conversación, hablar con personas de otro sexo, entre otras (Anguiano, Vega, Nava & Soria, 2010; Bryant & Trower, 1974).

Ahora bien, como se pudo ver en los estudios ya antes revisados el grado académico de los universitarios no promueve el desarrollo de HHSS (Herrera, Freytes, López & Olaz, 2012), esto se debe en gran medida a que la conducta que se considera socialmente competente no se compone de un rasgo unitario ni generalizado, pues este está determinado tanto por las características personales del sujeto (edad, sexo, familiaridad) y por las características del contexto mismo (escolar, familiar, grupo de iguales, etc.) en donde lo que se considere socialmente

valido para un niño, no lo será para un adulto o esto tendera a dejar de serlo en otro contexto social (Vallés & Vallés, 1996).

Habilidades sociales y ansiedad social

En un estudio realizado en España a 559 estudiantes de dos colegios, uno público y otro privado se descubrió que los estudiantes que sufrían de ansiedad social obtuvieron resultados claramente notorios sobre una mayor dificultad para y mostrarse asertivos, hablar en público, relacionarse con el sexo opuesto, así como, dificultad con la familia y amigos (Inglés, Méndez & Hidalgo, 2001),

En un estudio realizado a 30 participantes de estudios superiores, entre los 18 y los 21 años de edad, se encontró una relación inversamente proporcional entre un nivel alto de habilidades sociales y un bajo puntaje en ansiedad social en los estudiantes que no padecían acné vulgar y lo contrario para los que sí lo padecen, es decir, las personas con acné presentan bajos niveles de habilidades sociales, así como también ansiedad social causada por la distorsión de la imagen corporal (Castro, Gómez, Rodríguez & Bermúdez, 2011).

Se ha considerado con cierta frecuencia que la ansiedad social está muy relacionada con la falta de habilidades sociales, de hecho, a menudo a la hora de evaluar conductas sociales se han utilizado instrumentos que miden la ansiedad social en vez de cuestionarios de habilidades sociales (Fernández-Ballesteros & Carrobes, 1991).

En una investigación, Harman, Hansen, Cochran y Lindsey (2005) encontraron que quienes mostraron por internet la conducta más falsa (quienes mostraban en las redes sociales algo que en realidad no eran), tuvieron

habilidades sociales más pobres, niveles bajos de autoestima, y altos en ansiedad social y agresión. De esta manera, se sugiere que las habilidades sociales, la autoestima y la agresión tienen una relación en la misma dirección; vinculando lo anterior con el hecho de que la asertividad es una manera de hacer frente a la ansiedad, se le supone contrapuesta a las variables antes mencionadas e íntimamente asociada a ellas.

Olivares, Rosa y Piqueras (2005) encontraron en un estudio realizado a 427 alumnos quienes mostraban signos de ansiedad social, para esto se dieron a la tarea de identificar y después de intervenir, llegando así a la conclusión de que la intervención llegó a resultar muy exitosa en la mejora de las variables de habilidades sociales, asertividad y adaptación alcanzando diferencias estadísticamente significativas en los sujetos tratados frente a los no tratados, esto nos permite dejar muy claro que tanto las variables de ansiedad social y habilidades sociales se encuentran muy empalmadas una de la otra, es así como se podría decir que si se tiene trabajo con una, la otra recíprocamente tendrá a sufrir un cambio positivo o negativo, según corresponda.

Justificación

La fobia social o ansiedad social es un problema de salud mental, su prevalencia oscila entre 7% y 13% de la población a nivel mundial (Kessler et al., 1994; Olivares, 2009). Según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003) la prevalencia nacional de dicha patología fue de 4.7% ocupando el cuarto lugar en la lista de trastornos mentales con mayor prevalencia en la población mexicana. De igual manera, es el desorden más diagnosticado en el contexto clínico durante la adolescencia (Albano & Detweiler, 2001) presentándose con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (Essau, Conradt & Petermann, 1999; Furmark, 2002; Olivares et al., 2002; Wittchen, Stein & Kessler, 1999).

Diversos modelos han explicado el surgimiento de la AS, relacionándolo con aspectos evolutivos (Anders-Öhman et al., 1985) como la aparición de jerarquías en ancestros del ser humano. Otros lo han explicado a través de factores familiares y de desarrollo, como la socialización de la persona y el modelamiento por parte de los padres (Barlow, 2004; Fyer et al., 1993).

Algunos más abarcan factores neurobiológicos asociados a la intervención de diversos sistemas de neurotransmisión (adrenérgico, gabaérgico, dopaminérgico o serotoninérgico) que afectan estructuras como el hipotálamo y la amígdala, en el llamado sistema de alarma del cerebro (Furmark, 2009). Otros mencionan factores genéticos asociados al cromosoma 16, vinculado con una región cercana a un gen transportador de norepinefrina presente en el surgimiento de los ataques de pánico (Arenas & Puigcerver, 2009a).

Finalmente factores psicológicos como presentar déficit en habilidades sociales, resultantes de una situación traumática que se ha aprendido han explicado este fenómeno (Clark & Wells, 1995; Moro et al., 1997). Por ejemplo, Olivares y Caballo (2003) propusieron un modelo de génesis basado en la modificación de las respuestas del sujeto, generadas por la asociación producida entre un ambiente social negativo y un conjunto de factores orgánicos, que dan lugar a respuestas desadaptativas motoras, cognitivas y fisiológicas. En este modelo el afrontamiento al estrés se ha asociado a la evitación experiencial en personas con ansiedad social.

Las situaciones sociales que generan ansiedad social pueden ser variadas: hablar en público, realizar acciones en presencia de otros, iniciar y mantener conversaciones, asistir a fiestas y actos sociales, hablar con figuras de autoridad, ser observado al entrar en un sitio, estar con la persona por la que se siente atracción, hablar por teléfono, hacer uso de baños públicos, entre otras (Camilli & Rodriguez, 2008).

El trastorno de ansiedad social se ha asociado a diversas consecuencias negativas en los ámbitos personal, escolar, laboral y social, teniendo como resultado una notable disminución en la calidad de vida, además de diversas repercusiones socio-económicas negativas en las personas que padecen dicho trastorno (Fehm et al., 2005). Otras son las consecuencias de la ansiedad social por ejemplo: pérdida del empleo debido a la evitación de presentaciones verbales, bajo rendimiento escolar, decremento en la creación y mantenimiento de nuevas relaciones interpersonales e incapacidad para generar charlas en situaciones que involucren hablar con personas desconocidas (APA, 2002; Beidel et al., 2001).

Diversas son las variables que interactúan con la ansiedad social. Una de estas variables son las habilidades sociales. Existen estudios donde nos proponen el entrenamiento de las habilidades sociales para así tener una mejoría en los síntomas de la ansiedad social, comenzando sería el primer estudio de Marzillier, Lamber y Kellett (1976) donde compararon el tratamiento de la habilidad social con la desensibilización sistemática, en donde ambos grupos de tratamiento mejoraron tras la terapia, siendo el grupo de entrenamiento en habilidades sociales quienes mantuvieron la mejoría al cabo de 6 meses, así mismo, Trower, Yardley, Bryant y Shaw (1978) quienes también compararon las habilidades sociales y la desensibilización sistemática en pacientes fóbicos sociales así como en inadecuados sociales (considerados personas sin habilidades sociales), tuvieron resultados muy interesantes, en donde indicaron que los únicos que mostraron una mejoría significativa en la ansiedad social subjetiva y en las conductas sociales fueron las personas considerados como inadecuados sociales.

Método

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre los niveles de ansiedad social y habilidades sociales en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre los niveles de ansiedad social y habilidades sociales en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de ansiedad social en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH
- Determinar el nivel de habilidades sociales en estudiantes de licenciatura del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH
- Determinar la relación entre nivel de ansiedad social y el nivel de habilidades sociales en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH

Hipótesis conceptual

Existe una relación negativa entre la ansiedad y las habilidades sociales, en donde se ha considerado con cierta frecuencia que la ansiedad social está muy

relacionada con la falta de habilidades sociales (Iruarrizaga, Gómez-Segura, Criado, Zuazo & Sastre, 1999).

Las dificultades interpersonales, relacionadas con un error que se tiene sobre las conductas socialmente habilidosas, son uno de los principales riesgos de generar ansiedad social, ya que estas dificultades ocasionan rechazo y evitación que provocan una pérdida en las oportunidades de socialización (La Greca & López, 1998).

El factor primario de génesis de la ansiedad social en los individuos lo constituye un déficit en habilidades sociales, lo que consecuentemente hará más probable que se confronten con más cantidad de experiencias humillantes (Cervera, Roca & Bobes, 1998).

Hipótesis estadísticas

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre nivel de ansiedad social y el nivel de habilidades sociales en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH

H1: Si existe relación estadísticamente significativa entre nivel de ansiedad social y el nivel de habilidades sociales en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH

Variables

Tabla 2. Definición de variables

Variabes	Definición Conceptual	Definición Operacional
Ansiedad social	Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales en el que dichas personas se exponen a otras que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación negativa por parte de los demás o que los demás lo evalúen como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable (APA, 2013).	Se utilizó la versión adaptada para población mexicana (Caballo et al., 2012) del cuestionario CASO-A30 (Caballo, 2010a). Evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, y 5) Quedar en evidencia. Cada factor tiene su propio punto de corte, de igual manera el cuestionario en total tiene otro.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional
Habilidades sociales	Conducta que permite a las personas actuar según los intereses que consideren como más importantes, así como el poder defenderse sin una ansiedad inapropiada, y el poder expresar sentimientos honestos, sin dejar de lado el ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás (Alberti & Emmons, 1978)	Se utilizó la versión adaptada para población mexicana (Del Castillo et al., En prensa) de la Escala Multifuncional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C) Dirigido a evaluar pensamientos negativos relacionados con distintas dimensiones de las habilidades sociales. Escala Multifuncional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M). Dirigido a evaluar conductas socialmente adecuadas. Las dos escalas constan de 12 diferentes factores (Caballo, 2005)

Participantes

Participaron 544 estudiantes de las Licenciaturas en Medicina, Psicología, Enfermería, Nutrición, Farmacia, Gerontología y Odontología del Instituto de Ciencias de la Salud perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, seleccionados de manera no probabilística. Los participantes cuentan con una media de edad de 18.87 años con una desviación estándar de .98 años.

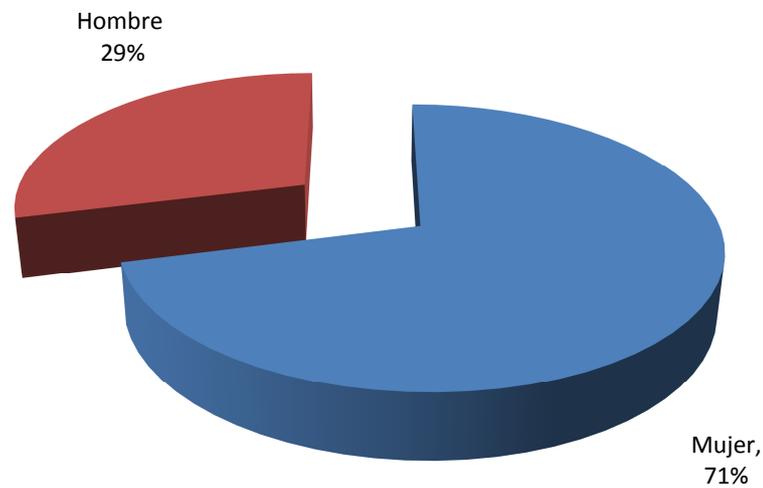


Figura 1. Distribución por sexo.

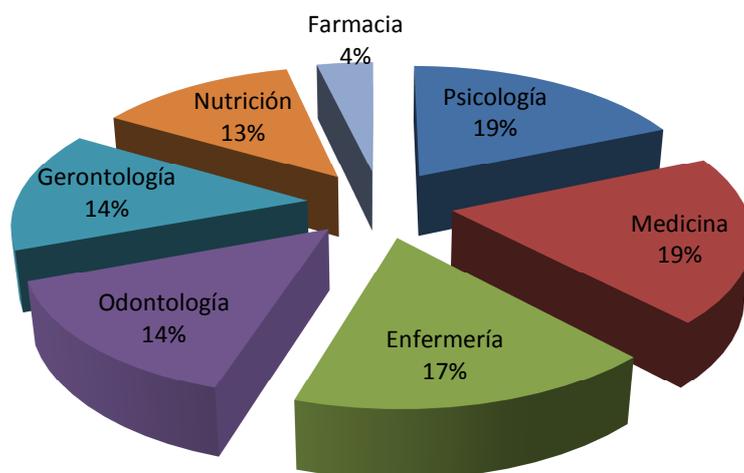


Figura 2. Distribución por carrera

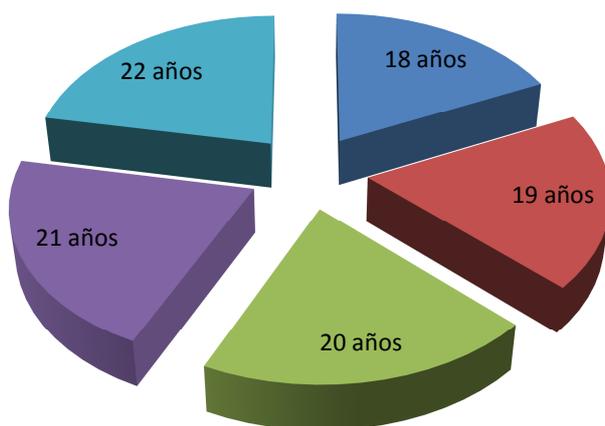


Figura 3. Distribución por Edad.

Tipo de estudio y diseño

Se llevó a cabo un estudio trasversal de campo, con un diseño no experimental correlacional.

Instrumentos

Ansiedad Social: Para medir esta variable se utilizó la versión adaptada para población mexicana (Caballo, Salazar, Arias, Irutia & Hofmann, 2012) del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos CASO-A30 (Caballo et al., 2010a; Caballo et al., 2010b). Este instrumento de evaluación de la ansiedad social consta de 30 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de cinco puntos, desde 1= “Nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo” hasta 5= “Mucho o muchísimo malestar, tensión o nerviosismo”, así mismo, su consistencia interna es de 0,91.

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. Cada factor tiene su propio punto de corte, de igual manera el cuestionario en total tiene otro.

Habilidades Sociales: Para medir esta variable se utilizó la versión adaptada para población mexicana (Del Castillo et al., En prensa) de la Escala Multidimensional de Expresión Social de Caballo (2005) la cual está dividida en dos secciones, una tiene que ver con la parte cognitiva y la otra tiene que ver con la parte motora que a continuación se explicaran con más detalle.

Parte Cognitiva (EMES-C). Este es un cuestionario dirigido a evaluar la frecuencia de los pensamientos negativos relacionados con distintas dimensiones de las habilidades sociales. Consta de 44 ítems, en los que se indica su frecuencia de aparición en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos, así mismo, cuenta con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,92. Ofrece información acerca de 12 diferentes factores que agrupan las siguientes situaciones:

1. Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores.
2. Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones.
3. Temor a hacer y recibir peticiones.
4. Temor a hacer y recibir cumplidos.
5. Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto.
6. Temor a la evaluación negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas.
7. Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas.
8. Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos.
9. Preocupación por la impresión causada en los demás
10. Temor a expresar sentimientos positivos.
11. Temor a la defensa de los derechos
12. Asunción de posibles carencias propias.

Cuanto mayor sea la puntuación en este cuestionario, mayor incidencia de los pensamientos distorsionados y cuando menos sea la puntuación en este cuestionario, menor será el nivel de habilidades sociales, es decir, en esta escala, puntuaciones más bajas indican mayor temor y menor puntuación en habilidades sociales adaptativas.

Parte Motora (EMES-M). Este es un cuestionario dirigido a evaluar conductas socialmente adecuadas de los sujetos. Consta de 64 ítems y cubre varias dimensiones de las habilidades sociales. En cada ítem se indica su frecuencia de aparición en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos, así mismo, cuenta con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,92. Ofrece información acerca de 12 diferentes factores que agrupan las siguientes situaciones:

1. Iniciación de interacciones
2. Hablar en público/enfrentarse con superiores.
3. Defensa de los derechos del consumidor
4. Expresión de molestia, desagrado, enfado
5. Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto.
6. Expresión de molestia y enfado hacia familiares
7. Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto
8. Aceptación de cumplidos
9. Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto
10. Hacer cumplidos
11. Preocupación por los sentimientos de los demás
12. Expresión de cariño hacia los padres.

Cuanto menor sea la puntuación en este cuestionario, menor será el nivel de habilidades sociales.

Procedimiento

1. Se gestionó con las autoridades correspondientes la aplicación de los instrumentos a estudiantes de primer ingreso de licenciatura de la UAEH.
2. Se aplicaron los instrumentos siguiendo las normas éticas del psicólogo y resaltando el anonimato y la confidencialidad de los datos.
3. Posteriormente los datos se capturaron y se analizaron por medio del paquete estadístico SPSS v.17.
4. Cuantificar la relación entre las variables estudiadas con el fin de conocer o explicar los mecanismos de dicha relación.
5. Probar el modelo propuesto.
6. Reportar resultados.

Resultados

El objetivo general del estudio fue determinar la relación que existe entre el nivel de ansiedad social y el nivel de habilidades sociales en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). El primer objetivo específico fue determinar el nivel de ansiedad social de estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH. En la tabla 3 se describen los resultados de media y desviación estándar de esta variable.

Tabla 3. Descriptivos de ansiedad social en la muestra total

Escala	N	MEDIA	D.E	MIN.	MÁX.
Ansiedad Social					
Interacción con el Sexo Opuesto	544	16.44	5.97	6.00	30.00
Expresión Asertiva de Molestia	544	14.12	4.90	6.00	29.00
Hablar en Público	544	15.03	5.51	6.00	30.00
Quedar en Evidencia	544	16.54	5.15	6.00	30.00
Interacción con Desconocidos	544	13.25	4.81	6.00	29.00
Total	544	75.38	26.34	30.00	148.00

La Tabla 4 muestra los datos reportados en cuanto a la variable ansiedad social en hombres y mujeres, ya que para cada sexo y cada factor del instrumento existe un punto de corte diferente, los resultados se interpretan a partir de ese punto. Con respecto a los hombres, la media de ansiedad social total es de 68.07, mientras que en las mujeres la media es de 78.45, mostrando que los estudiantes presentan niveles moderadamente bajos de ansiedad social, ya que las medias se encuentra por debajo de los puntos de corte correspondientes 92 para hombres y 97 para mujeres.

Tabla 4. Medias, DE y punto de corte por sexo de Ansiedad Social

Factor	Hombres			Mujeres		
	Media	DE	Punto de corte	Media	DE	Punto de corte
Interacción con el Sexo Opuesto	14.15	5.60	20	17.40	5.86	20
Expresión Asertiva de Molestia	13.15	4.82	21	14.53	4.88	19
Hablar en Público	13.06	5.08	19	15.85	5.48	23
Quedar en Evidencia	15.40	5.23	19	17.02	5.04	21
Interacción con Desconocidos	12.31	4.79	17	13.65	4.78	18
Total	68.07	25.52	92	78.45	26.04	97

En la misma tabla 4 también se muestran los datos reportados en cada uno de los cinco factores que conforman el Cuestionario de Ansiedad Social, en donde se puede observar que en cada uno de ellos presentan niveles moderadamente bajos de ansiedad social, ya que estas medias se encuentran por debajo del punto de corte de cada factor.

El factor quedar en evidencia es el que presentó las medias más altas tanto en hombres (15.40) como en mujeres (17.02), mientras que los puntajes más bajos los encontramos en el factor interacción con desconocidos en hombres (12.31) como en mujeres (13.65).

Tabla 5. Porcentaje, media y punto de corte por sexo en riesgo de Ansiedad Social

	Hombres			Mujeres			Total	
	Riesgo %	Media \bar{X}	P.C.	Riesgo %	Media \bar{X}	P.C.	Riesgo %	Media \bar{X}
Interacción con el Sexo Opuesto*	17.5	22.82	20	31.0	24.31	20	27.0	24.02
Expresión Asertiva de Molestia*	5.6	23.88	21	9.41	24.00	19	8.1	23.97
Hablar en Público*	10.6	22.29	19	26.6	23.02	23	21.9	22.92
Quedar en Evidencia*	22.5	22.55	19	30.5	23.00	21	28.1	22.89
Interacción con Desconocidos*	13.8	20.54	17	21.4	20.60	18	19.1	20.59
Total**	13.8	105.13	92	17.7	111.13	97	16.2	110.80

*Rango teórico 6 a 30 puntos

**Rango teórico 30 a 180 puntos

La tabla 5 muestra el porcentaje de hombres y de mujeres, así como del total de estudiantes que se encuentran en riesgo de padecer ansiedad social. El 16.2% de los estudiantes tienen riesgo de padecer ansiedad social, mientras que el 83.8% no tiene este riesgo. Las mujeres presentan un porcentaje más elevado de riesgo sobre los hombres tanto en los datos totales del instrumento como por cada factor. El factor donde se presentó el porcentaje de riesgo más alto fue interacción con el sexo opuesto donde los hombres presentan un porcentaje del 17.5% y las mujeres presentan 31.0% y el factor con el porcentaje de riesgo más bajo fue la expresión asertiva de molestia con resultados de 5.6% para hombres y 9.41% para mujeres.

El segundo objetivo específico fue determinar el nivel de habilidad social de estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH. En las Tablas 6 y 7 se describen los resultados de media y desviación estándar de esta variable

Tabla 6. Descriptivos de la Escala Multifuncional de Expresión Social Parte Motora en la muestra total

Escala	N	MEDIA	D.E	MIN.	MÁX.
Escala Multifuncional de Expresión Social Parte Motora					
Iniciación de Interacción	544	25.12	7.54	2.00	40.00
Hablar en público	544	23.40	6.54	4.00	40.00
Defensa de los derechos del consumidor	544	8.38	3.11	.00	16.00
Expresión de Molestia, desagrado, enfado	544	12.48	3.47	.00	20.00
Expresión de sentimientos positivos sexo opuesto	544	12.87	3.98	1.00	20.00
Expresión de molestia y enfado hacia familiares	544	9.89	3.29	.00	16.00
Rechazo de peticiones del sexo opuesto	544	8.40	2.53	1.00	12.00
Aceptación de cumplidos	544	9.50	2.97	.00	16.00
Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	544	5.50	2.80	.00	12.00
Hacer cumplidos	544	5.65	2.29	.00	12.00
Preocupa/sentimientos de los demás	544	4.70	1.78	.00	8.00
Expresión de cariño hacia los padres	544	2.92	1.24	.00	4.00
Total		128.86	25.44	52.00	200.00

Tabla 7. Descriptivos de la Escala Multifuncional de Expresión Social Parte Cognitiva en la muestra total

Escala	N	MEDIA	D.E	MIN.	MÁX.
Escala Multifuncional de Expresión Social Parte Cognitiva					
Temor expresión en público/ superiores	544	11.73	8.72	.00	44.00
Temor a la desaprobación de los demás	544	4.14	3.38	.00	20.00
Temor a hacer y recibir peticiones	544	4.39	3.41	.00	16.00
Temor a hacer y recibir cumplidos	544	4.96	3.36	.00	16.00
Preocupación/Interacciones sexo opuesto	544	4.15	3.44	.00	16.00
Temor evaluación negativa	544	2.84	2.76	.00	16.00
Temor conducta negativa de los demás	544	3.78	3.15	.00	16.00
Preocupa/expresión sentimientos de demás	544	3.24	3.17	.00	16.00
Preocupa/impresión causada en los demás	544	3.56	3.24	.00	16.00
Temor/expresar sentimientos positivos	544	3.38	2.90	.00	15.00
Temor defensa de derechos	544	2.02	1.69	.00	8.00
Asunción posibles carencias propias	544	2.65	1.84	.00	8.00
Total		50.89	33.68	.00	200.00

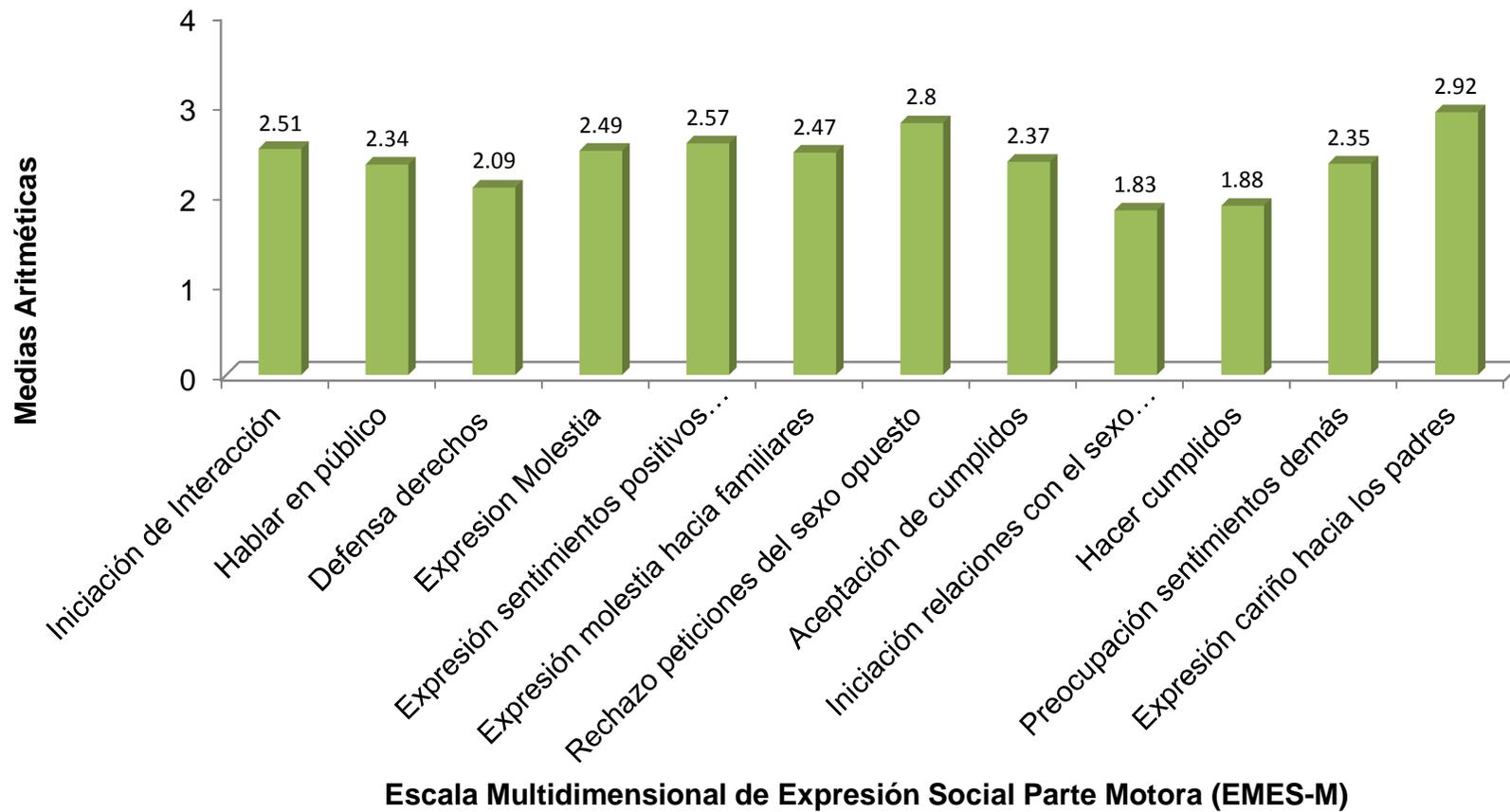


Figura 4. Medias aritméticas de cada uno de los niveles de la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M).

La figura 4 muestra las medias aritméticas de cada uno de los factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M). Para poder hacer la comparación de cada uno de los factores, se tomó en cuenta el número de reactivos que evalúan cada uno de ellos.

Como se puede observar en la misma tabla los estudiantes presentan las medias más altas en los factores expresión cariño hacia los padres (2.92) y rechazo de peticiones del sexo opuesto (2.8), en cambio los factores tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto (1.83) y hacer cumplidos (1.88) presentaron las medias aritméticas más bajas.

La figura 5 muestra las medias aritméticas de cada uno de los factores de la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C). Para poder hacer la comparación de cada uno de los factores, se tomó en cuenta el número de reactivos que evalúan cada uno de ellos.

Como se puede observar en la misma tabla los estudiantes presentan las medias más altas en los factores de asunción de posibles carencias propias (1.32) y temor a hacer y recibir cumplidos (1.24) en cambio los factores temor a la evaluación negativa (0.71), preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos (0.81) y temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones (0.82) presentaron las medias aritméticas bajas.

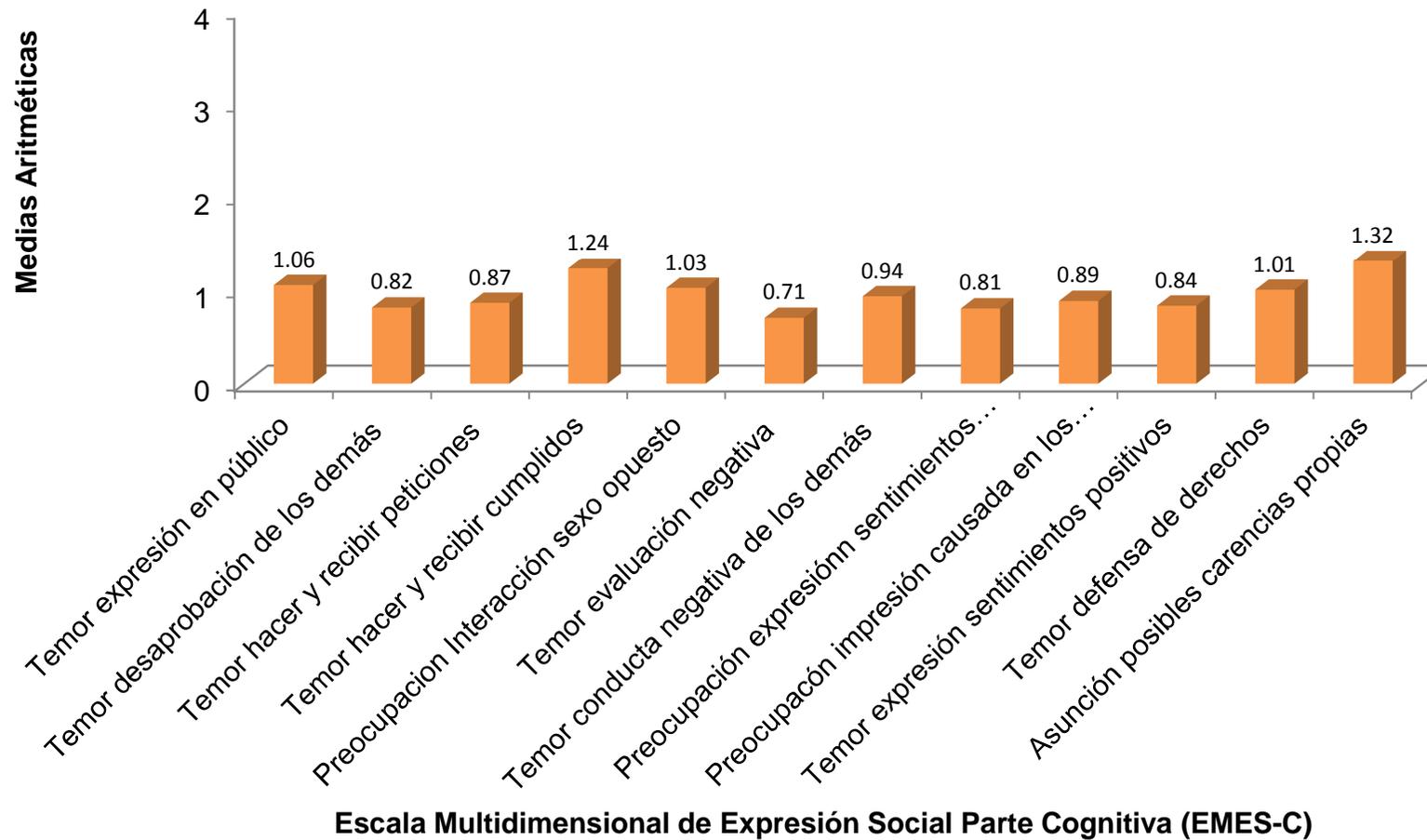


Figura 5. Medias aritméticas de cada uno de los niveles de la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C).

El tercer objetivo específico fue determinar la relación entre nivel de ansiedad social y el nivel de habilidades sociales en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH. Para determinar la relación entre estas variables se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson, dichos resultados se presentan en las siguientes tablas.

En la tabla 8 se muestran las correlaciones totales entre el CASO A30 y la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C) que evalúa la frecuencia de los pensamientos negativos en situaciones sociales. Se muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas de moderadas a altas entre todos los factores de ambas escalas.

En esta misma tabla se observa que las correlaciones más altas se presentan entre el factor temor expresión en público de la escala EMES-C y todos los factores del CASO A30 indicando que a mayor temor a expresarse en público mayor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas se presentan entre el factor temor a la defensa de los derechos y todos los factores del CASO A30.

En la tabla 9 se muestran las correlaciones de los sujetos en riesgo entre el CASO A30 y la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C) .Se muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre la mayor parte de los factores de ambas escalas. Lo que permite observar que esta tabla es diferente a la de la muestra total.

Tabla 8. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C) en la muestra Total

N=544

	EMES-C											
	Temor expresión en público	Temor desaprobación de los demás	Temor a hacer y recibir peticiones	Temor a hacer recibir cumplidos	Preocupación/Interacciones sexo opuesto	Temor a la evaluación negativa	Temor conducta negativa de los demás	Preocupación /expresión sentimientos de demás	Preocupación /impresión causada en los demás	Temor/expresar sentimientos positivos	Temor defensa de derechos	Asunción posibles carencias
Hablar en Público	.686**	.413**	.347**	.304**	.479**	.399**	.488**	.347**	.439**	.427**	.243**	.420**
Interacción con Desconocidos	.553**	.423**	.367**	.308**	.498**	.432**	.479**	.390**	.421**	.433**	.272**	.364**
Interacción con el Sexo Opuesto	.528**	.395**	.340**	.284**	.497**	.401**	.452**	.359**	.428**	.460**	.280**	.365**
Expresión Asertiva de Molestia	.477**	.418**	.316**	.323**	.402**	.384**	.423**	.391**	.387**	.420**	.253**	.284**
Quedar en Evidencia	.470**	.382**	.341**	.312**	.417**	.410**	.478**	.381**	.460**	.404**	.258**	.320**
Total	.641**	.477**	.403**	.359**	.541**	.476**	.546**	.438**	.503**	.506**	.308**	.415**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Tabla 9. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C) en la muestra de riesgo

N=88

	EMES-C											
	Temor expresión en público	Temor desaprobación de los demás	Temor a hacer y recibir peticiones	Temor a hacer recibir cumplidos	Preocupación/Interacciones sexo opuesto	Temor a la evaluación negativa	Temor conducta negativa de los demás	Preocupación /expresión sentimientos de demás	Preocupación /impresión causada en los demás	Temor/expresar sentimientos positivos	Temor defensa de derechos	Asunción posibles carencias
Hablar en Público	.323**	.234*	.125	.153	.206*	.199*	.257**	.159	.252**	.169	.134	.297**
Interacción con Desconocidos	.288**	.230*	.185	.202*	.270**	.309**	.291**	.265**	.273**	.233*	.173	.207*
Interacción con el Sexo Opuesto	.234**	.136	.101	.142	.251**	.222**	.207*	.091	.179*	.232**	.094	.215**
Expresión Asertiva de Molestia	.121	.173	.267	-.130	-.203	.128	.042	.042	.047	.081	-.076	-.135
Quedar en Evidencia	.110	.121	.126	.164*	.114	.118	.168*	.100	.203*	.142	.132	.042
Total	.340**	.296**	.224*	.112	.211*	.325**	.288**	.198	.284**	.190	.178	.110

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

En esta misma tabla se siguen manteniendo las correlaciones más altas entre el factor temor expresión en público de la escala EMES-C y la mayor parte de los factores del CASO A30. Las correlaciones más bajas y que no fueron estadísticamente significativas se presentan entre el factor temor a la defensa de los derechos y todos los factores del CASO A30.

En la tabla 10 se observan las correlaciones totales entre el CASO A30 y la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) que evalúa la habilidad social del sujeto. Se muestran correlaciones negativas estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre la mayor parte de los factores de ambas escalas.

Las correlaciones más altas se presentan entre los factores de iniciación de interacción, hablar en público y expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto de la escala EMES-M con todos los factores del CASO A30 indicando que a mayor habilidad del sujeto para iniciar una nueva interacción, para hablar en público y para expresar sentimientos positivos hacia el sexo opuesto el sexo opuesto menor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas se presentan entre el factor temor a la defensa de los derechos y todos los factores del CASO A30. Las correlaciones más bajas y que no fueron estadísticamente significativas se presentaron entre los factores de expresión de molestia y enfado hacia los familiares y expresión de cariño hacia los padres de la escala EMES-M y la mayor parte de los factores del CASO A30.

Tabla 10. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en la muestra Total

N=544

	EMES-M											
	Iniciación de Interacción	Hablar en público	Defensa de los derechos del consumidor	Expresión de Molestia, desagrado, enfado	Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	Expresión de molestia y enfado hacia familiares	Rechazo de peticiones del sexo opuesto	Aceptación de cumplidos	Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	Hacer cumplidos	Preocupación por los sentimientos de los demás	Expresión de cariño hacia los padres
Hablar en Público	-.588**	-.677**	-.228**	-.214**	-.459**	-.072	-.228**	-.343**	-.178**	-.168**	-.289**	-.031
Interacción con Desconocidos	-.624**	-.516**	-.197**	-.223**	-.449**	-.126**	-.220**	-.333**	-.224**	-.187**	-.272**	-.065
Interacción con el Sexo Opuesto	-.596**	-.508**	-.218**	-.166**	-.525**	-.053	-.165**	-.325**	-.221**	-.154**	-.268**	-.003
Expresión Asertiva de Molestia	-.454**	-.471**	-.199**	-.222**	-.386**	-.094*	-.283**	-.355**	-.110*	-.069	-.257**	-.061
Quedar en Evidencia	-.478**	-.440**	-.118**	-.151**	-.386**	.002	-.217**	-.274**	-.070	-.061	-.200**	-.033
Total	-.647**	-.617**	-.227**	-.228**	-.523**	-.079	-.259**	-.383**	-.191**	-.152**	-.303**	-.043

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla 11 se observan las correlaciones de los sujetos en riesgo del CASO A30 y la EMES-M que evalúa la habilidad social del sujeto. Se muestran correlaciones negativas estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre la mayor parte de los factores de ambas escalas. Se siguen manteniendo las correlaciones más altas entre los factores de iniciación de interacción, hablar en público y expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto de la escala EMES-M con la mayoría de los factores del CASO A30. Las correlaciones más bajas se presentan entre los factores de temor a la defensa de los derechos, así como, la aceptación de cumplidos y la mayoría de los factores del CASO A30. Las correlaciones más bajas y que no fueron estadísticamente significativas se presentaron entre los factores de expresión de molestia y enfado hacia los familiares, rechazo de peticiones del sexo opuesto y expresión de cariño hacia los padres de la escala EMES-M y la mayor parte de los factores del CASO A30.

En la tabla 12 se muestran las correlaciones totales entre el CASO A30 y la EMES-C de la carrera de psicología, en la tabla se muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas de moderadas a altas entre todos los factores y estas correlaciones resultan ser incluso más altas que en la muestra total de la tabla 8. En esta misma tabla se observa que las correlaciones más altas se presentan entre el factor temor expresión en público de la escala EMES-C y todos los factores del CASO A30 indicando que a mayor temor a expresarse en público mayor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas se presentan entre el factor temor a la defensa de los derechos y todos los factores del CASO A30.

Tabla 11. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en la muestra de riesgo

N=88

	EMES-M											
	Iniciación de Interacción	Hablar en público	Defensa de los derechos del consumidor	Expresión de Molestia, desagrado, enfado	Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	Expresión de molestia y enfado hacia familiares	Rechazo de peticiones del sexo opuesto	Aceptación de cumplidos	Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	Hacer cumplidos	Preocupación por los sentimientos de los demás	Expresión de cariño hacia los padres
Hablar en Público	-.320**	-.361**	-.244**	-.034	-.182*	-.181*	-.097	-.298**	-.238**	.011	-.156	-.112
Interacción con Desconocidos	-.345**	-.243*	-.189	.047	-.256**	-.154	-.072	-.152	-.210*	-.057	-.143	.058
Interacción con el Sexo Opuesto	-.306**	-.231**	-.074	.093	-.268**	.021	.016	-.091	-.239**	-.099	-.191*	.025
Expresión Asertiva de Molestia	-.185	-.122	.224	.113	-.191	-.001	.050	-.032	-.024	.016	-.163	-.207
Quedar en Evidencia	-.240**	-.124	-.013	-.029	-.177*	-.078	-.012	-.149	.027	.166*	-.069	-.062
Total	-.377**	-.312**	-.180	-.086	-.334**	-.229*	-.159	-.185	-.193	.026	-.168	-.032

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Tabla 12. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Psicología.

N=101

	EMES-C											
	Temor expresión en público	Temor desaprobación de los demás	Temor a hacer y recibir peticiones	Temor a hacer recibir cumplidos	Preocupación /Interacciones sexo opuesto	Temor a la evaluación negativa	Temor conducta negativa de los demás	Preocupación /expresión sentimientos de demás	Preocupación /impresión causada en los demás	Temor/expr esar sentimientos positivos	Temor defensa de derechos	Asunción posibles carencias
Hablar en Público	.323**	.234*	.125	.153	.206*	.199*	.257**	.159	.252**	.169	.134	.297**
Interacción con Desconocidos	.288**	.230*	.185	.202*	.270**	.309**	.291**	.265**	.273**	.233*	.173	.207*
Interacción con el Sexo Opuesto	.234**	.136	.101	.142	.251**	.222**	.207*	.091	.179*	.232**	.094	.215**
Expresión Asertiva de Molestia	.121	.173	.267	-.130	-.203	.128	.042	.042	.047	.081	-.076	-.135
Quedar en Evidencia	.110	.121	.126	.164*	.114	.118	.168*	.100	.203*	.142	.132	.042
Total	.340**	.296**	.224*	.112	.211*	.325**	.288**	.198	.284**	.190	.178	.110

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla 13 se observan las correlaciones totales de la carrera de psicología entre el CASO A30 y la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M), en la tabla se muestran correlaciones negativas estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre la mayor parte de los factores de ambas escalas, esto nos permite observar que esta tabla es muy similar a la muestra total de la tabla 10.

Se puede observar que se mantienen las correlaciones entre los factores de iniciación de interacción, hablar en público y expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto el sexo opuesto de la escala EMES-M con todos los factores del CASO A30 indicando que a mayor habilidad del sujeto para iniciar una nueva interacción, para hablar en público y para expresar sentimientos positivos hacia el sexo opuesto el sexo opuesto menor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas se presentan entre el factor expresión de molestia y enfado hacia familiares y todos los factores del CASO A30. La correlación más baja y que no fue estadísticamente significativa se presentó en el factor de expresión de cariño hacia los padres de la escala EMES-M y la mayor parte de los factores del CASO A30.

Tabla 13. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Psicología.

N=101

	EMES-M											
	Iniciación de Interacción	Hablar en público	Defensa de los derechos del consumidor	Expresión de Molestia, desagrado, enfado	Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	Expresión de molestia y enfado hacia familiares	Rechazo de peticiones del sexo opuesto	Aceptación de cumplidos	Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	Hacer cumplidos	Preocupación por los sentimientos de los demás	Expresión de cariño hacia los padres
Hablar en Público	-.582**	-.602**	-.267**	-.302**	-.349**	-.119	-.305**	-.292**	-.277**	-.414**	-.403**	-.081
Interacción con Desconocidos	-.636**	-.449**	-.205*	-.206*	-.425**	-.185	-.318**	-.304**	-.404**	-.406**	-.325**	-.097
Interacción con el Sexo Opuesto	-.623**	-.385**	-.152	-.164	-.562**	-.152	-.265**	-.190	-.300**	-.323**	-.279**	.069
Expresión Asertiva de Molestia	-.500**	-.527**	-.369**	-.353**	-.422**	-.293**	-.419**	-.432**	-.195	-.284**	-.422**	-.001
Quedar en Evidencia	-.566**	-.521**	-.149	-.304**	-.497**	-.142	-.295**	-.345**	-.092	-.270**	-.383**	-.127
Total	-.687**	-.581**	-.265**	-.308**	-.533**	-.207*	-.374**	-.362**	-.303**	-.401**	-.423**	-.052

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Tabla 14. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Gerontología.

N=77

	EMES-C											
	Temor expresión en público	Temor desaprobación de los demás	Temor a hacer y recibir peticiones	Temor a hacer recibir cumplidos	Preocupación /Interacciones sexo opuesto	Temor a la evaluación negativa	Temor conducta negativa de los demás	Preocupación /expresión sentimientos de demás	Preocupación /impresión causada en los demás	Temor/expresar sentimientos positivos	Temor defensa de derechos	Asunción posibles carencias
Hablar en Público	.674**	.317**	.313**	.117	.576**	.238*	.524**	.304**	.446**	.420**	.289*	.369**
Interacción con Desconocidos	.443**	.339**	.256*	.188	.361**	.391**	.375**	.198	.241*	.202	.285*	.154
Interacción con el Sexo Opuesto	.456**	.262*	.302**	.116	.537**	.279*	.462**	.349**	.461**	.397**	.321**	.171
Expresión Asertiva de Molestia	.204	.157	.055	.231*	.288*	.056	.212	.276*	.108	.262*	.105	.039
Quedar en Evidencia	.273*	.323**	.207	.164	.273*	.279*	.391**	.301**	.373**	.151	.205	.169
Total	.563**	.368**	.313**	.206	.564**	.330**	.534**	.386**	.454**	.401**	.330**	.248*

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla 14 se muestran las correlaciones totales de la carrera de gerontología entre el CASO A30 y la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C), se muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas más bajas que en la muestra total de la tabla 8, así mismo, se sigue manteniendo la correlación más alta en el factor temor a la expresión en público de la escala EMES-C y todos los factores del CASO A30. Las correlaciones más bajas se presentan entre el asunción posibles carencias y todos los factores del CASO A30, siguiendo con este punto, se observa a comparación de la muestra total que hay factores como el temor a hacer y recibir cumplidos que no presenta una correlación estadísticamente significativa.

En la tabla 15 se observan las correlaciones totales de la carrera de gerontología entre el CASO A30 y la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M), se observa a comparación de la muestra total pocas correlaciones negativas estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre los factores de ambas escalas.

Se siguen manteniendo las correlaciones más altas entre los factores de iniciación de interacción, hablar en público y expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto de la escala EMES-M con todos los factores del CASO A30 indicando que a mayor habilidad del sujeto para iniciar una nueva interacción, para hablar en público y para expresar sentimientos positivos hacia el sexo opuesto el sexo opuesto menor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas se presentan entre los factores aceptación de cumplidos, tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto y la mayoría de los factores del CASO A30.

Tabla 15. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Gerontología.

N=77

	EMES-M											
	Iniciación de Interacción	Hablar en público	Defensa de los derechos del consumidor	Expresión de Molestia, desagrado, enfado	Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	Expresión de molestia y enfado hacia familiares	Rechazo de peticiones del sexo opuesto	Aceptación de cumplidos	Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	Hacer cumplidos	Preocupación por los sentimientos de los demás	Expresión de cariño hacia los padres
Hablar en Público	-.589**	-.678**	-.213	-.064	-.470**	-.040	-.093	-.210	-.332**	-.014	-.112	-.008
Interacción con Desconocidos	-.602**	-.469**	-.153	-.206	-.430**	-.124	-.198	-.281*	-.250*	-.123	-.164	.093
Interacción con el Sexo Opuesto	-.574**	-.496**	-.181	.079	-.545**	.038	-.009	-.339**	-.425**	-.111	-.133	-.149
Expresión Asertiva de Molestia	-.343**	-.423**	-.037	-.042	-.385**	-.029	-.153	-.237*	-.218	.025	-.137	-.274*
Quedar en Evidencia	-.387**	-.390**	-.126	.030	-.290*	.117	.064	-.158	-.051	.117	-.080	-.037
Total	-.673**	-.660**	-.197	-.040	-.577**	-.006	-.095	-.333**	-.363**	-.039	-.165	-.104

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Tabla 16. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Enfermería.

N=91

	EMES-C											
	Temor expresión en público	Temor desaprobación de los demás	Temor a hacer y recibir peticiones	Temor a hacer recibir cumplidos	Preocupación /Interacciones sexo opuesto	Temor a la evaluación negativa	Temor conducta negativa de los demás	Preocupación /expresión sentimientos de demás	Preocupación /impresión causada en los demás	Temor/expresar sentimientos positivos	Temor defensa de derechos	Asunción posibles carencias
Hablar en Público	.571**	.362**	.265*	.152	.252*	.326**	.405**	.078	.370**	.205	.180	.243*
Interacción con Desconocidos	.380**	.202	.208*	.100	.269**	.308**	.316**	.126	.300**	.224*	.130	.240*
Interacción con el Sexo Opuesto	.381**	.261*	.267*	.210*	.343**	.322**	.373**	.246*	.392**	.376**	.183	.285**
Expresión Asertiva de Molestia	.476**	.378**	.320**	.269*	.250*	.383**	.411**	.282**	.452**	.303**	.230*	.189
Quedar en Evidencia	.290**	.147	.263*	.071	.274**	.232*	.318**	.160	.338**	.278**	.109	.186
Total	.512**	.329**	.323**	.195	.339**	.382**	.445**	.216*	.451**	.338**	.202	.280**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla 16 se muestran las correlaciones totales entre el CASO A30 y la EMES-C, se muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas de moderadas a altas entre todos los factores de ambas escalas. Se muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas más bajas que en la muestra total de la tabla 8, así mismo, se sigue manteniendo la correlación más alta en el factor temor a la expresión en público de la escala EMES-C y todos los factores del CASO A30. Las correlaciones más bajas se presentan entre el asunción posibles carencias, la preocupación a la expresión sentimientos de demás y la mayoría de los factores del CASO A30, siguiendo con este punto, se observa a comparación de la muestra total que hay factores como el temor a la defensa de los derechos y el temor a hacer y recibir cumplidos que no presenta una correlación estadísticamente significativa.

En la tabla 17 se observan las correlaciones totales de la carrera de enfermería entre el CASO A30 y la EMES-M, se observa a comparación de la muestra total pocas correlaciones negativas estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre los factores de ambas escalas.

Se siguen manteniendo las correlaciones más altas entre los factores de iniciación de interacción, hablar en público y expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto de la escala EMES-M con todos los factores del CASO A30 indicando que a mayor habilidad del sujeto para iniciar una nueva interacción, para hablar en público y para expresar sentimientos positivos hacia el sexo opuesto el sexo opuesto menor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas se presentan entre los factores preocupación por los sentimientos de los demás, expresión de cariño hacia los padres y la mayoría de los factores del CASO A30.

Tabla 17. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Enfermería.

N=91

	EMES-M											
	Iniciación de Interacción	Hablar en público	Defensa de los derechos del consumidor	Expresión de Molestia, desagrado, enfado	Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	Expresión de molestia y enfado hacia familiares	Rechazo de peticiones del sexo opuesto	Aceptación de cumplidos	Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	Hacer cumplidos	Preocupación por los sentimientos de los demás	Expresión de cariño hacia los padres
Hablar en Público	-0.590**	-0.638**	-0.156	-0.335**	-0.357**	-0.160	-0.177	-0.324**	.017	-0.048	-0.218*	-0.176
Interacción con Desconocidos	-0.624**	-0.413**	-0.161	-0.202	-0.403**	-0.169	-0.059	-0.315**	-0.086	-0.055	-0.189	-0.242*
Interacción con el Sexo Opuesto	-0.612**	-0.359**	-0.169	-0.310**	-0.575**	-0.079	-0.023	-0.388**	-0.054	-0.019	-0.177	-0.255*
Expresión Asertiva de Molestia	-0.541**	-0.452**	-0.146	-0.460**	-0.408**	-0.116	-0.136	-0.411**	.106	.136	-0.226*	-0.270**
Quedar en Evidencia	-0.593**	-0.322**	-0.026	-0.298**	-0.423**	-0.024	-0.057	-0.176	.023	.164	-0.075	-0.273**
Total	-0.722**	-0.533**	-0.160	-0.391**	-0.529**	-0.133	-0.110	-0.392**	.000	.042	-0.215*	-0.296**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Tabla 18. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Medicina.

N=106

	EMES-C											
	Temor expresión en público	Temor desaprobación de los demás	Temor a hacer y recibir peticiones	Temor a hacer recibir cumplidos	Preocupación /Interacciones sexo opuesto	Temor a la evaluación negativa	Temor conducta negativa de los demás	Preocupación /expresión sentimientos de demás	Preocupación /impresión causada en los demás	Temor/expresar sentimientos positivos	Temor defensa de derechos	Asunción posibles carencias
Hablar en Público	.734**	.455**	.344**	.369**	.486**	.445**	.421**	.344**	.355**	.504**	.158	.507**
Interacción con Desconocidos	.674**	.548**	.445**	.410**	.574**	.513**	.554**	.432**	.457**	.587**	.297**	.410**
Interacción con el Sexo Opuesto	.570**	.432**	.341**	.361**	.410**	.449**	.416**	.317**	.348**	.410**	.166	.457**
Expresión Asertiva de Molestia	.564**	.581**	.409**	.354**	.429**	.467**	.478**	.445**	.350**	.497**	.192*	.362**
Quedar en Evidencia	.577**	.535**	.445**	.389**	.529**	.510**	.553**	.443**	.480**	.497**	.235*	.367**
Total	.708**	.574**	.447**	.426**	.548**	.539**	.545**	.445**	.449**	.562**	.234*	.480**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla 18 se muestran las correlaciones totales de la carrera de medicina entre el CASO A30 y la EMES-C se muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas de moderadas a altas entre todos los factores de ambas escalas y estas correlaciones resultan ser incluso más altas que en la muestra total de la tabla 8. Se puede observar en esta misma tabla que se mantienen las correlaciones más altas entre el factor temor expresión en público de la escala EMES-C y todos los factores del CASO A30 indicando que a mayor temor a expresarse en público mayor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas se presentan entre el factor temor a la defensa de los derechos y todos los factores del CASO A30.

En la tabla 19 se observan las correlaciones totales de la carrera de medicina entre el CASO A30 y la EMES-M, en la tabla se muestran correlaciones negativas estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre la mayor parte de los factores de ambas escalas, esto nos permite observar que esta tabla es muy similar a la muestra total de la tabla 10. Se puede observar que se mantienen las correlaciones entre los factores de iniciación de interacción, hablar en público y expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto el sexo opuesto de la escala EMES-M con todos los factores del CASO A30 indicando que a mayor habilidad del sujeto para iniciar una nueva interacción, para hablar en público y para expresar sentimientos positivos hacia el sexo opuesto el sexo opuesto menor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas y que no fueron estadísticamente significativas se presentaron en los factores de expresión de cariño hacia los padres y expresión de molestia y enfado hacia familiares de la escala EMES-M y la mayor parte de los factores del CASO A30.

Tabla 19. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Medicina.

N=106

	EMES-M											
	Iniciación de Interacción	Hablar en público	Defensa de los derechos del consumidor	Expresión de Molestia, desagrado, enfado	Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	Expresión de molestia y enfado hacia familiares	Rechazo de peticiones del sexo opuesto	Aceptación de cumplidos	Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	Hacer cumplidos	Preocupación por los sentimientos de los demás	Expresión de cariño hacia los padres
Hablar en Público	-0.652**	-0.766**	-0.409**	-0.323**	-0.537**	-0.189	-0.162	-0.500**	-0.190	-0.386**	-0.401**	.051
Interacción con Desconocidos	-0.673**	-0.599**	-0.321**	-0.339**	-0.490**	-0.165	-0.144	-0.398**	-0.254**	-0.341**	-0.403**	-0.008
Interacción con el Sexo Opuesto	-0.636**	-0.551**	-0.299**	-0.333**	-0.485**	-0.145	-0.126	-0.434**	-0.235*	-0.425**	-0.438**	.129
Expresión Asertiva de Molestia	-0.554**	-0.519**	-0.313**	-0.237*	-0.411**	-0.211*	-0.223*	-0.310**	-0.112	-0.144	-0.344**	.024
Quedar en Evidencia	-0.568**	-0.493**	-0.197*	-0.215*	-0.448**	-0.074	-0.200*	-0.347**	-0.116	-0.273**	-0.346**	.060
Total	-0.700**	-0.667**	-0.350**	-0.329**	-0.539**	-0.178	-0.193*	-0.455**	-0.206*	-0.361**	-0.440**	.061

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Tabla 20. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Odontología.

N=79

	EMES-C											
	Temor expresión en público	Temor desaprobación de los demás	Temor a hacer y recibir peticiones	Temor a hacer recibir cumplidos	Preocupación /Interacciones sexo opuesto	Temor a la evaluación negativa	Temor conducta negativa de los demás	Preocupación/ expresión sentimientos de demás	Preocupación/ impresión causada en los demás	expresar sentimiento positivos	Temor defensa de derechos	Asunción posibles carencias
Hablar en Público	.676**	.407**	.353**	.389**	.420**	.451**	.518**	.419**	.549**	.439**	.350**	.357**
Interacción con Desconocidos	.612**	.415**	.448**	.415**	.585**	.465**	.570**	.535**	.602**	.521**	.394**	.366**
Interacción con el Sexo Opuesto	.603**	.468**	.351**	.359**	.482**	.552**	.509**	.449**	.577**	.520**	.411**	.296**
Expresión Asertiva de Molestia	.551**	.392**	.317**	.314**	.430**	.380**	.516**	.444**	.562**	.448**	.330**	.262*
Quedar en Evidencia	.618**	.456**	.467**	.403**	.467**	.512**	.603**	.527**	.675**	.484**	.373**	.317**
Total	.679**	.476**	.430**	.417**	.527**	.527**	.603**	.526**	.659**	.535**	.413**	.354**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla 20 se muestran las correlaciones totales de la carrera de odontología entre el CASO A30 y EMES-C, se muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas de moderadas a altas entre todos los factores de ambas escalas, lo que nos permite observar que los resultados son muy similares a la muestra total de la tabla 8. En esta misma tabla se observa correlaciones positivas estadísticamente significativas entre los factores de la escala EMES-C y todos los factores del CASO A30, rescatando que se mantienen las correlaciones más altas entre el factor temor expresión en público de la escala EMES-C y todos los factores del CASO A30, indicando que a mayor temor a expresarse en público mayor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas se presentan entre el factor asunción posibles carencias y todos los factores del CASO A30.

En la tabla 21 se observan las correlaciones totales de la carrera de odontología entre el CASO A30 y EMES-M, se observa a comparación de la muestra total pocas correlaciones negativas estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre los factores de ambas escalas. Las correlaciones más altas se encuentran entre los factores de rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto y hablar en público de la escala EMES-M con todos los factores del CASO A30 indicando que a mayor habilidad del sujeto para rechazar peticiones del sexo opuesto y para hablar en público menor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas y que no fueron estadísticamente significativas se presentaron entre los factores de expresión de cariño hacia los padres y la expresión de molestia y enfado hacia familiares de la escala EMES-M y todos los factores del CASO A30.

Tabla 21. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Odontología.

N=79

	EMES-M											
	Iniciación de Interacción	Hablar en público	Defensa de los derechos del consumidor	Expresión de Molestia, desagrado, enfado	Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	Expresión de molestia y enfado hacia familiares	Rechazo de peticiones del sexo opuesto	Aceptación de cumplidos	Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	Hacer cumplidos	Preocupación por los sentimientos de los demás	Expresión de cariño hacia los padres
Hablar en Público	-0.428**	-0.544**	-0.008	-0.176	-0.428**	.010	-0.470**	-0.396**	-.141	-.136	-.209	-.057
Interacción con Desconocidos	-0.489**	-0.477**	-.086	-0.230*	-0.376**	-.049	-0.446**	-0.430**	-.178	-.149	-.203	-.161
Interacción con el Sexo Opuesto	-0.459**	-0.521**	-.201	-.173	-0.410**	-.029	-0.471**	-0.332**	-0.268*	-.094	-.220	-.046
Expresión Asertiva de Molestia	-0.352**	-0.459**	-.137	-0.238*	-0.366**	.010	-0.587**	-0.446**	-.163	-.154	-0.235*	-.116
Quedar en Evidencia	-0.357**	-0.401**	-.042	-.095	-0.279*	.133	-0.522**	-0.352**	-.091	-.082	-.085	-.059
Total	-0.461**	-0.532**	-.106	-.199	-0.411**	.020	-0.554**	-0.430**	-.187	-.134	-.208	-.094

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Tabla 22. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C) en estudiantes de Nutrición.

N=70

	EMES-C											
	Temor expresión en público	Temor desapro bación de los demás	Temor a hacer y recibir peticiones	Temor a hacer recibir cumplidos	Preocupación /Interacciones sexo opuesto	Temor a la evaluación negativa	Temor conducta negativa de los demás	Preocupación /expresión sentimientos de demás	Preocupación/ impresión causada en los demás	expresar sentimiento positivos	Temor defensa de derechos	Asunción posibles carencias
Hablar en Público	.674**	.380**	.357**	.291*	.583**	.374**	.578**	.395**	.470**	.433**	.223	.364**
Interacción con Desconocidos	.552**	.430**	.326**	.350**	.611**	.395**	.523**	.381**	.483**	.376**	.367**	.334**
Interacción con el Sexo Opuesto	.601**	.425**	.388**	.235	.613**	.389**	.550**	.320**	.440**	.473**	.386**	.250*
Expresión Asertiva de Molestia	.362**	.276*	.161	.251*	.355**	.311**	.300*	.343**	.325**	.237*	.325**	.257*
Quedar en Evidencia	.384**	.324**	.137	.336**	.363**	.372**	.399**	.417**	.404**	.274*	.323**	.283*
Total	.630**	.445**	.339**	.348**	.616**	.444**	.574**	.444**	.513**	.441**	.390**	.357**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla 22 se muestran las correlaciones totales de la carrera de nutrición entre el CASO A30 y la EMES-C, se muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas de moderadas a altas entre los factores de la escala EMES-C y la mayoría de los factores del CASO A30. Lo que permite observar una similitud con la muestra total de la tabla 8. En esta misma tabla se observa que las correlaciones más altas se presentan entre el factor temor expresión en público, preocupación por la Interacciones con el sexo opuesto de la escala EMES-C y todos los factores del CASO A30 indicando que a mayor temor a expresarse en público y mayor preocupación por la Interacciones con el sexo opuesto mayor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas se presentan entre el factor temor a hacer y recibir peticiones y la mayoría de los factores del CASO A30.

En la tabla 23 se observan las correlaciones totales de la carrera de nutrición entre el CASO A30 y la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) que evalúa la habilidad social del sujeto. Se observa a comparación de la muestra total pocas correlaciones negativas estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre los factores de ambas escalas. Se siguen manteniendo de la muestra total las correlaciones más altas entre los factores de iniciación de interacción, hablar en público y expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto de la escala EMES-M con todos los factores del CASO A30. Las correlaciones más bajas se presentan entre los factores aceptación de cumplidos y la mayoría de los factores del CASO A30.

Tabla 23. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Nutrición.

N=70

	EMES-M											
	Iniciación de Interacción	Hablar en público	Defensa de los derechos del consumidor	Expresión de Molestia, desagrado, enfado	Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	Expresión de molestia y enfado hacia familiares	Rechazo de peticiones del sexo opuesto	Aceptación de cumplidos	Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	Hacer cumplidos	Preocupación por los sentimientos de los demás	Expresión de cariño hacia los padres
Hablar en Público	-.590**	-.755**	-.126	-.175	-.558**	-.005	-.203	-.278*	-.141	.041	-.221	.036
Interacción con Desconocidos	-.609**	-.579**	-.112	-.307**	-.480**	-.182	-.183	-.215	-.122	-.051	-.147	.006
Interacción con el Sexo Opuesto	-.540**	-.606**	-.149	-.197	-.524**	-.022	-.140	-.235*	-.029	.080	-.192	.150
Expresión Asertiva de Molestia	-.333**	-.431**	.033	-.081	-.320**	-.022	-.234	-.296*	-.032	-.011	-.127	.122
Quedar en Evidencia	-.337**	-.471**	-.067	-.098	-.302*	-.050	-.169	-.190	-.014	-.090	-.090	.124
Total	-.587**	-.693**	-.107	-.208	-.535**	-.064	-.221	-.292*	-.082	-.001	-.191	.107

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Tabla 24. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C en estudiantes de Farmacia.

N=20

	EMES-C											
	Temor expresión en público	Temor desaprobación de los demás	Temor a hacer y recibir peticiones	Temor a hacer recibir cumplidos	Preocupación /Interacciones sexo opuesto	Temor a la evaluación negativa	Temor conducta negativa de los demás	Preocupación /expresión sentimientos de demás	Preocupación/ impresión causada en los demás	expresar sentimiento positivos	Temor defensa de derechos	Asunción posibles carencias
Hablar en Público	.608**	.427	.538*	.403	.214	.160	.342	.126	.512*	.332	.092	.596**
Interacción con Desconocidos	.571**	.550*	.552*	.239	.315	.424	.372	.385	.458*	.523*	.186	.667**
Interacción con el Sexo Opuesto	.618**	.537*	.573**	.408	.412	.325	.442	.363	.534*	.514*	.148	.765**
Expresión Asertiva de Molestia	.347	.389	.773**	.332	.246	.292	.411	.247	.537*	.535*	.218	.489*
Quedar en Evidencia	.560*	.480*	.499*	.292	.245	.329	.418	.254	.417	.447*	.365	.497*
Total	.622**	.542*	.662**	.388	.330	.342	.452*	.311	.561*	.530*	.222	.694**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla 24 se muestran las correlaciones totales de la carrera de farmacia entre el CASO A30 y EMES-C, se observa a comparación de la muestra total pocas correlaciones positivas estadísticamente significativas de bajas a moderadas entre la mayoría de los factores de ambas escalas. En esta misma tabla se observa que las correlaciones más altas se presentan entre el factor asunción de posibles carencias, temor a hacer y recibir peticiones y temor expresión en público de la escala EMES-C y la mayoría de los factores del CASO A30 indicando que a mayor asunción de posibles carencias, temor a hacer y recibir peticiones y temor expresión en público mayor será el nivel de ansiedad social. Las correlaciones más bajas se presentan entre el factor temor a una conducta negativa por parte de los demás en expresión de conductas positivas y todos los factores del CASO A30.

En la tabla 25 se observan las correlaciones totales de la carrera de farmacia entre el CASO A30 y EMES-M, se observa a comparación de la muestra total pocas correlaciones negativas estadísticamente significativas de moderadas a altas entre la mayoría de los factores de ambas escalas. Se siguen manteniendo de la muestra total, aunque en esta tabla son más altas las correlaciones entre los factores de iniciación de interacción, hablar en público, expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto y preocupación de los sentimientos de los demás de la escala EMES-M con todos los factores del CASO A30. Las correlaciones más bajas se presentan entre los factores expresión de Molestia, desagrado, enfado y la mayoría de los factores del CASO A30.

Tabla 25. Correlación Ansiedad Social y Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) en estudiantes de Farmacia.

N=20

	EMES-M											
	Iniciación de Interacción	Hablar en público	Defensa de los derechos del consumidor	Expresión de Molestia, desagrado, enfado	Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	Expresión de molestia y enfado hacia familiares	Rechazo de peticiones del sexo opuesto	Aceptación de cumplidos	Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	Hacer cumplidos	Preocupación de los demás	Expresión de cariño hacia los padres
Hablar en Público	-0.742**	-0.858**	-.169	.366	-0.729**	.236	-.329	-.354	-.067	.067	-0.629**	.267
Interacción con Desconocidos	-0.870**	-0.804**	-.267	.331	-0.793**	.187	-.259	-0.449*	-.187	.086	-0.706**	.280
Interacción con el Sexo Opuesto	-0.859**	-0.882**	-.318	.342	-0.791**	.156	-.174	-0.488*	-.186	.030	-0.675**	.316
Expresión Asertiva de Molestia	-0.452*	-0.358	-.115	.506*	-.383	.407	-.268	-.215	-.072	.096	-.187	.434
Quedar en Evidencia	-0.601**	-0.575**	-.170	.566**	-0.457*	.390	-.347	-.220	.065	.295	-0.444*	.413
Total	-0.810**	-0.807**	-.241	.473*	-0.729**	.303	-.308	-.401	-.106	.124	-0.612**	.384

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

* La correlación es significativa en el nivel 0,05

Discusión y Conclusiones

El propósito de la presente investigación fue determinar la relación entre los niveles de ansiedad social y habilidades sociales en estudiantes de licenciatura de primer semestre del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El primer objetivo específico fue determinar el nivel de ansiedad social, los resultados arrojan que los estudiantes presentan niveles moderados de ansiedad social.

Estos resultados son consistentes con el estudio realizado por Camacho (2005) en donde se evaluó consumo de alcohol en universitarios y su relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social de 618 estudiantes de educación superior. La mayoría de los alumnos de la muestra evaluada se da una tendencia a presentar niveles bajos a moderados de ansiedad social, coincidiendo con los resultados de esta investigación, donde los alumnos se ubican en niveles moderados de ansiedad social.

También se puede observar en el estudio realizado por González, Landero y Garcia-Campayo (2009) a 506 estudiantes universitarios del norte de México los cuales buscaron la relación entre la depresión, la ansiedad social y síntomas psicósomáticos, pudieron encontrar que la mitad de los estudiantes se encontraban en un nivel de ansiedad social moderado. Esto se puede deber aunque la entrada a la universidad puede ser una experiencia excitante para muchos, otro alto porcentaje habrá de presentar problemas para transitar de un

ambiente conocido a uno poco familiar y con altos estándares académicos, que puede desencadenar o exacerbar dificultades psicológicas como la ansiedad (Astin, Parrott, Korn, & Sax, 1997; Ross, 2004; Twenge, 2000).

La búsqueda de información indica que existe una prevalencia en México, en una población adulta (18-65 años) del 4.7% siendo de esto el 3.8% en hombres y 5.4% en mujeres que se presenta alguna vez en la vida, así mismo se informa una prevalencia del 14.3% para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida (Medina-Mora et al., 2003 / Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007).

Estos resultados difieren con el estudio de Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez (2008) realizado a 103 estudiantes de la Universidad Iberoamericana, campus Santa Fe de la ciudad de México, en este estudio se pudo encontrar una alta prevalencia del 3.9 % del total de la muestra con síntomas de ansiedad social que amerita tratamiento. En relación a los factores más bien psicológicos, fueron el miedo a la evaluación negativa por parte de los demás. La mayoría de los estudiantes de esta investigación se ubica en los niveles altos, lo cual difiere con los resultados de ésta investigación, donde los alumnos se ubican en niveles moderados de ansiedad social.

Las situaciones que dan lugar a la ansiedad social suelen presentarse en edades de entre los 14 y 16 años, edades en las cuales las chicas y los chicos suelen hacer frente a toda una serie de demandas sociales sobre su potencial respuesta, también son más conscientes de las discrepancias entre la percepción de cómo los miran los demás y cómo se miran ellos. Se encuentran sometidos a

procesos de evaluación continua entre pares y con personas con las que conviven diariamente entre otras. Por consiguiente “desde nuestro punto de vista, el miedo no es a la evaluación negativa que puedan realizar tanto sus padres como sus compañeros...pues la evaluación negativa es el efecto, la consecuencia, por no responder adecuadamente a la situación o por no saber <<con total certeza>> si están respondiendo adecuadamente” (Caballo & Rodríguez, 2003; p. 492).

El segundo objetivo específico fue determinar el nivel de habilidades sociales en estudiantes, los resultados arrojan respecto a la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora (EMES-M) que los estudiantes presentan niveles moderados-altos de habilidades sociales y por otro lado presentan niveles moderados- bajos en la frecuencia de pensamientos negativos en situaciones sociales de la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Cognitiva (EMES-C), además se puede observar que los factores con mayor media aritmética en la EMES-M fueron expresión de cariño hacia los padres y rechazo de peticiones del sexo opuesto, siguiendo con este punto, en la EMES-C los factores con mayor media aritmética fueron asunción de posibles carencias propias y temor a hacer y recibir cumplidos.

Estos resultados son consistentes con el estudio realizado por Gallego (2008) quien ocupó tanto la EMES- M y la EMES-C en su investigación de 330 universitarios de la Facultad de Psicología, el estudio de la EMES-M arrojó resultados de desempeño moderado y un desempeño moderados-bajo en los pensamientos ansiosos de la EMES-C. De igual manera los resultados son consistentes con el estudio realizado por Anguiano, Vega, Nava y Soria (2010) el cual fue realizado a 157 participantes el cual se puede rescatar que los promedios

obtenidos en todas las subescalas de las escalas EMES-C y del EMES-M, se ubican en un nivel moderado, lo que nos permite conocer que no se encontraron problemas de habilidades sociales severos.

La escases de investigaciones que estudian la frecuencia en los pensamientos negativos (elementos cognitivos) relacionados a situaciones sociales tiene su origen en la carencia de pruebas de evaluación validas y fiables, así como en la dificultad para construir las (Caballo, 2005).

De igual manera los resultados de la EMES-M son consistentes con el estudio realizado por Campo y Martínez (2009), el cual fue realizado a 128 estudiantes de Psicología de una universidad privada de Colombia, se logró encontrar que una característica esencial de la muestra estudiada es que presenta habilidades sociales promedio en cada una de las Subescalas. La mayoría de los alumnos de la muestra evaluada se da una tendencia a presentar niveles bajos a moderados de habilidad social, coincidiendo con los resultados de esta investigación, donde los alumnos se ubican en niveles moderados de habilidad social.

Los resultados de la EMES-M difieren con el estudio realizado por Ramírez (2005) quien realizó una investigación en estudiantes de psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán, cuyo objetivo fue analizar la relación entre la asertividad y las habilidades sociales en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos usando la Escala de Habilidades Sociales de Gismo (2000). Los resultados mostraron que la muestra mexicana se ubica muy por debajo de la media poblacional en las seis dimensiones que son medidas por la EHS, es decir,

la muestra manifiesta un nivel muy bajo de conducta asertiva y habilidades sociales en contextos generales.

Por otro lado estos resultados difieren de los hallazgos de Karagözoğlu, Kahve, Koc y Adamişoğlu (2007) pudieron comprobar en su estudio que los estudiantes universitarios de último año presentaban una mayor asertividad, en el mismo sentido, León, Rodríguez, Ferrel y Ceballos (2009) realizaron una investigación utilizando una muestra de 153 estudiantes universitarios del primer semestre de Medicina, Psicología, Enfermería y Odontología de una universidad estatal de Colombia, donde se pudo encontrar que los universitarios tenían un mayor grado de habilidad social.

El tercer objetivo específico fue determinar la relación entre nivel de ansiedad social y el nivel de habilidades sociales en estudiantes, con respecto a la EMES-M los resultados arrojan que los estudiantes que presentan mayor ansiedad social tendrán una menor habilidad social en la iniciación de interacción, hablar en público/enfrentarse a superiores, por otro lado los resultados de la EMES-C indican que a mayor ansiedad social mayor será el temor a la expresión en público y un mayor temor a la desaprobación por parte de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones.

Estos datos son consistentes con el estudio realizado por Inglés, Méndez e Hidalgo (2001) donde se descubrió que los estudiantes que sufrían de ansiedad social obtuvieron resultados claramente notorios sobre una mayor dificultad para y mostrarse asertivos, hablar en público, relacionarse con el sexo opuesto, así como, dificultad con la familia y amigos.

De igual manera en un estudio realizado por Castro, Gómez, Rodríguez y Bermúdez (2011) se encontró una relación entre un nivel alto de habilidades sociales y un bajo puntaje en ansiedad social en los estudiantes que no padecían acné vulgar y lo contrario para los que sí lo padecen, es decir, las personas con acné presentan bajos niveles de habilidades sociales y altos niveles de ansiedad social, así como también ansiedad social causada por la distorsión de la imagen corporal.

Se ha considerado con cierta frecuencia que la ansiedad social está muy relacionada con la falta de habilidades sociales, de hecho, a menudo a la hora de evaluar conductas sociales se han utilizado instrumentos que miden la ansiedad social en vez de cuestionarios de habilidades sociales (Fernández-Ballesteros & Carrobes, 1991).

Como conclusión de esta investigación se puede observar consistencia con los resultados de investigaciones similares, las cuales encuentran una relación entre el nivel de ansiedad social y el nivel de habilidades sociales. Según la información obtenida es conveniente recordar que un gran porcentaje de personas que en este caso serían los estudiantes universitarios, que padecen síntomas de ansiedad social presentan algún tipo de carencia en sus habilidades sociales lo cual les imposibilita desenvolverse con un patrón social mínimo (Antona, 2009).

Las habilidades sociales como bien se ha visto juegan un papel importante en la vida de los individuos, y si estos llegaran a mostrar un déficit en estas habilidades sociales tenderán a presentar grandes dificultades en situaciones sociales comunes tales como aproximarse a otras personas, ir a discotecas, tomar

la iniciativa en una conversación, hablar con personas de otro sexo, entre otras (Anguiano, Vega, Nava & Soria, 2010; Bryant & Trower, 1974).

Existe una relación significativa entre estas variables, lo que nos puede proporcionar bases para una mayor comprensión del nivel de ansiedad social y el nivel de habilidades sociales en los estudiantes de tanto de forma motora como cognitiva.

Sugerencias y Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de la investigación fue la población utilizada, se sugiere ampliar la muestra a otras licenciaturas en futuras investigaciones para poder generalizar los resultados a diferentes poblaciones de estudiantes universitarios.

En futuras investigaciones se sugiere realizar una equivalencia entre el número de mujeres y hombres participantes para poder realizar una diferencia por sexo, de esta manera se puede ampliar el conocimiento del tema.

Por último se sugiere evaluar las diferentes variables con otros instrumentos para poder hacer una comparación de los resultados, ampliar la teoría y visualizar las diferentes perspectivas desde donde pueden ser abordados.

Referencias

- Acarturk, C., De Graaf, R., Van Straten, A., Have, T. & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 273-279.
- Albano, A. & Detweiler, M. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. *Social phobia and social anxiety: An integration*, 48, 162-178.
- Alberti, R. & Emmons, M. (1978). *Your perfect Right: A Guide to Assertive Behavior*. California: Impact Publishers.
- Alberti, R. & Emmons, M. (1982). *Your perfect right*. California: Impact.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Amies, P., Gelder, M. & Shaw, P. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Anguiano, S., Vega, C., Nava, C. & Soria, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA). *LIBERABIT*, 16(1): 17-26,
- Antona, C. (2009). *Fobia Social*. Ciudad de México: Trillas
- Arenas, M. & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.

- Argyle, M., & Kendon, A. (1967). "The Experimental Analysis of Social Performance", en L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. Nueva York: Academic Press.
- Arrindell, W., Emmelkamp, P., Monsma, A. & Brillman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders: a controlled study. *The British Journal of Psychiatry*, 143(2), 183-187.
- Arrindell, W., Kwee, M., Methorst, G., Van der Ende, J., Pol, E. & Moritz, B. (1989). Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *The British Journal of Psychiatry*, 155(4), 526-535.
- Astin, A., Parrott, S., Korn, W. & Sax, L. (1997). *The American Freshman: Thirty Year Trends*. Los Angeles: University of California, Higher Education Research Institute.
- Bados, A. (2001). *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2009). *Fobia Social: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barlow, D. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford press.
- Beatty, M., Plax, T. & Kearney, P. (1984). Communication apprehension and the Rathus Assertiveness Schedule. *Communication Research Reports*, 1, 130-133.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D., Stein, M., Hofner, M., Lieb, R. & Wittchen, H. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912.

- Behar, R. (2003). Trastornos de la alimentación y personalidad anormal. En: Riquelme R, Oksenberg A, (Ed.), *Trastornos de personalidad: Hacia una mirada integral*. Santiago de Chile: Salesianos
- Behar, R. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, (Ed.), *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Beidel, D., Ferrell, A., Courtney, G., Alfano, A., Candice, A. & Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 831-846.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C., Méndez, E., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). La Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México. En J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar-Gaxiola (Eds.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: DC.
- Billings, Andrew G, & Moos, Rudolf H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 877.
- Bögels, S., Alden, L., Deborah, C., Clark, L., Daniel, S., Murray, B. & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189.
- Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A. & Quero, S. (2009). El Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I Psychological Services t the Universitat Jaume I. *Acción Psicológica*, 6(1), 87-96.

- Bruch, M., Gorsky, J., Collins, T. & Berger, P. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multicomponent analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(5), 904.
- Bryant, B. & Trower, P. (1974). Social difficulty in a student sample. *British Journal of Educational Psychology, 44*, 13-21.
- Bryant, B., Trower, P., Yardley, K., Urbietta, H. & Letemendia, F. (1976). A survey of social inadequacy among psychiatric outpatients. *Psychological Medicine, 6*, 101-112.
- Burkhart, B., Green, S. & Harrison, W. (1979). Measurement of assertive behavior: Construct and predictive validity of self-report, role-playing, and in-vivo measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*, 376-383.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy, 23*(6), 651-657.
- Butler, G., Wells, A., Heimberg, R., Hope, D. & Schneier, F. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Clinical applications. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 310-333.
- Caballo, V. & Buela, G. (1989). Diferencias Conductuales cognoscitivas y emocionales entre sujetos de alta y baja habilidad social. *Revista de Análisis del Comportamiento, 4*, 1-19.
- Caballo, V. & Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual, 8*(2), 173-215.
- Caballo, V. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual, 1*(1), 73-99.

- Caballo, V. (1995). Fobia social, en V. Caballo, G. Buela-Casal y J. Carrobbles (Eds), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España: Siglo XXI
- 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.
- Caballo, V., Salazar, I., Arias, B., Iruña, M. & Hofmann, S. (2012). The Multidimensional Nature and Multicultural Validity of a New Measure of Social Anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy*, 43, 313-328.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: Relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 91-119.
- Camilli, C. & Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115-137.
- Caraveo, J. & Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(5), 10-19.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.

- Casas, C., Álvarez, M., López, L., & Aranda, B. (2012). Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 35-48.
- Caso, J. & Hernández, L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 487-501.
- Castaños, S., Reyes, I., Rivera, S. & Diaz-Loving, R. (2011). Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II. *RIDEP*, 29(1), 27-50.
- Castro, L., Gómez, S., Rodríguez, B. & Bermúdez, M. (2011). Acné vulgar, el nivel de habilidades sociales y la ansiedad social. *RIDEP: Ciencia y Tecnología* 4(2), 7-22.
- Cervera, S., Roca, M. & Bobes, J. (1998). *Fobia social*. Barcelona: Editorial Masson.
- Chambless, D., Hunter, K. & Jackson, A. (1982). Social anxiety and assertiveness: A comparison of the correlations in phobic and college student samples. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 403-404.
- Chartier, M., Walker, J. & Stein, M. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 728-734.
- Chiauszi, E., Heimberg, R., Becker, R. & Gansler, D. (1985). Personalized versus standar role plays in the assessment of depressed patients social skill. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 7, 121-133.
- Clark, D. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 36(4), 69-93.
- Clarke, A. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 10-23.

- Codoche, L. (2007). Habilidades sociales y rendimiento en un entorno de aprendizaje cooperativo. *conCiencia*, 34(12), 31 – 36.
- Conger, A., Wallander, J., Mariotto, M. & Ward, D. (1980). Peer judgments of heterosexual-social anxiety and skill: What do they pay attention to anyhow? *Behavioral Assessment*, 2, 243-259.
- Conger, J. & Conger, A. (1982). Components of heterosocial competences En J. Curran y P. Monti (Eds), *Social skills training: A practical handbook for assessment and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Conger, J. & Farrell, A. (1981). Behavioral components of heterosocial skills. *Behavior Therapy*, 12, 41-55.
- Cook, M. (1979). The social skill model and interpersonal attraction. En S. Duck (Ed.), *Theory and practice in interpersonal attraction*. London: Academic Press.
- Craske, M. & Barlow, D. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review*, 8(6), 667-685.
- Dadds, M., Seinen, A., Roth, J. & Harnett, P. (2000). *Early Intervention for Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Clinical Approaches to Early Intervention in Child and Adolescent Mental Health*. Australia: Griffith University Queensland
- Dalgleish, T. & Watts, F. (1990). Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 10(5), 589-604.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*, 113(3), 487.
- Del Castillo, A., Gayosso, P., Higareda, J. & Romero, A. (En prensa). Validación en población mexicana de la Escala Multidimensional de Expresión Social Parte Motora y Cognitiva. Documento inédito: UAEH.

- De Tena, C., Rodríguez, R. & Sureda, I. (2001). *Programa de habilidades sociales en la enseñanza secundaria obligatoria: ¿Cómo puedo favorecer las habilidades sociales de mis alumnos?* España: Aljibe.
- Deniz, M., Hamarta, E. & Ari, 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.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia Social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (2002). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. España: Pirámide.
- Eggleston, A., Woolaway-Bickel, K. & Schmidt, N. (2004). Social anxiety and alcohol use: evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 33-49.
- Ekman, P. & Friesen, W. (1975). *Unmasking the face*. New York: Prentice-Hall.
- Essau, C., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 831-843.
- Evans, B., Stanley, O., Mestrovic, R. & Rose, L. (1991). Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Medical Education*, 25(6), 517-526.
- Fajardo-Vargas, V., Hernández-Guzmán, L. & Caso-Niebla, J. (2001). La autoestima y su relación con la depresión, ansiedad y asertividad. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(1), 150.
- Farrel, A., Rabinowitz, J., Wallander, J. & Curran, J. (1985). An evaluation of two formats for the intermediate-level assessment of social skills. *Behavioral Assessment*, 7, 155-171.

- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. & Wittchen, Hans-Ulrich. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462.
- Fernandez, J. (1999). Las habilidades sociales en el contexto de la psicología clínica. *Abaco: Revista de cultura y ciencias sociales*, 21, 29-38.
- Fernández-Ballesteros, R. & Carrobles, J. (1991). *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide.
- Festa, C. & Ginsburg, G. (2011). Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(3), 291-306.
- Fischetti, M., Curran, J. & Wessberg, H. (1977). Sense of timing: A skill deficit in heterosexual-socially anxious males. *Behavior Modification*, 1, 179-194.
- Flores, G. & Díaz-Loving, R. (2004). *Escala Multidimensional de Asertividad*. México: Manual Moderno.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Fong, G. & Garralda, E. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 4(8), 77-81.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 84-93.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Fyer, A., Mannuzza, S., Chapman, T., Liebowitz, M. & Klein, D. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 286.
- García, B. (1999). *Mujer, género y población en México*: Colegio de México.

- García, C. (2005). Habilidades sociales, clima social – familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit Revista de Psicología*, 11, 63 – 74.
- García-López, L., Bermejo, R. & Hidalgo, M. (2010). The Social Phobia Inventory: screening and cross-cultural validation in Spanish adolescents. *Span J Psychol*, 13(2), 970-980.
- García-López, L., Olivares, J. & Vera-Villaróel, P. (2003). Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 151-160.
- García-López, L., Piqueras, J., Díaz-Castela, M. e Ingles, C. (2008). Trastornos de ansiedad social en la infancia y en la adolescencia: Estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral psychology*, 16(3), 501-533.
- Garrido, E., Ortega, N., Escobar, J. & Garcia, R. (2010). Evaluación de la asertividad en estudiantes Universitarios, con bajo rendimiento académico. *Revista Científica Electrónica de Psicología ICSa-UAEH*, 9, 53-69.
- Gil, F. & León, J. (1998). *Habilidades sociales*. España: Síntesis.
- Gil-Bernal, F. & Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de psicología*, 40(1), 89-104.
- Gismero, E. (2000). *EHS: Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA.
- Gismero, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Clínica y Salud*, 12, 289-304.
- Gonzales, N., Cauce, A. & Mason, C. (1996). Interobserver Agreement in the Assessment of Parental Behavior and Parent-Adolescent Conflict: African

American Mothers, Daughters, and Independent Observers. *Child development*, 67(4), 1483-1498.

González, M., Landero, R. & Garcia-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panam Salud Publica*, 25(2), 141-145.

Greist, R., Kobak, K., Jefferson, J., Katzelnick, D. & Chene, (1995). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York :Academic Press

Gray, J. (1987). *The psychology of fear and stress*. San Francisco, California: McGraw-Hill

Greist, J., Kobak, K., Jefferson, J., Katzelnick, D. & Chene, R. (1995). *The clinical interview. Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford.

Harman, J., Hansen, C., Cochran, M. & Lindsey, C. (2005). Liar, liar: internet faking but not frequency of use affects social skills, self-esteem, social anxiety, and aggression. *Cyberpsychol Behavior*, 8(1), 1-6.

Hayden, T. (1981). Classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(1), 118-133.

Heckman, T., Kochman, A., Sikkema, K., Kalichman, S., Masten, J., Bergholte, J. & Catz, S. (2001). A pilot coping improvement intervention for late middle-aged and older adults living with HIV/AIDS in the USA. *AIDS*, 13(1), 129-139.

Heimberg, R., Holt, C., Schneier, F., Spitzer, R. & Liebowitz, M. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 249-269.

- Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, D. & Schneider, F. (2000). *Fobia social: diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Martínez-Roca.
- Herrera, A., Freytes, M., López, G. & Olaz, F. (2012). Un estudio comparativo sobre las habilidades sociales en estudiantes de Psicología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, (2), 277-287.
- Hersen, M. & Bellack, A. (1977). Assessment of Social Skills. En A. Ciminero, A. Calhoun & H. Adams (Eds.): *Handbook for behavioral assessment*. New York: Wiley.
- Hidalgo, C. & Abarca, N. (1999). *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Colombia: Alfaomega.
- Hollander, E. & Simeon, D. (2004). *Trastornos de ansiedad*. España: Elsevier.
- Hollandsworth, J. (1976). Further investigation of the relationship between expressed social fear and assertiveness. *Behavior Research and Therapy*, 3, 85-87.
- Horn, J., Plomin, R. & Rosenman, R. (1976). Heritability of personality traits in adult male twin. *Behavior Genetic*, 6, 17-30.
- Hudson, J. & Rapee, R. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24(1), 102-129.
- Inglés, C., Méndez, F. & Hidalgo, M. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, (2), 91-104.
- Iruarrizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T., Zuazo, M. & Sastre, E. (1999). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2(1).

- Jerremalm, A., Jansson, L. & Öst, L. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effect of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24,171-180.
- Karagözoğlu, S., Kahve, E., Koç, O. & Adamişoğlu, D. (2007). Self esteem and assertiveness of final year Turkish university students. *Pudmed*, 28(5), 641-650.
- Kelly, J. (1982). *Entrenamiento en habilidades sociales*. DDB: Bilbao.
- Kelly, J. (1982). *Social-skill training: A practical guide for interventions*. Nueva York: Springer.
- Kelly, J. (2004). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8.
- Kolko, D. & Milan, M. (1985b). A wome´s heterosocial skill observational rating system: Behavior-analytic development and validation. *Behavior Modification*, 9, 165-192.
- Kolotkin, R., Wielkiewicz, R., Judd, B. & Weiser, S. (1984). Behavioral components of assertion: Comparison of univariate and multivariate assessment strategies. *Behavioral Assessment*, 6, 61-78.
- La Greca, A. & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of abnormal child psychology*, 26(2), 83-94.
- Ladd, W. & Mize, J. (1983). A cognitive-social learning model of social skill training. *Psychological Review*, 90, 127-157.

- Lancu, I., Levin, J., Hermesh, H., Dannon, P., Poreh, A., Ben-Yehuda, Y., Kaplan, Z., Marom, S. & Kotler, M. (2006). Social phobia symptoms: prevalence, sociodemographic correlates, and overlap with specific phobia symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 399-405.
- Landazabal, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills, and personality traits: A study with adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(2), 182-192.
- Lara, C., Medina-Mora, M., Borges, G. & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.
- Lara, C., Medina-Mora, M., Borges, G. & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.
- Leary, M. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 47, 66-75.
- León, C., Rodríguez, A., Ferrel, O. & Ceballos, O. (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.
- Lesure-Lester, G. (2001). Dating competence, social assertion and social anxiety. *College Student Journal*, 35(2), 317-323.
- Lewis, B. & O'Neill, K. (2000). Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 25, 295-299.

- Libert, J. & Lewinsohn, P. (1973). The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Liebowitz, M., Gorman, J., Fyer, A. & Klein, D. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*, 42(7), 729.
- Maciás, D., Méndez, F. & Olivares, J. (1993). *Técnicas de Intervención y Tratamiento Psicológico*. Valencia: Promolibro.
- MacLeod, C., Mathews, A. & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of abnormal psychology*, 95(1), 15.
- Marks, I. (1977). Clinical phenomena in search of laboratory models. En J. Maser y M. Seligman (Eds), *Psychopathology: Experiments Models*. San Francisco, Freeman.
- Marks, I. & Gelder, M. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123(2).
- Marteinsdottir, I., Svensson, A., Svedberg, M., Anderberg, U. & Von Knorring, L. (2007). The role of life events in social phobia. *Nordic journal of psychiatry*, 61(3), 207-212.
- Martinez, A. & Marroquin, M. (1997). *Programa "Deusto 14-16", Desarrollo de habilidades sociales*. Bilbao: Mensajero.
- Marzillier, J., Lambert, C. & Kellett, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for social inadequate psychiatric patients. *Behavior Research and Therapy*, 14, 225-228.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia

de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.

Medina-Mora, M., Borges, G., Muñoz, C., Benjet, C. & Jaimes, J. (2003). Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4), 1.

Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26,(4) 1-16.

Melfsen, S., Osterlow, J. & Florin, I. (2000). Deliberate emotional expressions of socially anxious children and their mothers. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 249-261.

Mellings, T. & Alden, L. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour research and therapy*, 38(3), 243-257.

Mischel, W. (1981). A cognitive-social learning approach to assessment. En T. Merluzzi, C. Glass y M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment*. Nueva York: Guilford Press.

Monti, P., Boice, R., Fingerest, A., Zwick, W., Kolko, D., Munroe, S. & Grunberger, A. (1984a). Midi-level measurement of social anxiety in psychiatric and nonpsychiatric samples. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 651-660.

Monti, P., Kolko, D., Fingerest, A. & Zwick, W. (1984b). Three levels of measurement of social skill and social anxiety. *Journal Of Nonverbal Behavior*, 8, 187-194.

- Moreno-Gil, P., Méndez-Carrillo, F. & Sánchez-Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352.
- Moro, M., Botella, C. & Ballester, R. (1997). *Personalidad y cambio en pacientes con fobia social. Paper presented at the Comunicación presentada en el I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. Madrid, España.
- Morris, E., Stewart, S. & Ham, L. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical psychology review*, 25(6), 734-760.
- Moscoso, M. (1998). Estrés, salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de Psicología*, 3(3), 8-47.
- Nardonne, G. & Bolmida, M. (2008). Retrato de dos modelos de familia. *Cuadernos de Pedagogía*, (378), 52-56.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en la población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de psicología*, 40(1), 7-21.
- Olivares, J. & Caballo, V. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3, 483-516.
- Olivares, J., Rosa, A. & Piqueras, J. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17(1), 1-8.
- Olivares, J., Rosa, A., Piqueras, J., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. & García-López, L. (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, 10(3), 523-542.

- Orenstein, H., Orenstein E. & Carr, J. (1975). Assertiveness and anxiety: a correlational study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 203-207.
- Osório, F., Crippa, J. & Loureiro, S. (2010). Evaluation of the psychometric properties of the Social Phobia Inventory in university students. *Comprehensive psychiatry*, 51(6):630-40.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *The British Journal of Psychiatry*, 135(6), 555-560.
- Peterson, J., Fischetti, M., Curran, J. & Arland, S. (1981). Sense of timing: A skill deficit in heterosocially anxious women. *Behavior Therapy*, 12, 195-201.
- Phillips, E. (1978). *The social skills bases of psychopathology*. Londres: Grune and Stratton.
- Ramírez, M. (2005). Conceptualización y medición de las habilidades sociales en un contexto universitario mexicano. *II Encuentro Nacional de Orientadores*, 501 – 511.
- Rapee, R. & Spencer, S. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737-767.
- Reich, J. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 29(1), 72-75.
- Rich, A. & Schroeder, H. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096.
- Riso, W. (1988). *Entrenamiento asertivo: aspectos conceptuales, evaluativos y de intervención*. Medellín: Ediciones Rayuela.

- Robles, G., Espinosa, F., Padilla, G., Álvarez, R. & Páez, A. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2) 54-62.
- Rodríguez, J., Carrillo, F. & Antón, D. (1996). Mutismo selectivo: Un Modelo Explicativo. *Psicología Conductual*, 4(2), 169-192.
- Rose, R. & Ditto, W. (1983). A development-genetic analysis of common fears from early adolescence to early adulthood. *Child Development*, 54, 361-368.
- Roth, D., Antony, M. & Swinson, R. (2001). Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39(2), 129-138.
- Schlundt, D. & Mcfall, R. (1985). "New Direction in the Assessment of Social Competence and Social Skills". En L. L'Abate y M. Milan (Eds.), *Handbook of Social Skills Training and Research*. Nueva York: John Wiley.
- Schmidt, N. & Richey, J. (2008). Social anxiety symptoms uniquely predict fear responding to 35% CO₂ challenge. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 851-857.
- Secord, P. & Backman, C. (1976). *Psicología Social*. México: McGraw-Hill.
- Shaw, P. (1979). A comparison of three behavior therapies in the treatment of social phobia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 620-623.
- Sierra, J., Zubeidat, I. & Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 6(2) 472-517.
- Sierra, J., Zubeidat, I. & Fernández-Parra, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 6(2), 472-517.
- Simon, N., Otto, M., Korbly, N., Peters, P., Nicolaou, D. & Pollack, M. (2002). Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population. *Psychiatric Services*, 53(6), 714-718.

- Smetana, J. (1995). Parenting styles and conceptions of parental authority during adolescence. *Child development, 66*(2), 299-316.
- Spitzberg, B. & Cupach, W. (1985). Conversational skill and locus of perception. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 7*, 207-220.
- Stein, M., Torgrud, L. & Walker, J. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry, 57*, 1046-1052.
- Stewart, D. & Mandrusiak, M. (2009). Social phobia in college students. *Journal of College Student Psychotherapy, 22*, 65-76.
- Stewart, S., Morris, E., Mellings, T. & Komar, J. (2006). Relations of social anxiety variables to drinking motives, drinking quantity and frequency, and alcohol-related problems in undergraduates. *Journal of Mental Health, 15*(6), 671-682.
- Stravynski, A., Marks, I. & Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1378-1385.
- Thomasson, P. & Psouni, E. (2010). Social anxiety and related social impairment are linked to self-efficacy and dysfunctional coping. *Scandinavian journal of psychology, 51*(2), 171-178.
- Thompson, K. & Bundy, K. (1995). Social skills training for young adolescents: Symbolic and behavioral components. *Adolescence, 30*(119), 723-735.
- Tillfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. *Nordic journal of psychiatry, 58*(4), 267-276.
- Torgersen, S. (1979). The nature and origin of common phobic fears. *The British Journal of Psychiatry, 134*(4), 343-351.

- Torgrud, L., Walker, J., Murray, L., Cox, B., Chartier, M. & Kjernisted, K. (2004). Deficits in perceived social support associated with generalized social phobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(2), 87–96.
- Trianes, M. & Fernández, C. (2001). *Enseñar a ser personas y a convivir: Un programa para secundaria*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Trower, P. (1980). Situation analysis of the components and processes of behavior of social skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 327-329.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B. & Shaw, P. (1978). The treatment of social failure: A comparison of anxiety-reduction and skills acquisition procedures on two social problems. *Behavior Modification*, 2, 41-60.
- Turner, S., Beidel, D., & Epstein, L. (1991). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(2), 151-166.
- Urani, M., Miller, S., Johnson, J. & Petzel, T. (2003). Homesickness in socially anxious first year college students. *College Students Journal*, 37(3), 392-400.
- Valadez, A. (2002). *Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias*. (Tesis de Licenciatura). UNAM.
- Vallés, A. & Vallés, C. (1996). *Las habilidades sociales en la escuela: Una propuesta curricular*. Madrid: EOS.
- Van Der Kooy, D. & Webster, C. (1975). A rapidly effective behavior modification program for an electively mute child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(2), 149-152.

- Velásquez, C., Montgomery, U., Montero, M., Pomalaya, R., Dioses, A., Velásquez, N., Araki, R. & Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista de Investigación en Psicología*, 11, 139 – 152.
- Vittengl, J. & Holt, G. (1998). Positive and negative affect in social interactions as a function of partner familiarity, quality of communication, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(2) 196-109.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33(4), 448.
- Wittchen, H. & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand*, 108(417), 4-18.
- Wittchen, H., Stein, M. & Kessler, R. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological medicine*, 29(2), 309-323.
- 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.