



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**“Estilos de Afrontamiento y Estilos Parentales como
Predictores de Síntomas de Ansiedad Social en
Universitarios”**

Tesis que para obtener el grado de:

**MAESTRO EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA
SALUD**

Presenta:

LIC. EN PSIC. JESÚS JAVIER HIGAREDA SÁNCHEZ

Director de Tesis

ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA

San Agustín Tlaxiaca Hgo., Noviembre 2015





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Health Sciences

Área Académica de Medicina

Department of Medicine

Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

19 de octubre de 2015

AAM/MCBS/125/2015

Asunto: Acta de impresión

Lic Jesús Javier Higuera Sánchez
Candidato a Maestro en Ciencias Biomédicas y de la Salud

Por este conducto le comunico el jurado que fue asignado a su Tesis titulada, "Estilos de Afrontamiento y Estilos Parentales como Predictores de Síntomas de Ansiedad Social en Universitarios." con el cual obtendrá el **Grado de Maestro en Ciencias Biomédicas y de la Salud**; después de revisar la tesis y haber realizado las correcciones acordadas, el jurado seleccionado ha decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE DOCTORA FLOR DE MARÍA ERARI GIL BERNAL

PRIMER VOCAL DOCTOR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA

SECRETARIO DOCTORA SOFÍA RIVERA ARAGÓN

SUPLENTE DOCTORA ANGÉLICA ROMERO PALENCIA

SUPLENTE DOCTORA GLORIA SOLANO SOLANO



Reciba un cordial saludo.

Atentamente
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

MÉDICO CIRUJANO JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR

DOCTORA ARACELI ORTIZ POLO
COORDINADORA DE POSGRADO ICSA

DOCTOR JUAN ELIEZER ZAMARRIPA CALDERÓN
COORDINADOR DEL PROGRAMA

JEZC



Laboratorio de Materiales Dentales / Ciudad del Conocimiento
Carretera Pachuca-Tulancingo Km 4.5
Mineral de la Reforma, Hidalgo, México C.P. 42184
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 6991
mria_bio_sal@uah.edu.mx

www.uah.edu.mx

Durante el desarrollo de estos estudios, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), número de beca 554580.

Agradezco a la UNAM, a la Dra. Sofía Rivera Aragón y a su equipo por sus valiosos aportes a este estudio.

A Dios, a mi familia, al equipo de la UAEH, al equipo de la UNAM, a mis tutoras y tutores, Arturo, Flor, Angélica, Gloria y Sofía, por su valioso apoyo en la elaboración de este estudio, así como a las chicas y los chicos que participaron voluntariamente, sin ellas y ellos, este estudio no existiría.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	i
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ABREVIATURAS	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi

I. INTRODUCCIÓN	1
II ANTECEDENTES	4
2.1 Capítulo 1. Ansiedad social	4
2.1.1 Epidemiología	4
2.1.2 Trastornos de Ansiedad.....	5
2.1.3 Definición y características de la ansiedad social.....	7
2.1.4 Criterios diagnósticos de la ansiedad social según el DSM-V	7
2.1.5 Situaciones temidas por las personas con ansiedad social.....	9
2.1.6 Factores asociados al surgimiento de la ansiedad social.....	10
2.1.7 Modelo de génesis de la ansiedad social	12
2.1.7.1 Fase de génesis de la ansiedad social	12
2.1.7.2 Fase de desarrollo de la ansiedad social	14
2.1.7.3 Fase de mantenimiento de la ansiedad social	15
2.1.8 Modelos de mantenimiento de la Ansiedad Social.....	15
2.1.9 Evaluación de la ansiedad social.....	16
2.1.9.1 Entrevistas abiertas	16
2.1.9.2 Recogida estructurada de datos.....	16
2.1.9.3 Autorregistros	16
2.1.9.4 Medidas fisiológicas	16
2.1.9.5 Evaluación cognitiva	17
2.1.10 Escalas psicométricas.....	17
2.1.11 Consecuencias de la AS	19
2.1.12 Ansiedad social en estudiantes universitarios	20
2.1.13 Diferencias por licenciatura en el nivel de ansiedad social de estudiantes universitarios	22
2.2 Capítulo 2. Estilos parentales	24
2.2.1 Crianza.....	24
2.2.2 Socialización	24
2.2.3 Modelos teóricos: la familia como agente socializador	25
2.2.3.1Modelo Circumplejo de Olson.....	25
2.2.3.2 Modelo trans-seccional de Beavers.....	27
2.2.4 Enfoque ecológico.....	29
2.2.5 Modelos de interacción familiar	30
2.2.6 Etnopsicología de la familia mexicana	32
2.2.7 Enfoque unidireccional para la socialización.....	34

2.2.7.1 Definición de los Estilos parentales o de crianza.....	35
2.2.7.2 Estilo Parental de crianza o modelo unidireccional de crianza.....	35
2.2.8 Medición de los estilos parentales unidireccionales.....	37
2.2.9 Percepción del Estilo Parental entre padres, madres e hijos e hijas.....	40
2.2.10 Percepción de Estilos Parentales en Adultos jóvenes.....	41
2.2.11 Estilos parentales y ansiedad social	42
2.3 Capítulo 3. Estilo de afrontamiento al estrés.....	44
2.3.1 Antecedentes.....	44
2.3.1.1 Estrés como respuesta fisiológica.....	44
2.3.1.2 Estrés como estímulo	45
2.3.1.3 Modelo transaccional del estrés: el papel del afrontamiento.....	47
2.3.2 Funciones del afrontamiento.....	51
2.3.3 Tipos de afrontamiento al estrés	51
2.3.3.1 Afrontamiento focalizado en la emoción	51
2.3.3.2 Afrontamiento focalizado en el problema.....	52
2.3.4 Estructura del afrontamiento	53
2.3.5 Afrontamiento Adaptativo vs. No adaptativo	54
2.3.6 Evaluación de los estilos de afrontamiento.....	54
2.3.7 Estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios.....	56
2.3.8 Ansiedad social y estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios....	58
III JUSTIFICACIÓN	60
IV HIPÓTESIS	63
V OBJETIVOS	66
5.1 Objetivo general.....	66
5.2 Validación de la Escala de estilos de afrontamiento al estrés forma B de Moos	67
5.2.1 Objetivo.....	67
5.2.2 Participantes	67
5.2.3 Instrumento	67
5.2.4 Procedimiento	68
5.2.5 Resultados	68
5.2.6 Discriminación de reactivos.....	68
5.2.7 Validez De Constructo	70
5.2.8 Consistencia Interna	73
5.2.9 Conclusiones	74
5.3 Validación del Cuestionario breve de prácticas parentales (estilos parentales).....	76
5.3.1 Objetivo.....	76

5.3.2 Participantes	76
5.3.3 Instrumento	76
5.3.4 Procedimiento	76
5.3.5 Resultados	77
5.3.6 Discriminación de reactivos.....	77
5.3.7 Validez De Constructo	79
5.3.8 Consistencia Interna	81
5.3.9 Conclusiones	81
5.4 Estudio 2. Creación de un modelo de predicción para síntomas de Ansiedad social en estudiantes universitarios de Hidalgo.....	83
5.4.1 Objetivo general.....	83
5.4.2 Objetivos específicos.....	83
VI MÉTODO	84
6.1 Tipo de estudio y diseño	84
6.2 Definición de variables	84
6.3 Participantes	85
6.3.1 Criterios de inclusión.....	85
6.3.2 Criterios de exclusión	85
6.3.3 Criterios de eliminación.....	86
6.3.4 Descripción de las y los participantes	86
6.4 Instrumentos	92
6.4.1 Cuestionario de Ansiedad Social CASO A30	92
6.4.2 Cuestionario breve de percepción de prácticas parentales	92
6.4.3 Cuestionario de estilos de afrontamiento forma B de Moos	92
6.5 Procedimiento	93
6.6 Análisis estadísticos	93
VII ASPECTOS ÉTICOS.....	95
VIII RESULTADOS	96
8.1 Resultados descriptivos de la muestra total	96
8.2 Datos descriptivos por licenciatura	97
8.3 Punto de corte de AS en las y los participantes	104
8.4 Diferencias por factores de Ansiedad Social, Estilos de afrontamiento al estrés y Percepción de estilos parentales entre las licenciaturas	105
8.5 Diferencias entre licenciaturas de los factores de la escala de Estilos de Afrontamiento al estrés	108

8.6 Diferencias entre licenciaturas de los factores de la escala de Percepción de estilo parental	112
8.7 Comparaciones entre grupo de menor riesgo y mayor riesgo	114
8.8 Coeficiente de correlación producto-momento de Pearson	116
8.9 Análisis de Regresión múltiple	125
8.10 Modelo de regresión por licenciaturas	126
IX DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	131
X CONCLUSIÓN	147
XI RECOMENDACIONES	149
XII BIBLIOGRAFÍA	150

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	<i>Modelo Circumplejo de Olson y colaboradores.....</i>	27
Figura 2.	<i>Modelo de Sistema del funcionamiento familiar de Beavers.....</i>	29
Figura 3.	<i>Modelo propuesto para síntomas de ansiedad social.....</i>	65
Figura 4.	<i>Distribución por sexo.....</i>	86
Figura 5.	<i>Distribución por carrera.....</i>	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	<i>Informes más utilizados para la evaluación de la ansiedad social.....</i>	17
Tabla 2.	<i>Informes más utilizados para la evaluación de los estilos parentales.....</i>	38
Tabla 3.	<i>Escalas usadas para evaluar los estilos de afrontamiento al estrés.....</i>	54
Tabla 4.	<i>Resultados del proceso de discriminación de los ítems.....</i>	67
Tabla 5.	<i>Estructura factorial de la Escala de Estilos de afrontamiento al Estrés.....</i>	71
Tabla 6.	<i>Estructura factorial de las conductas negativas de afrontamiento.....</i>	72
Tabla 7.	<i>Estructura factorial de la Red de Apoyo.....</i>	72
Tabla 8.	<i>Coeficientes de Consistencia Interna de los factores.....</i>	73
Tabla 9.	<i>Resultados del proceso de discriminación de los ítems.....</i>	77
Tabla 10.	<i>Estructura factorial del Cuestionario breve de Prácticas Parentales formato para universitarios.....</i>	80
Tabla 11.	<i>Coeficientes de Consistencia Interna de los factores.....</i>	81
Tabla 12.	<i>Definición de variables</i>	84
Tabla 13.	<i>Frecuencia de personas con quien vive el estudiante entre semana.....</i>	88
Tabla 14.	<i>Frecuencia de personas con quien vive el estudiante en fin semana.....</i>	88
Tabla 15.	<i>Frecuencia de la escolaridad de la mamá.....</i>	89
Tabla 16.	<i>Frecuencia de la escolaridad del padre.....</i>	89
Tabla 17.	<i>Frecuencia de la ocupación de la madre de los estudiantes.....</i>	90
Tabla 18.	<i>Frecuencia de la ocupación del padre de los estudiantes.....</i>	90
Tabla 19.	<i>Descriptivos por licenciatura de los datos sociodemográficos.....</i>	91
Tabla 20.	<i>Descriptivos de las variables en la muestra total.....</i>	95
Tabla 21.	<i>Descriptivos de las variables de la licenciatura en Psicología.....</i>	97
Tabla 22.	<i>Descriptivos de las variables de la licenciatura en Gerontología.....</i>	98
Tabla 23.	<i>Descriptivos de las variables de la licenciatura en Enfermería.....</i>	99
Tabla 24.	<i>Descriptivos de las variables de la licenciatura en Medicina.....</i>	100
Tabla 25.	<i>Descriptivos de las variables de la licenciatura en Odontología.....</i>	101
Tabla 26.	<i>Descriptivos de las variables de la licenciatura en Nutrición.....</i>	102
Tabla 27.	<i>Descriptivos de las variables de la licenciatura en Farmacia.....</i>	103
Tabla 28.	<i>Medias, DE y punto de corte por sexo de Ansiedad Social.....</i>	104
Tabla 29.	<i>Porcentaje de participantes en riesgo por sexo y por factor de AS.....</i>	104
Tabla 30.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por Ansiedad Social total.....</i>	105
Tabla 31.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Interacción con el sexo.....</i>	105

	<i>opuesto.....</i>	
Tabla 32.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Expresión asertiva de molestia.....</i>	106
Tabla 33.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Hablar en público/ Interacción con la autoridad.....</i>	106
Tabla 34.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Quedar en evidencia o ridículo.....</i>	107
Tabla 35.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Interacción con desconocidos.....</i>	107
Tabla 36.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento cognitivo...</i>	108
Tabla 37.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Retirada social y baja tolerancia a la frustración.....</i>	108
Tabla 38.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento externo...</i>	109
Tabla 39.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento preparación para la acción.....</i>	109
Tabla 40.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento evitación del malestar</i>	110
Tabla 41.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento con distracción</i>	110
Tabla 42.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento conductual</i>	110
Tabla 43.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Red de apoyo.....</i>	111
Tabla 44.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor estilo parental percibido Democrático.....</i>	112
Tabla 45.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor estilo parental percibido Autoritario.....</i>	112
Tabla 46.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor estilo parental percibido Coercitivo.....</i>	113
Tabla 47.	<i>Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor estilo parental percibido Castigo.....</i>	113
Tabla 48.	<i>Comparaciones entre grupos extremos por síntomas de AS en la percepción de estilos parentales.....</i>	114
Tabla 49.	<i>Comparaciones entre grupos extremos por síntomas de AS en los estilos de afrontamiento al estrés.....</i>	114
Tabla 50.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en la muestra</i>	116
Tabla 51.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social con Afrontamiento al estrés en la muestra Total.....</i>	116
Tabla 52.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de psicología.....</i>	117
Tabla 53.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Psicología.....</i>	117
Tabla 54.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Gerontología</i>	118
Tabla 55.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social con Percepción de estilos parentales y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Gerontología.....</i>	118
Tabla 56.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Enfermería.....</i>	119

Tabla 57.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Enfermería.....</i>	119
Tabla 58.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Medicina.....</i>	120
Tabla 59.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Medicina.....</i>	120
Tabla 60.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Odontología.....</i>	121
Tabla 61.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Odontología.....</i>	121
Tabla 62.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Nutrición.....</i>	122
Tabla 63.	<i>Correlación síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Nutrición</i>	122
Tabla 64.	<i>Correlación Producto-momento de Spearman entre síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Farmacia.....</i>	123
Tabla 65.	<i>Correlación Producto-momento de Spearman entre síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Farmacia.....</i>	123
Tabla 66.	<i>Análisis de regresión por pasos sucesivos para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social total en las y los participantes.....</i>	125
Tabla 67.	<i>Análisis de regresión por pasos sucesivos de la licenciatura en Psicología para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes</i>	126
Tabla 68.	<i>Análisis de regresión por pasos sucesivos de la licenciatura en Gerontología para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes</i>	127
Tabla 69.	<i>Análisis de regresión por pasos sucesivos de la licenciatura en Enfermería para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes.....</i>	128
Tabla 70.	<i>Análisis de regresión por pasos sucesivos de la licenciatura en Medicina para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes.....</i>	128
Tabla 71.	<i>Análisis de regresión por pasos sucesivos de la licenciatura en Odontología para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes</i>	129
Tabla 72.	<i>Análisis de regresión por pasos sucesivos para la licenciatura en Nutrición para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes</i>	130

RESUMEN

La Ansiedad Social (AS) es uno de los problemas de salud mental más importantes en el mundo, la prevalencia de dicho fenómeno es de entre 3 y 13 % en población general. La AS en población adulta joven se ha asociado a conductas evitantes, consumo de sustancias como el alcohol y mariguana y a la deserción escolar y laboral, además de toda una gama de problemas sociales. En México existe poca literatura acerca de las variables relacionadas con ella, sin embargo se sabe que los estilos de afrontamiento al estrés y los estilos parentales de crianza, se asocian al surgimiento y mantenimiento de síntomas de AS. A través de un estudio transversal de campo, con un diseño no experimental explicativo se crearon modelos de regresión para conocer el poder de predicción de los estilos parentales y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de 618 alumnos de recién ingreso pertenecientes a las licenciaturas de nutrición, odontología, psicología, medicina y gerontología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Para conocer las diferencias entre los alumnos de mayor riesgo y menor riesgo se realizó una *t* de Student para muestras independientes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estilo parental percibido Autoritario $t(189.529) = -5.320, p \leq .001$; en los estilos de afrontamiento Cognitivo $t(206) = 4.175, p \leq .001$; Afrontamiento Baja tolerancia a la frustración y retirada social $t(206) = -4.617, p \leq .001$ y Afrontamiento Externo $t(205) = 4.152, p \leq .001$; también en las Conductas negativas de afrontamiento $t(206) = -2.307, p \leq .05$ y Apoyo social $t(206) = 3.441, p \leq .001$. Los modelos de regresión mostraron diferentes variables predictoras dependiendo la licenciatura, siendo psicología ($R^2 = .224, R^2 \text{ ajustada} = .194$), explicando el 20 % de la varianza, medicina ($R^2 = .174, R^2 \text{ ajustada} = .159$) explicando el 16 % de la varianza, odontología ($R^2 = .304, R^2 \text{ ajustada} = .277$), explicando el 30 % de la varianza y nutrición ($R^2 = .358, R^2 \text{ ajustada} = .313$), explicando el 35 % de la varianza de los síntomas de AS.

Palabras clave: Ansiedad social, Afrontamiento al estrés, Percepción de estilos parentales, Estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Social Anxiety (SA) is one of the most important mental health problems in the world; the prevalence of this phenomenon is between 3 and 13% in the general population. The SA in young adult population has been associated with avoidant behaviors, substance like alcohol and marijuana abuse and school and labor dropout, plus a range of social problems. In Mexico there is little literature of variables related to it, however it is known that stress coping styles and parental rearing styles, are associated with the emergence and maintenance of symptoms of SA. Through a cross-field study with an explanatory non-experimental design regression models were developed to determine the predictive power of parenting styles and ways of coping with stress in a sample of 618 freshmen students belonging to nutrition, dentistry, psychology, medicine and gerontology from the Institute of Health Sciences of the Autonomous University of Hidalgo State. To know the differences between students of high risk and low risk a t Student test for independent samples was performed. Statistically significant differences in perceived authoritarian parenting style were found $t(189\ 529) = 5320, p \leq .001$; Cognitive coping styles $t(206) = 4.175, p \leq .001$; Coping Low frustration tolerance and social withdrawal $t(206) = 4.617, p \leq .001$ and External Coping $t(205) = 4.152, p \leq .001$; Also on negative coping behaviors $t(206) = 2.307, p \leq .05$ and social support $t(206) = 3.441, p \leq .001$. Regression models showed different predictor variables depending on the degree. Psychology ($R^2 = .224$, adjusted $R^2 = .194$), explaining 20% of variance, medicine ($R^2 = .174$, adjusted $R^2 = .159$) explaining the 16% of the variance, dentistry ($R^2 = .304$, adjusted $R^2 = .277$), explaining 30% of variance and nutrition ($R^2 = .358$, adjusted $R^2 = .313$), explaining 35% of SA symptoms variance.

Keywords: Social anxiety, coping stress styles, parental rearing styles, bachelors.

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad social es un problema de salud mental grave, el cual, presenta una tasa de prevalencia de aproximadamente 10% a nivel mundial(1). La edad de inicio suele presentarse entre los 14 y 16 años sin embargo algunos estudios suelen ubicar su inicio en la niñez (2-4). La mayor parte de las personas con ansiedad social suelen experimentar un 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. Las personas con ansiedad social saben que sus temores son irracionales y exagerados (5). El presentar trastorno de ansiedad social suele conllevar un deterioro conductual acompañado de un malestar significativo (6) y tiene consecuencias como el absentismo laboral, consumo y abuso de drogas, alcoholismo, depresión (7, 8). Los síntomas de la ansiedad social tienden a aumentar con el paso del tiempo (9).

Según el DSM-V (10) 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. El individuo teme actuar de tal modo que resulte humillado. Este miedo se asocia a conductas de evitación, de las situaciones sociales o actuaciones en público. 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.

Diversas han sido las propuestas que pretenden explicar el surgimiento y el mantenimiento de la ansiedad social, las cuales giran en torno a diversos factores: a) familiares, b) evolucionistas, c) ambientales, d) temperamentales, e) neurobiológicos y f) psicológicos y socioculturales (11). Olivares y Caballo (12) 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 orgánicas, 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.

En las diversas fases de dicho modelo suelen presentarse las variables, como los estilos de crianza y las estrategias de afrontamiento al estrés. Las interacciones familiares son las primeras en la vida de un individuo y son en gran medida un modelo de comportamiento social cuando la persona se relaciona fuera del hogar (13). La familia irradia el medio en el que está inmersa; la época, la cultura y el grupo social, influyen para que se adopten estándares que van a delimitar los estilos bajo los cuales se regirán las relaciones familiares dentro y fuera del hogar (14). De acuerdo con Gómez, Posada y Ramírez (15) uno de los factores negativos de un estilo parental autoritario o negligente es el desarrollo de ansiedad; De hecho, la percepción de los hijos sobre la presencia de ciertas psicopatologías y de determinados estilos parentales de crianza se ha asociado a la aparición de la ansiedad social (11). Desde los estudios clásicos hasta la fecha, los individuos con ansiedad informan que sus padres son o fueron sobreprotectores, carentes de afecto e incapaces de proporcionar apoyo emocional (16-19). Sierra, Zubeidat y Parra (20) mencionan que entre los factores de vulnerabilidad a la ansiedad social se encuentran los estilos parentales de crianza relacionados con la sobreprotección excesiva, el control y la intromisión. Plantean también que otro aspecto relevante de los estilos parentales de crianza que puede influir en la aparición de ansiedad social es la concesión de pocas oportunidades de exposición de práctica en los encuentros sociales por parte de los padres. A partir del análisis de varios estudios Rapee (21) llegó a la conclusión de que la sobreprotección juega un rol importante en la aparición y mantenimiento de la ansiedad general y social. En otros análisis realizados por el Rapee y Melville (22) para la creación de un modelo cognitivo conductual de la ansiedad en la ansiedad social, el rechazo y la sobreprotección de los padres fueron predictores importantes de ansiedad social.

Los estilos de afrontamiento son definidos como: todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los

recursos del individuo, dichas estrategias se dividen en centradas en la emoción y centradas en la problemática (23, 24). En relación a la ansiedad social ya las estrategias de afrontamiento se observa que, Caballo y Mateos Vílchez (25) plantean que son varias las razones por las que se tardó en reconocer a la ansiedad social como un problema importante de salud (8) entre ellas las estrategias de afrontamiento que desarrollan los individuos con ansiedad social debido a que a menudo adaptan su estilo de vida a su trastorno. Thomasson y Psouni (26) en un estudio realizado en Copenhagen, Dinamarca descubrieron que presentar ansiedad social se asocia al deterioro en la autoeficacia y a presentar inadecuados estilos de afrontamiento al estrés, ellos proponen que la baja autoeficacia puede aumentar la tendencia de una persona a depender de las estrategias de afrontamiento disfuncionales para hacer frente a la ansiedad que experimenta en situaciones sociales. A su vez, el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales parece exacerbar los síntomas de ansiedad social.

En el capitulo de este estudio se encontrará la descripción de la AS en el capítulo 1. La descripción de los estilos parentales en el capítulo 2 y los estilos de afrontamiento en el capítulo 3. En el método encontrará dos validaciones realizadas así como la descripción de las y los participantes, la estadística inferencial y finalmente la discusión y conclusiones.

II ANTECEDENTES

2.1 Capítulo 1. Ansiedad social

2.1.1 Epidemiología

La fobia social o también llamada ansiedad social (AS) (1-27,28) es un problema de salud mental grave, el cual, presenta una tasa de prevalencia mundial de aproximadamente 3 a 13 % (29, 30), la edad de inicio suele presentarse entre los 14 y 16 años, no obstante algunos estudios suelen ubicar su inicio en la niñez (2-4). Sin embargo, a pesar de que se trata 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 (31).

En México la prevalencia de dicho trastorno es de aproximadamente 4.7 % en la población total (32), por debajo de la dependencia al alcohol y la fobia específica. En las mujeres es uno de los tres principales trastornos que pueden presentar, sólo por arriba de la depresión mayor (33).

La mayor parte de las personas con AS 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 (34). Las personas con AS 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 (30).

El presentar AS suele conllevar un deterioro conductual acompañado de malestar significativo y sin atención adecuada, los síntomas de AS tienden a aumentar con el paso del tiempo (6, 35). Tiene consecuencias como el absentismo laboral, consumo y abuso de drogas, alcoholismo, depresión (7, 8).

2.1.2 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 (36) 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:

- a) Miedo a los animales: vestigio del miedo evolutivo a los depredadores.
- b) Miedo a los daños físicos: vestigio del temor a los peligros que se pueden encontrar en la naturaleza.
- c) 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 (37) quien los clasifica en cinco grupos principales:

- a) Los estímulos intensos como los ruidos o dolores.
- b) Los estímulos desconocidos como el temor a las personas extrañas.
- c) La ausencia de estímulos como el miedo a la oscuridad.
- d) Estímulos potencialmente peligrosos para los humanos a lo largo de su evolución como la separación, las alturas, las serpientes u otros animales.
- e) 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 (36).

La memoria constituye un detonante importante en la aparición del miedo: los pensamientos y recuerdos intensifican los miedos aprendidos. El miedo a un estímulo se mantiene y evoluciona posteriormente a ansiedad sólo si se evitan de forma consistente las situaciones temidas.

El DSM V (1) propone una clasificación de los diferentes trastornos de ansiedad:

a) Desorden de ansiedad por separación: miedo excesivo a separarse de aquellos individuos con quien se tiene apego (familiares o amigos).

b) Mutismo selectivo: falla al intentar hablar en público, en el cual existe una expectativa en situaciones sociales. El mutismo es acompañado de malestar significativo.

c) Fobia específica: marcado miedo o ansiedad a un objeto o situación específica.

d) 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.

e) Trastorno de pánico o ataque de pánico: inesperados ataques de pánico que se experimentan con reacciones ansiosas.

f) 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.

g) Desorden de ansiedad generalizada: preocupación excesiva, que es imposible de controlar por parte del individuo, causada por eventos o actividades.

h) Ansiedad generada por abuso de sustancias: síntomas de pánico o ansiedad generados por el consumo de alguna sustancia.

i) Desorden de ansiedad causada por una condición médica: ansiedad generada por la fisiología de algún problema médico.

j) 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 (39). 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 (39).

Aunado a lo anterior el trastorno de ansiedad social es el trastorno de ansiedad más frecuente en las clínicas de psicología públicas y privadas, por lo tanto es el trastorno de ansiedad por el que más se demanda ayuda psicológica (40, 41).

2.1.3 Definición y características de la ansiedad social

Según el DSM-V (1) 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 AS 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.

2.1.4 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 (1) son:

a) 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.

b) 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.

c) La situación social casi siempre provocan miedo o ansiedad.

d) Las situaciones sociales se evitan o se soportan con intenso malestar, miedo o ansiedad activa.

e) 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).

f) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, por lo general dura seis meses o más.

g) El miedo, la ansiedad y la evitación provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

h) 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 en aquellas personas 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 (42).

Heimberg (43) y colaboradores 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.

En un estudio realizado por Quero, Baños, Botella y Gallardo (28) propusieron una clasificación de la AS: (a) Miedo a hablar en público (MHP): definido como el miedo específico al momento de expresarse verbalmente con otras personas; (b) Fobia social circunscrita (FSC): aquellas personas que tienen miedo de interactuar con personas de autoridad o del sexo opuesto; y (c) Fobia social generalizada (FSG): miedo a toda clase de situaciones sociales, como son interacción, ejecución o actuación.

Son diversas las clasificaciones mundiales que pueden describir el problema de la ansiedad social y aunque la clasificación DSM ha sido identificada como controvertida, es la más usada por las estancias más importantes de salud mental (44).

2.1.5 Situaciones temidas por las personas con ansiedad social

De acuerdo con Bados (45) las situaciones temidas pueden clasificarse como:

a) Intervención pública: Hablar/actuar en público, presentar un informe a un público, intervenir en pequeños grupos formales.

b) 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.

c) Interacción asertiva: solicitar a otras/os 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.

d) Ser observado: comer/beber/escribir/trabajar/telefonear 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).

2.1.6 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 (11).

Antes de explicar un modelo concreto se explicarán las diversas variables descubiertas en la revisión teórica de dicha patología.

a) Factores evolutivos: Diversos han sido los modelos que tratan de explicar el surgimiento de la ansiedad social desde su identificación como un tipo diferenciado de ansiedad social (46). Sin embargo, son Öhman, Dimberg y Ost (47) quienes proponen la perspectiva adaptativa-funcional para el surgimiento de la AS, por ejemplo, se cree que el surgimiento de dicha patología tiene sus orígenes en la formación de las jerarquías de dominio de los simios, en los cuales los encuentros combativos mostraban a un animal derrotado con miedo y mostrando conductas de sumisión y evitación para librarse de otro ataque. Cabe señalar que la edad típica para el surgimiento de los síntomas de ansiedad social suele ser en la adolescencia y la adultez joven, época en la cual los eventos de dominio suelen estar más presentes en la vida de los adolescentes.

Continuando con Öhman (48) los seres humanos además de estar evolutiva y biológicamente preparados para experimentar diferentes miedos a ciertos estímulos, también son propensos a temer a rostros que expresen emociones negativas o amenazantes.

b) Factores ambientales y de desarrollo: Los factores familiares suelen tener influencia en el surgimiento de la ansiedad social, debido a que el primer núcleo social donde se desenvuelven las personas es la familia según diversos autores (36, 49, 50). Por

ejemplo, existen investigaciones que mencionan que el surgimiento de la ansiedad social puede ser el resultado del modelado de madres y padres hacia las hijas y los hijos. Es por medio de los “mensajes” verbales que se transmiten las creencias sobre tener una amplia expectativa en el desempeño en eventos sociales por parte de las madres y padres. De igual manera, es por medio de la evitación a exposiciones sociales que los progenitores suelen transmitir sus mensajes comportamentales que hacen que las hijas y los hijos evadan acontecimientos sociales (45, 51). 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 las hijas y 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 las madres y 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 (17, 19).

c) 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 (52).

d) Factores genéticos: Torgersen (53) señala que las personas que tienen madres o padres con ansiedad social pueden heredar el padecimiento por predisposición genética, o se encuentran más proclives a sufrir de dicho padecimiento a diferencia de aquellos que nunca habían sufrido de algún tipo de enfermedad en su familia. Por ejemplo, Stein y Stein (54) afirman que dados los avances en el estudio del genoma es posible aproximarse a la explicación de la condición hereditaria de la AS, ya que algunos estudios han señalado que el cromosoma 16 parece estar implicado en una región cercana a un gen transportador de norepinefrina, asociada al surgimiento de los ataques de pánico (29).

e) Factores psicológicos: investigaciones han demostrado que las personas con ansiedad social suelen tener puntuaciones más altas en introversión y neuroticismo. De igual manera se ha descubierto que sujetos con el trastorno suelen tener un déficit en

habilidades sociales que denotan en la persona ausencia de ciertas conductas para relacionarse habilidosamente en situaciones sociales, resultado de una situación traumática que se ha aprendido (35, 55, 56).

f) Factores cognitivos: se sabe que las personas con ansiedad social suelen presentar evaluaciones negativas sobre las conductas que pueden desarrollar en público, o por ser considerado estúpido o a causar una mala impresión (57, 58). De igual manera diversas investigaciones han demostrado que las personas con ansiedad social tienden a tener sesgos de atención marcados hacia sus propias reacciones externas (autoconciencia pública). Al mismo tiempo que las personas con ansiedad social suelen tener este tipo de sesgos, suelen de igual manera, fijar la atención en las amenazas del ambiente o de tipo social (59, 60) o suelen interpretar de manera negativa las situaciones ambiguas a diferencia de otras personas sin el trastorno. Lo que concierne con la memoria y las personas con ansiedad social se ha descubierto que estas personas suelen recordar datos que suponen una amenaza social, sin embargo, dichos resultados no han sido clarificados (61).

2.1.7 Modelo de génesis de la ansiedad social

Rodríguez y Caballo (62) 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.

2.1.7.1 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 (63).

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 (11, 62).

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 (64, 65). 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 (66).

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 (67, 68). 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 (45, 69).

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) (62).

2.1.7.2 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 cardíaca 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 (70, 71).

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 (62).

Variables como la 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) (56).

El proceso de afrontamiento al estrés (coping) se ve afectado en esta etapa de mantenimiento cuando interactúan el aislamiento, la focalización selectiva, el ensimismamiento y la atención hacia la información externa, presentando estrategias como: no hablar, o hablar poco para no ser centro de atención, hablar siempre con la misma persona, utilizar gestos o mirar hacia otro lado para no exponerse a cuestionamientos, evitar cuando aparece el rubor, ocultar las manos para no demostrar la sudoración, evitar contacto

visual, aparentar distracción, consumir alcohol u otras sustancias tóxicas para reducir la ansiedad, centrarse en las respuestas para evitar quedarse sin responder algo (72).

2.1.7.3 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 (73). 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.

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 (62).

2.1.8 Modelos de mantenimiento de la Ansiedad Social

Una posible asociación entre el temperamento y la AS puede ser contemplado a través del afrontamiento, visto como el grado en que uno ha aprendido a evitar experiencias desagradables. Esta tendencia se ha llamado "la evitación experiencial" (EE) por investigadores en el campo de la Terapia de Aceptación y Compromiso. La EE es la tendencia a evaluar negativamente sentimientos y pensamientos y gastar esfuerzo para evitarlos o alterarlos, lo que aparentemente juega un papel significativo en el mantenimiento de la psicopatología y constituye una aproximación de afrontamiento. La evitación vista como la supresión del pensamiento o la ocultación, tiene efectos paradójicos, incrementando la frecuencia, la gravedad y la accesibilidad de las experiencias no deseadas.

La EE es típicamente vista como una estrategia de afrontamiento aprendida, adquirida y reforzada por el resultado de la reducción de la angustia en el momento. Es el resultado de la naturaleza bidireccional del lenguaje, el contexto cultural y familiar (que utiliza los pensamientos y emociones como causas aceptables de comportamiento) y la generalización inadecuada de reglas acerca de la capacidad de control de los pensamientos o emociones y la observación de otros que muestran evitación (30).

2.1.9 Evaluación de la ansiedad social

2.1.9.1 Entrevistas abiertas

Greist y colaboradores (74) 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.

2.1.9.2 Recogida estructurada de datos

Se basa en la elaboración de un guion que extraiga las experiencias específicas que desencadenan las respuestas fisiológicas y las evaluaciones en el paciente. El enfoque de síntoma-objetivo define cuestiones de la mayor trascendencia para el paciente y ayuda al personal de salud a centrarse en los problemas en los que aquél requiere más ayuda (74).

2.1.9.3 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 (75).

2.1.9.4 Medidas fisiológicas

De acuerdo con Rodríguez, Alcázar y García-López (76) diversas son las medidas fisiológicas que pueden ser evaluadas en la ansiedad social por ejemplo: la tasa cardiaca, la variabilidad cardiaca, la presión sanguínea y el nivel de conductancia de la piel son las mediciones que han formado parte en la evaluación y tratamiento del padecimiento.

2.1.9.5 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 (77).

2.1.10 Escalas psicométricas

Zubeidat, Fernández y Sierra (78) 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 algunos de 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 Y alpha de Cronbach	Población validada
Escala de evitación y ansiedad social (58)	Watson y Friend 1969	Pensamientos negativos de la ansiedad social	30 ítems $\alpha = 0.94$	Estudiantes universitarios
Escala de evitación y malestar social (79)	Leary 1984	Pensamientos negativos de la ansiedad social	12 ítems $\alpha = 0.92$	Estudiantes universitarios
Inventario de ansiedad y fobia social SPAI (80)	Turner, Beidel, Dancu y Stanley 1989	Agorafobia y ansiedad social	45 ítems $\alpha = 0.96$	Población clínica
Escala de ansiedad social de Liebowitz (81)	Liebowitz 1987	Interacción y evitación social.	24 ítems $\alpha = 0.96$	Población clínica

Test de autoafirmaciones en la interacción social (82)	Glass, Merluzzi, Biever y Larsen 1982	Evalúa pensamientos facilitadores e inhibidores durante una situación social	30 ítems $\alpha = 0.86$	Estudiantes universitarios
Inventario de fobia social SPIN (83)	Connor y cols. 2000	Evitación y síntomas físicos	17 ítems $\alpha = 0.94$	Población clínica
Cuestionario diagnóstico para la ansiedad social (84)	Newman y cols. 2003	Miedo ante situaciones sociales, ser observado, evaluado, vergüenza	16 situaciones $\alpha = 0.92$	Población clínica
Cuestionario de Ansiedad Social CASO-A30 (85)	Caballo y cols. 2010	Evalúa el malestar ante diversas situaciones sociales	30 ítems $\alpha = 0.91$	Estudiantes universitarios

Como se observa en la Tabla 1, diversas son las escalas que se utilizan en la medición de la AS, sin embargo, al momento de establecer parámetros claros y definidos, las escalas pueden presentar diversas incongruencias al momento de ser empleadas en otras investigaciones, por ejemplo la escala que más se ha usado para medir la AS, es la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (81) la cual consta de 24 ítems que evalúan diversas situaciones sociales temidas, sin embargo, su aplicación ha mostrado inconsistencias al momento de realizar los análisis factoriales pertinentes, ya que se encuentran diferente número de factores dependiendo del estudio y contexto cultural, lo cual indica que el instrumento requiere de mayor estructura (85).

Por otro lado el Inventario de Fobia Social o SPIN y el Inventario de Ansiedad y Fobia Social SPAI (83) presentan diferencias considerables al momento de realizar los análisis factoriales y al momento de hacer la traducción de ciertos términos anglosajones, que no se adaptan al contexto cultural o al sexo de otras poblaciones (85).

El Cuestionario de Ansiedad Social para adultos CASO-A30 propuesto por Caballo y colaboradores (86) es una escala que ha mostrado ser una herramienta confiable en la medición de la AS, de igual manera ha mostrado consistencia factorial a lo largo de once países de Europa y América Latina. Se trata de un instrumento diseñado para población de habla hispana que en sus aplicaciones en México ha mostrado consistencia factorial y alfas aceptables.

2.1.11 Consecuencias de la AS

Las personas con AS suelen presentar dificultades en diversas áreas de su vida, como por ejemplo:

- a) Relaciones entre pares: el padecer AS suele afectar el mantenimiento y establecimiento de relaciones saludables, afectando todos los niveles de interacción como pueden ser, aquellas relaciones con extraños, hasta aquellas más cercanas y familiares. Para las personas con AS el establecer una cita ya sea con el médico o incluso salir con alguien del sexo opuesto puede resultar algo que nunca harían. Algunas personas con AS suelen no regresar llamadas o mensajes a personas del sexo opuesto que les resultan atractivos debido al temor de no poder dar el primer paso, de igual forma al momento de sentirse más cercanos en una relación suelen mencionar que tienen miedo de que su pareja descubra su “verdadero yo”, suelen evitar el contacto visual e incluso salir con amigos (87).
- b) Educación y formación profesional: el padecer AS suele interferir en la educación y el desempeño en el trabajo, por ejemplo tales personas suelen no participar en la promoción de un nuevo puesto en su empresa, pedir un incremento de sueldo, suelen permanecer callados en clase, suelen aislarse en el trabajo o en la escuela, de igual manera tienen respuestas ansiosas en el curso de una entrevista de trabajo y son molestados por parecer retraídos y callados (87).
- c) Otras actividades diarias: algunas personas con AS suelen evitar llevar a cabo conductas como regresar una prenda dañada, caminar por la calle, hablar por teléfono, ejercitarse en el gimnasio debido al miedo que les representa el ser evaluados negativamente por otras personas (87).

- d) Consumo de sustancias: algunas investigaciones han estudiado la relación entre consumo de alcohol y marihuana en adultos jóvenes con AS (88), por ejemplo en una muestra de 123 jóvenes de EEUU con una media de edad de 20.1 años, se encontró relación entre AS, consumo de cannabis y el afrontamiento al estrés centrado en la evitación a situaciones sociales, sin embargo, no concluyen de manera contundente dicha correlación ya que se trata de una conducta que suele aparecer en algunos adultos jóvenes con AS (89).

2.1.12 Ansiedad social en estudiantes universitarios

A continuación se presentan algunos estudios revisados sobre la relación entre la AS y estudiantes universitarios a nivel mundial.

Purdon y colaboradores en 2001 realizaron una investigación ocupando las escalas *Social Phobia Scale* y la *Social Interaction Anxiety Scale* en 81 estudiantes universitarios de Canadá con una edad media de 25 años en la cual descubrieron síntomas de la AS que se encontraban cerca y por arriba de la media teórica las cuales son: problemas para expresarse personalmente ante situaciones sociales, tensión general, sensación de querer escapar y evitar situaciones, palpitaciones, mariposas en el estómago, voz temblorosa y reír incontrolablemente o inapropiadamente (90). Los autores mencionan que estos estudiantes suelen tener cogniciones acerca de la ansiedad y cómo es vista por otras personas, por ejemplo, el presentar síntomas de AS suele hacer de las personas, seres menos atractivos, con pocas habilidades para ser líderes, mentalmente poco hábiles y perciben la ansiedad como una emoción inapropiada.

Otra investigación sobre la AS realizada por Baptista y colaboradores en 2012 menciona que aproximadamente el 11.6 % de una muestra de 2319 alumnas y alumnos, estudiantes de dos universidades de Brasil cumplieron los criterios de AS. El porcentaje de alumnas/os que cumplió con los criterios, presentó diversas manifestaciones de ansiedad como: evitar dar discursos (78.5 %), evitar “hacer el ridículo” (70.9 %), experimentar vergüenza (66.2 %), evitar ser el centro de atención (63.7 %), ser observado (62.4 %), temor a la crítica (61.2 %), entre otras manifestaciones por debajo del 50 % como son

sonrojarse, experimentar malestar emocional con palpitaciones, sudar, platicar con extraños, hablar con figuras de autoridad e ir a fiestas (91).

Los autores mencionan que algunos estudiantes suelen abandonar los estudios debido a las dificultades en la interacción social, así como mayor temor por parte de las mujeres al momento de dar un discurso, hablar en una reunión, o presentar un reporte en grupo. Es en este nivel en el cual los y las estudiantes suelen realizar actividades más enfocadas a la presentación oral de clases y evaluaciones así como suelen tener mayor interacción con pares y superiores, lo cual supone un aumento en los niveles de AS.

Por otro lado en Suecia Tillfors y Furmark (92) en 2007 encontraron que en una muestra de 3186 alumnas y alumnos de universidad, el 16.1 % cumplieron con los criterios de la AS, siendo “dar un discurso frente al grupo” la situación social más temida por los mismos (71.4 %), los autores señalan que es en esta etapa en la que los estudiantes comienzan a tener participaciones frente a grupo y es el inadecuado manejo de estas situaciones las que pueden desencadenar las reacciones cognitivas y físicas de la ansiedad social, lo que puede traducirse en el abandono de la vida académica.

En 2011 Gültekin y Dereboy (93) realizaron una investigación entre hombres y mujeres estudiantes de una universidad de Turquía, en la cual encontraron que la prevalencia de AS entre los estudiantes fue de 21.7 %, reportando, el hablar en público como la principal situación social temida (78.57 %), seguida de hablar sin estar preparado (75 %), ser el centro de atención (50 %), salir con alguien del sexo opuesto en una cita (42.85 %) entre otras. Los autores mencionan que la AS puede tener como principal consecuencia el abuso de sustancias como alcohol, cigarros y drogas e ideación suicida. Así como el abandono de la vida académica debido a las dificultades en la interacción y la socialización que conlleva ser estudiante universitario.

Los estudios anteriormente presentados muestran que la AS en la población estudiantil universitaria tiene una prevalencia de entre 11 y 21 %, siendo “dar un discurso ante un público” la situación social más temida entre los estudiantes universitarios. Los autores de estos estudios mencionan que una de las principales consecuencias de la AS en

este nivel educativo es el abandono de la vida escolar debido a las dificultades en la socialización y a los retos que la vida universitaria conlleva.

2.1.13 Diferencias por licenciatura en el nivel de ansiedad social de estudiantes universitarios

En los estudios que realizan comparaciones en el nivel de ansiedad social entre diferentes licenciaturas se encuentran estudios realizados por Caballo y colaboradores (85), los cuales mencionan que en el factor “Hablar en público/hablar con figuras de autoridad” los varones de Biblioteconomía y Documentación tuvieron puntuaciones más altas a diferencia de los de Filosofía y letras. En el factor “Interacción con desconocidos” los estudiantes de Veterinaria puntuaron más alto a diferencia de los de Filosofía y letras; en el factor “Interacción con el sexo opuesto”, los hombres de Veterinaria y los de Farmacia puntuaron más alto y más bajo, respectivamente. En el factor “Expresión asertiva molestia”, las puntuaciones más altas las obtuvieron los varones de Veterinaria y las puntuaciones más bajas los estudiantes de Informática y Telecomunicaciones. Por último en el factor “Quedar en evidencia o en ridículo” únicamente se encontró que los hombres que estudiaban Actividad Física y Deporte tenían más ansiedad que los estudiantes de Informática y Telecomunicaciones. Sobre la Ansiedad social global sólo presentaron diferencias significativas entre los estudiantes de Informática y Telecomunicaciones (menor ansiedad) y los de Económicas y Empresariales (mayor ansiedad).

Otro estudio realizado en Gran Bretaña (94) en una muestra de 856 estudiantes mujeres y hombres universitarios de recién ingreso de las facultades de Artes, Tecnología y Medicina, que fueron evaluados por medio de la escala de Ansiedad Social de Liebowitz, mostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre la AS total y en el factor “Miedo a la interacción social”, siendo las y los estudiantes de Artes y Tecnología quienes puntuaron más alto a diferencia de las y los estudiantes de la escuela de Medicina. Los autores mencionan que la diferencia se debe al tipo de educación que los estudiantes reciben y los retos que cada licenciatura presenta.

Un estudio realizado entre estudiantes universitarias/os evaluados por medio de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) de la Facultad de Medicina Veterinaria de Chile y estudiantes mujeres y hombres de la Facultad de Letras de Francia, mostró que las

diferencias se observan en el país, siendo los hombres chilenos de veterinaria quienes en la subescala “temor” y en la escala total de la LSAS puntuaron más alto a diferencia de los estudiantes hombres de la facultad de letras de Francia. Se observa una tendencia a la significación estadística en la subescala “evitación” en la cual los jóvenes franceses tienen también puntuaciones más altas a diferencia de sus pares chilenos. Las mujeres chilenas y francesas de ambas facultades no muestran diferencias entre ellas. Las diferencias encontradas en el estudio no pueden ser generalizables debido a la muestra, sin embargo los autores creen que las diferencias encontradas están asociadas a que, en países suramericanos (colectivistas) se promueve el ser sociable y amistoso, lo cual impacta en la armonía del grupo, a diferencia de sociedades europeas (individualistas) donde las reglas sociales son más rígidas (95).

Como se puede observar hay estudios que muestran que la AS suele estar presente a nivel universitario; el ser estudiante universitario requiere la manifestación de habilidades personales y sociales, y la deficiencia en las mismas, puede hacer evidente diversos problemas, entre ellos la AS, la cual repercute en el desempeño de la vida académica, profesional y personal de universitario. Algunas investigaciones mencionan que la AS en esta población es un fenómeno multifactorial que depende de la interacción de diversas variables, entre ellas los estilos parentales. En el siguiente capítulo se abordará de forma detallada la variable estilos parentales y socialización.

2.2 Capítulo 2. Estilos parentales

2.2.1 Crianza

La crianza es definida como las conductas de los padres y madres orientadas hacia los hijos e hijas que acaban de nacer, donde la alimentación y el cuidado son primordiales hasta que el o la bebé puede valerse por sí mismo/a. De igual forma es definida como las actitudes y comportamientos de padres y madres hacia los hijos e hijas, en el cual se involucran hacia el desarrollo del niño o la niña, por medio de la experimentación de bienestar subjetivo, actitudes y expectativas sobre el desarrollo del infante (96).

Los padres y madres suelen ser la cabeza fundamental de la familia, la cual, socializa a los hijos e hijas por medio de patrones o estilos de crianza, y su estudio es el resultado de investigaciones realizadas a partir de la tercer y cuarta década del siglo XX (13, 97).

2.2.2 Socialización

La socialización es el proceso por el cual las personas aprenden los valores, las creencias y los patrones de conducta de su grupo social, así como, los cambios que resultan de la influencia del mismo. De igual manera, se puede definir como el proceso mediante el cual una persona es absorbida por la cultura, en otras palabras, se concibe como un proceso educativo donde un sujeto aprende valores, actitudes, normas y pautas que regulan su conducta que la sociedad considera como apropiadas (98).

El individuo puede socializarse a cualquier edad, incluso puede introducirse en nuevos grupos y se espera que adopte sus valores para convertirse en miembro, tales grupos pueden ser: la familia, la escuela, el campo laboral, entre otros. Los grupos antes mencionados suelen estar regidos por los adultos de una sociedad, los cuales inculcan en el individuo diferentes modos de pensamiento y comportamiento. Cuando las normas, valores, creencias y actitudes son introyectadas por el individuo, se pone de manifiesto la eficacia del proceso de socialización (99).

De igual manera, es por medio de la socialización que las personas aprenden los requisitos culturales y sociales que hacen de él o de ella un miembro de la sociedad, esta

asociación le brinda aprendizaje para someterse a las expectativas, tradiciones y sanciones culturales, llevándolo a identificarse con grupos de atracción definidos y a experimentar oposición hacia otros grupos con los que no se identifique. La socialización inicial se adquiere por medio del núcleo familiar, donde el sujeto interactúa con su padre, madre, hermanos y hermanas y otros familiares, sin embargo, a lo largo de toda su vida, el individuo experimentará la influencia de la sociedad (100).

2.2.3 Modelos teóricos: la familia como agente socializador

Bronfenbrenner menciona que el primer agente socializador es la familia, es ahí donde el individuo aprende los valores, creencias, actitudes normas y pautas sociales que corresponden a la cultura dominante (101). La familia puede ser considerada como un sistema social que sobrevive a través del tiempo. Baumrind (102) menciona que la socialización comienza cuando los niños y las niñas imitan y modelan los hábitos y valores congruentes a la cultura, que es explicado por medio de las interacciones en la familia.

Las interacciones familiares son las primeras en la vida de un individuo y son en gran medida un modelo de comportamiento social cuando la persona se relaciona fuera del hogar (101). La familia irradia el medio en el que está inmersa. La época, la cultura y el grupo social, influyen para que se adopten estándares que van a delimitar los estilos bajo los cuales, se regirán las relaciones familiares dentro y fuera del hogar (13).

El estudio de la familia ha evolucionado desde inicios de 1800, en aquellas épocas se miraba a la familia como una entidad frágil que tenía que ser cuidada para que la sociedad presentara menos problemas de estructura, sin embargo la visión de otros y otras profesionales, se encontraba orientada hacia la evolución de la familia, más como un ente adaptable con determinadas características. Cuando surge la teoría de sistemas, brinda una aproximación a lo que podía ser la explicación del funcionamiento familiar (103).

2.2.3.1 Modelo Circumplejo de Olson

El estudio de la familia desde el enfoque sistémico parte de los estudios de Olson y sus colaboradores (104) y de Beavers y sus colaboradores (105). Por un lado Olson menciona las características de la familia orientadas hacia tres dimensiones, que son

cohesión, flexibilidad y comunicación. La cohesión se define como la presencia de lazos emocionales entre los miembros de la familia, límites, coaliciones, tiempo, amigos, toma de decisiones y recreación; flexibilidad la cual se define como la habilidad de un sistema marital de cambiar su estructura de poder, roles y reglas o también definida como control, disciplina, estilos de negociación y reglas en las relaciones; y por último la comunicación, la cual es descrita como la dimensión que permite a las parejas o familias moverse en las dimensiones anteriores (103).

Existen cuatro tipos de cohesión, a continuación se explica cada uno: a) desacoplados (muy poco cohesionados); b) separados (baja o moderada cohesión); c) conectados (moderada a alta cohesión); d) enredados (alta cohesión). La teoría menciona que los puntos medios son aquellos en los que las familias pueden interactuar de una manera más óptima y por el contrario los extremos presentan problemáticas a lo largo del tiempo (106).

De igual manera la flexibilidad puede ser explicada por cuatro niveles: a) rígida (poca flexibilidad); b) estructurada (baja a moderada flexibilidad); flexible (moderada a alta flexibilidad); caótica (alta flexibilidad). Como en la cohesión los niveles medios presentan mejores niveles en la relación familiar y los extremos suelen presentar problemas a largo plazo. Por lo regular las familias medianamente flexibles suelen presentar estilos democráticos, donde existe negociación, y por el contrario padres y madres poco flexibles suelen ser autoritarios y los roles son fijos (padres e hijos) y en el extremo caótico no existen líderes definidos y las decisiones son impulsivas (106).

La comunicación en el modelo de Olson es vista como el mecanismo con el cual las familias expresan sus preferencias, necesidades y sentimientos, en otras palabras es la dimensión facilitadora en el modelo circumplejo (107). Dadas las características antes mencionadas, los autores describen 16 tipos de sistemas: caótica-desunida, caótica-separada, caótica-conectada, caótica-enredada, rígida-desunida, rígida-separada, rígida-conectada, rígida-enredada, estructurada-desunida, flexible-desunida, flexible-separada, flexible-conectada, flexible-enredada, estructurada-enredada, estructurada-conectada y estructurada-separada (103).

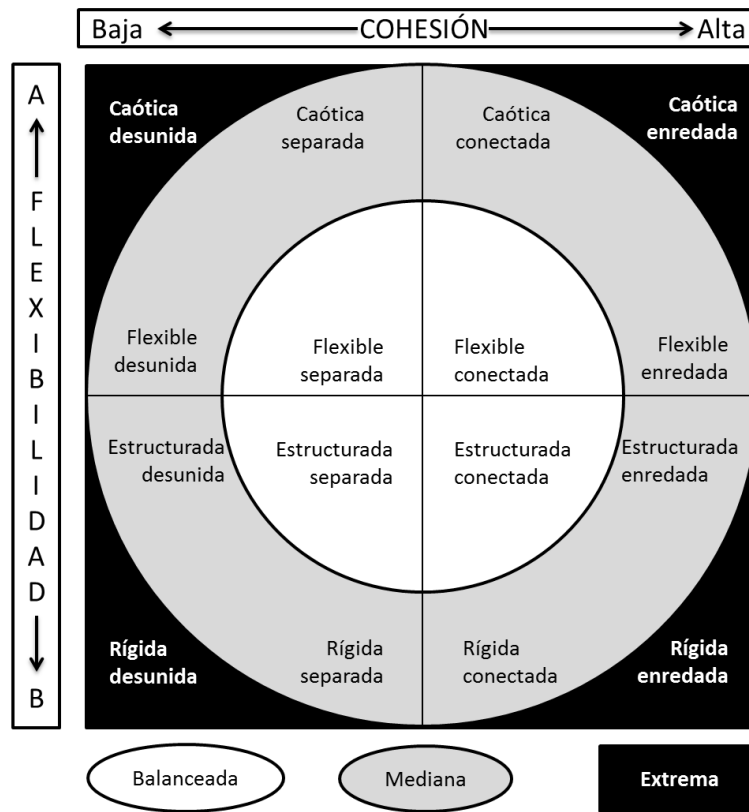


Figura 1. Modelo Circumplejo de Olson y colaboradores (1977).

2.2.3.2 Modelo trans-seccional de Beavers

Por otro lado el modelo de Beavers y colaboradores (1988) es un modelo trans-seccional. Por un lado evalúa la estructura, flexibilidad y competencia de una familia y el estilo familiar en otra. La dimensión de estructura puede explicar a la familia como un continuo negentrópico (a mayor negentropía, mayor adaptabilidad y flexibilidad y viceversa) lo cual le permite a la familia enfrentar de una manera más eficaz el estrés. La calidad estilística de la interacción familiar no es un continuo, miembros centrípetos, pueden ver las relaciones más satisfactorias desde dentro de la familia a diferencia de sus opuestos centrífugos que lo visualizan al contrario (103, 105), este modelo propone nueve tipos de familia, a continuación se describen brevemente cada una de las familias.

- a) Familias óptimas. El grupo uno compone este tipo de familia, en la cual se muestra un funcionamiento óptimo, los límites son claros y bien definidos, las personas envueltas en dicho grupo pueden expresar sus puntos de vista, las percepciones individuales son respetadas permitiendo la negociación y si existen problemas son solucionados de inmediato.
- b) Familia adecuada. En el grupo dos la familia ejerce más control sobre sus miembros y soluciona sus problemas por medio de la intimidación y fuerza directa. La familia tiene menos intimidad, menos alegría y presentan roles de sexo estereotipados, por lo regular las mujeres suelen experimentar depresión en estas familias.
- c) Familias de rango medio. Grupos tres, cuatro y cinco. El autor de este modelo menciona que estas familias presentan hijo e hijas funcionales pero vulnerables y ambos, padres e hijas/os son susceptibles de presentar algún problema psicológico a lo largo de su vida. Es común que este tipo de familias controlen, usando el poder y la disciplina sin negociación. Se invade el espacio personal por parte de otro miembro. Existe favoritismo por parte de los padres hacia algún hijo. Los padres suelen ser autoritarios y las expresiones de hostilidad no son permitidas.
- d) Familias limite. Grupo seis y siete. Estas familias presentan caos para ejercer el control. Los miembros presentan deficiencias en el manejo de emociones propias y de los demás. El caos es mayormente verbal, las personas explotan y verbalizan agresivamente y los hijos e hijas suelen aprender a manipular el inestable sistema parental.
- e) Familias severamente disfuncionales. Grupos ocho y nueve. Estas familias presentan pocas habilidades para solucionar problemas y poca adaptabilidad. El poder no está definido por nadie de la familia, lo cual lo hace caótico. Hijos e hijas presentan problemas emocionales. Las familias presentan un conflicto severo en cuanto a la independencia de los hijos e hijas y la familia insiste en permanecer unidos, a la par, demandan extrema lealtad a la familia. Hostilidad física y verbal y desprecian la vulnerabilidad, la ternura y la calidez humana.

Los modelos antes mencionados han sido la pauta para la evaluación del funcionamiento familiar y requieren de más evidencia empírica para llegar a conclusiones

generalizables, además de que el estilo parental es una variable de relación entre padres e hijos/hijas. A continuación se describen otras propuestas (104).

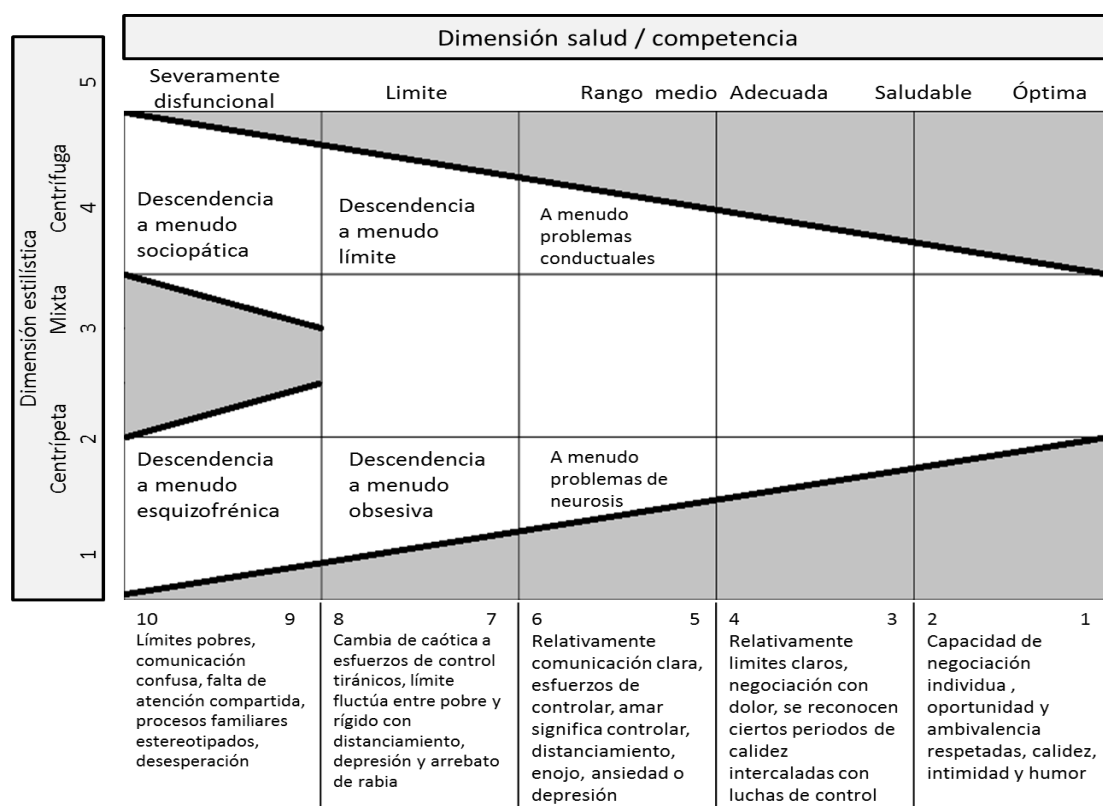


Figura 2. Modelo de Sistema del funcionamiento familiar de Beavers (105).

2.2.4 Enfoque ecológico

Urie Bronfenbrenner (101) menciona que la familia se ve afectada por estructuras externas y que a su vez, la familia ejerce esa influencia sobre los miembros de la misma.

- a) Microsistema: corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona que se desarrolla, experimenta en un entorno determinado en el que participa. Por ejemplo: la familia, los amigos y amigas, la escuela, el vecindario etc. ámbitos próximos al infante.

- b) Mesosistema: se refiere a las relaciones que la persona tiene con otros entornos, como por ejemplo, la persona y la familia o el ambiente escolar.
- c) Exosistema: son los entornos en los cuales la persona en desarrollo no está incluida, sin embargo le afecta lo que ocurra en esos entornos, por ejemplo, el trabajo de los padres, amigos y amigas de los padres etc. Es en este sistema donde por ejemplo el empleo de padre y madre afectan el estilo parental, Bronfenbrenner menciona que padres y madres que son empleados de gobierno (de EEUU) suelen ser más permisivos, suelen lidiar con el estrés de mejor manera y buscan en sus hijos e hijas el desarrollo de habilidades interpersonales a diferencia de padres y madres con empleos empresariales donde ambos suelen fomentar en sus hijos e hijas logros individuales por medio de tener un estilo parental más directivo (109).
- d) Macrosistema: son los marcos culturales o ideológicos que afectan los sistemas de menor orden, por ejemplo: la cultura, política, modelos económicos predominantes.
- e) Cronosistema: el tiempo en el cual los niños y las niñas se desarrollan el uso de la tecnología. Por ejemplo: vivir en la era tecnológica o haber vivido en un ambiente hostil, de guerra.
- f) Globosistema: condición ambiental, cómo el clima y los desastres ambientales afectan el desarrollo del niño o la niña.

El modelo de Bronrenbrenner menciona que la relación padre-madre e hijo-hija va más allá de la cuestión diádica, los diferentes sistemas que interactúan en las relaciones antes mencionadas suelen complementarse con la relación marital de padre y madre, relación con hermanos y hermanas, familiares, vecindario, identificación política, educativa, religiosa y económica en la cual la familia se encuentra inmersa (103).

2.2.5 Modelos de interacción familiar

Por otra parte autores como Nardone, Giannotti y Rocchi (110) postulan modelos de las diferentes formas de interacción familiar. Estos modelos se fundamentan en la condición de que el ambiente social del individuo desempeña un papel fundamental en la crianza y por tanto no existen estructuras fijas sino esquemas o modelos: modelo hiperprotector, modelo democrático-permisivo, modelo sacrificante, modelo delegante, modelo autoritario y modelo intermitente, que se explican a continuación:

- a) **Modelo hiperprotector:** Los padres son los encargados de hacerles la vida más fácil a los hijos, intentan eliminarles todas las dificultades, hasta realizar cosas en vez de ellos. Se intenta evitar la frustración del hijo a toda costa, hay altos grados de comunicación y afectividad, preocupación excesiva por los hijos, mientras que se emplea el rechazo y la culpa como medios de control.
- b) **Modelo democrático-permisivo:** Los padres son amigos del hijo e hija y no figuras de autoridad. Las cosas se hacen por consenso o convencimiento no por imposición. Se acuerdan reglas bajo el supuesto de que todos los miembros de la familia tienen los mismos derechos a través, por ejemplo, de una distribución equitativa de tareas. Comúnmente a los hijos se les exigen habilidades de comunicación y argumentación de adultos, el grado de control ejercido por los padres hacia los hijos es de un nivel medio y la afectividad en la familia es alta.
- c) **Modelo sacrificante:** La base de este modelo es el sacrificio y tiene como resultado la falta de satisfacción de los deseos personales y la condescendencia de las necesidades y deseos de los demás, ya sean padres o hijos. La comunicación gira en torno al sacrificio y el chantaje o manipulación por la incomprensión del sacrificio por parte de los demás miembros de la familia. Los padres llevan la carga más fuerte en las labores familiares de cualquier tipo y se busca la posterior compensación o recompensa por parte de los hijos.
- d) **Modelo delegante:** Las familias de este modelo aceptan los estilos de crianza y vida de sus familias de origen y delegan en los demás su papel de guía o autoridad. Padres e hijos pueden incluso no cohabitar y tener una relación de poca intimidad. Las relaciones son inestables: cuando están todos presentes, se hace inestable la diferencia entre hijos y nietos. Los abuelos pueden sentirse responsables y los padres tienden a estar poco presentes. Se valoran la experiencia, la sabiduría, y la ancianidad.
- e) **Modelo autoritario:** Los padres ejercen el poder totalmente. La familia está marcada por el sentido de disciplina. La comunicación se ve limitada o controlada por el mayor jerarquía (generalmente el padre), los errores de cualquier miembro pueden desatar un conflicto. No hay posibilidad de rebelión y la satisfacción de necesidades se logra a través del esfuerzo, el orden y la disciplina.

- f) Modelo intermitente: Los miembros de la familia no tienen un modelo definido y oscilan de un modelo a otro. Existe una ambivalencia constante, existe todo el tiempo una comunicación verbal y no verbal contradictoria. No hay reglas fijas y por tanto los miembros de la familia nunca saben si su comportamiento es correcto o incorrecto, apropiado o inapropiado y tienden a cambiarlo constantemente.

Estos modelos explican las interacciones entre la persona y su ambiente, en el caso de este estudio, los modelos a estudiar son aquellos en los que padres y madres socializan a los hijos e hijas por medio de un modelo unidireccional.

2.2.6 Etnopsicología de la familia mexicana

Díaz Guerrero propuso la teoría histórico-biopsicosociocultural del comportamiento humano, más adelante designada como la teoría del ecosistema humano y más recientemente etnopsicología (111-113).

Este autor afirma que la etnopsicología debe empezar aceptando que el desarrollo del hombre está sujeto a una muy compleja y variada estimulación. Crece e interactúa en un muy intrincado ecosistema. El ecosistema humano, más allá de las variables que los biólogos determinan para otras especies, incluye un poderoso ecosistema subjetivo, es decir, la forma como el individuo y los diversos grupos perciben su funcionamiento y el del ecosistema objetivo y variables antropológicas, sociales, estructurales y económicas objetivas, ambas se evidencian a través de una serie de normas socioculturales.

Díaz Guerrero y Peck (114) indican que estas normas socioculturales son una guía de comportamiento dentro de la familia, el grupo, la sociedad y las superestructuras institucionales. No obstante, la dirección de estas normas también afecta el desarrollo de la personalidad, las metas de vida, el estilo de afrontamiento, la percepción de la humanidad, la masculinidad, la feminidad, etc. (115).

González y Castellanos (116) afirman, por ejemplo, que la educación informal que se da a través de la familia permite integrar el singular guión de los papeles, donde se reproducen los códigos sociales, las expectativas, la comunicación, el afecto, el apoyo, el

control de la conducta, la distribución de tareas, las responsabilidades y los intereses de hombres y mujeres.

En cuanto a estructura, se debe enfatizar el hecho de que en la cultura mexicana existe una rígida disposición jerárquica, que adjudica respeto y poder a los de arriba, en especial padres y parientes. La internalización de estas premisas produce abnegación, rasgo cardinal de la cultura mexicana. A su vez derivada del poder y la obediencia, se produce una clara jerarquía vertical en la cultura, evidente en la forma de ejercer la autoridad en la familia (“un hijo debe siempre obedecer y respetar a sus padres”) (117).

De acuerdo con Díaz Guerrero (118) el patrón dominante de la familia mexicana se fundamenta en dos proposiciones principales: a) La supremacía del padre, y b) El necesario y absoluto sacrificio de la madre.

Estas proposiciones parecen derivar de orientaciones valorativas implicadas en la cultura mexicana, o de premisas generalizadas implícitas o presupuestos socioculturales generalizados que sostienen, la superioridad indudable, biológica y natural, del hombre sobre la mujer. El esposo debe trabajar y proveer. Nada sabe y nada quiere saber acerca de lo que suceda en su casa. Sólo demanda que todos lo obedezcan y que su autoridad sea indiscutible. Hacia sus hijos muestra afecto, pero antes que nada autoridad. A menudo sólo impone la autoridad de su estado de humor o antojo, está satisfecho con que los hijos obedezcan bajo cualquier circunstancia. La madre mexicana es profundamente afectuosa, tierna y sobreprotectora del infante. El infante es hondamente amado, acariciado y admirado durante los primeros años y luego con presión de intensidad siempre creciente, el infante y el niño o la niña deberán llegar a ser bien educado. Tanto el niño como la niña de la familia mexicana deben ser obedientes respecto a la familia. Deberán convertirse en los niños modelos que tendrán por fuerza que encajar en el sistema de obediencia absoluta de los padres (114).

Esta endoculturación familiar afecta incluso la manera de enfrentar los retos propios de la vida, tales como el estrés. Díaz Guerrero y Peck proponen que para el mexicano el aceptar, y aun aguantar el estrés pasivamente, no es sólo la mejor manera, sino la manera más virtuosa; por ejemplo: la abnegación en la madre, la obediencia en los hijos, las buenas

maneras, la cortesía, etc., podrían considerarse como virtudes socioculturales mexicanas o bien como formas aprobadas socialmente para defenderse del estrés de la vida, valorando la armonía, la protección, la cooperación, etc. pero disminuyendo el afrontamiento activo que permite la confrontación, el éxito individual y la competencia (114).

2.2.7 Enfoque unidireccional para la socialización

Los teóricos de la socialización se centraron en explicar las relaciones entre padres-madres e hijos-hijas que influyen en el desarrollo de social de la persona en forma de conductas de crianza y los estilos parentales. De esta manera los niños y las niñas son receptores del ambiente socializador que los padres y madres vierten sobre ellos y ellas y dentro de estos modelos se encuentran los trabajos de Diana Baumrind. Su propuesta menciona que los cuidadores juegan un papel fundamental en el desarrollo psicosocial del niño y la niña, inteligencia, carácter y competencias (102).

De igual manera menciona que el cuidador o la cuidadora de niño o la niña, muestra el proceso de socialización y los retos que implica la iniciación a las reglas sociales por medio de tres elementos fundamentales que son: escases, reciprocidad e indeterminación, los cuales serán brevemente descritos a continuación.

- a) Escases: los cuidadores enseñan al niño o la niña que no todas sus necesidades serán saciadas al instante que sean demandadas.
- b) Reciprocidad: todos los sistemas estables, incluida la familia requieren de gratificación mutua. Los niños y niñas cuando son crecen, son adultos y adultas que esperan recibir algo de valor al momento de las mismas características. Sin embargo este tipo de intercambios no son recíprocos, son más de tipo complementario. Por ejemplo padres y madres autoritarios ven a las hijas e hijos con pocos derechos pero con altas exigencias en el cumplimiento de responsabilidades. Padres y madres democráticos buscan balancear el cumplimiento y los derechos, en un ambiente más de reciprocidad.
- c) Indeterminación: los niños y las niñas suelen darse cuenta de que el sistema social suele ser injusto, ellos y ellas deberán desarrollar resiliencia, flexibilidad,

indeterminación y cambio, así como la capacidad para intercambiar roles para aceptar y superar la imperfección humana.

2.2.7.1 Definición de los Estilos parentales o de crianza

Los estilos parentales de crianza o también llamados estilos educativos paternos (de aquí en adelante sólo llamados estilos parentales) constituyen uno de los elementos claves de la socialización familiar. Dichos estilos han sido definidos como esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas parentales a unas pocas dimensiones que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar (119). En la revisión del estado del arte, uno de los modelos más elaborados es el de Diana Baumrind (120-122) y sus trabajos clásicos de los años 1967 y 1971, en el que se tiene en cuenta la interrelación de variables paternas básicas como son control, comunicación, exigencias de madurez e implicación afectiva.

2.2.7.2 Estilo Parental de crianza o modelo unidireccional de crianza

Los estilos parentales de crianza son conceptuados por Darling y Steimberg (97, 123) como “toda la constelación de actitudes de los padres, que se traducen en prácticas específicas que influyen en el comportamiento de los hijos”.

Baumrind (121, 122) realizó una sucesión de investigaciones en las que demostró la existencia de una serie de patrones básicos en cuanto a los estilos parentales de crianza que muestran los padres respecto a sus hijos. Estos patrones difieren en cuatro dimensiones:

- a) Grado de control: Hace referencia al grado de control que los padres ejercen sobre sus hijos con la finalidad de influir sobre su comportamiento, a través de estrategias como el castigo físico, la amenaza, la privación, el retiro de afecto, las demostraciones de enfado, decepción o desaprobación. Finalmente los padres ejercen control sobre hijos a través de la inducción, en dónde se les obliga al niño a reflexionar acerca de su acción, haciéndole ver las consecuencias de esta.
- b) Comunicación padre-hijo: Hace referencia al grado de transmisión de mensajes entre padre e hijo, puede hacerse en dos niveles alto y bajo. El nivel alto incluye al hijo y le permite expresarse, el nivel bajo impide la expresión de los hijos.

- c) Exigencias de madurez: Hace referencia a las exigencias de los padres hacia los hijos. Los padres que exigen altos niveles de madurez a sus hijos son aquellos que ejercen presión y fomentan el crecimiento y la autonomía. Los padres que exigen poca madurez no plantean retos y subestiman las competencias de sus hijos.
- d) Afecto en la relación o implicación afectiva: Hace referencia a las conductas de aceptación y estimación por los hijos. Aquellos padres altos en afecto, expresan interés y afecto de manera explícita están interesados en las necesidades del niño, de sus emociones o preocupaciones. Los bajos en afecto, rara vez expresan interés o preocupación por las necesidades emocionales de sus hijos.

La identificación de estas dimensiones y las diferencias que existen dentro de las mismas permitieron considerar la existencia de diferentes estilos parentales. Autores como Baumrind (121, 122), Maccoby y Martin (124) posteriormente los complementaron dando como resultado cuatro estilos parentales: 1) autoritario, 2) autoritativo (democrático), 3) permisivo (indulgente) y 4) negligente mismos que se describen a continuación:

- a) Estilo autoritario: Padres sumamente estrictos e intransigentes que exigen obediencia absoluta. Imponen reglas que deben ser practicadas sin objeción. Valoran el control y la obediencia, tienen alto grado de control, con altos niveles de exigencia de madurez, poca afectividad y poca comunicación con los hijos.
- b) Estilo democrático: Padres que delimitan reglas dentro del hogar y las transmiten a sus hijos. Atienden a las necesidades de sus hijos sin romper las reglas y teniendo alta comunicación con sus hijos. Tienen alto grado de comunicación padre-hijo y afectividad en la relación, bajos en exigencias de madurez y moderado nivel de control empleando la negociación y el castigo limitado y juicioso.
- c) Estilo permisivo: Padres tolerantes al extremo que autorizan todo a sus hijos, acuden a la menor demanda de atención, se oponen a impartir castigos o restricciones. Valoran la individualidad del hijo y las reglas dentro de la familia. Valoran la autoexpresión y autorregulación. Tienen bajos niveles de control respecto a las normas y baja exigencia de madurez a sus hijos, pero se muestran altos en comunicación padre-hijo y afectividad.
- d) Estilo negligente: Padres tolerantes en extremo que no atienden las demandas de sus hijos y se muestran indiferentes a la interacción. Se concentran primordialmente en

sus propias necesidades más que en las del niño. Son bajos en control, exigencias de madurez pero también en afecto y comunicación con sus hijos.

Baumrind (120-122) condujo uno de los estudios longitudinales más complejos para examinar el efecto de los estilos parentales sobre el desarrollo de niños de tres a quince años. Los resultados observados fueron consistentes con su teoría y trabajos previos. Encontró que el buen ajuste de los niños se asoció con padres que usan una disciplina consistente y firme, pero a la vez son solidarios y afectuosos (autoritativos). Los adolescentes que reportaron que sus padres eran tolerantes y abiertos, reportaron elevado consumo de drogas y alcohol a diferencia de los anteriores. Los adolescentes de hogares permisivos (padres solidarios y laxos) eran menos competentes y autorregulados que los adolescentes de hogares autoritativos.

Los resultados de las investigaciones de Baumrind (125) han sido corroborados por una serie de estudios que se han ocupado de demostrar la utilidad teórica, los cuales han aportado evidencia sobre el estilo parental autoritativo el cual está asociado a con niños con un buen desempeño escolar, pocos problemas de conducta y son prosociales, a diferencia de los niños con padres negligentes o no solidarios los cuales obtenían un peor desempeño (126).

2.2.8 Medición de los estilos parentales unidireccionales

Muchas han sido las formas de medir los estilos de crianza y las prácticas parentales desde la década de los noventas, se han desarrollado desde técnicas observacionales, de auto reporte sólo de los padres, de auto reporte sólo de los hijos, escalas para aplicar a la diada padres/hijos o viñetas.

En los últimos 15 años incluso se han desarrollado escalas o cuestionarios centrados en evaluar la percepción del estilo parental o de crianza por parte de los padres. A continuación se presenta un cuadro comparativo, con los nombres de las escalas desarrolladas para evaluar estilos de crianza o estilos parentales, así como los autores, el año en que se desarrollaron y las dimensiones que evalúa cada una de ellas.

Tabla 2

Informes más utilizados para la evaluación de los estilos parentales

Escala	Autores	Evalúa	Año	Dimensiones y Alpha	Población
Escala de Estilos de Crianza	Steinberg y cols. (127)	Percepción de padres, madres hijas e hijos sobre la crianza de padre y madre	1991	Compromiso, Autonomía psicológica Control conductual $\alpha = .90$	Padre, madre y adolescentes
Parental Authority Questionnaire.	Buri (128)	Percepción de hijos e hijas sobre la crianza de padres y madres	1991	Autoritario Democrático Permisivo $\alpha = .90$	Adolescentes
Parent-Child Relationship Inventory	Gerald (129)	Percepción de padres, madres hijas e hijos sobre la crianza de padre y madre	1994	Control y apoyo Satisfacción de crianza Compromiso Comunicación Disciplina Autonomía Distribución de rol y deseabilidad $\alpha = .82$	Padres, madres, hijos e hijas
Parenting styles and dimensions questionnaire	Robinson y cols. (130)	Percepción de padres, madres sobre la crianza empleada hacia sus hijos e hijas	1995	Autoritario Democrático Permisivo $\alpha = .91$	Padres y madres
Inventario de Estilos Parentales	Young (131)	Percepción sobre el clima familiar que padres y madres generaron en la infancia de la persona	2003	Abandono Abuso Imperfección Fracaso Subyugación Altos Estándares Impulsivo Apego Inhibición Emocional Necesidad de aprobación Vulnerabilidad al daño Privación emocional. $\alpha = .87$	Adultos
Parents and Children's: The Zurich Brief Questionnaire for the Assessment of Parental Behaviors	Reitzle y cols. (132)	Percepción del adolescente sobre el estilo parental de padre y madre	2001	Parental control and demand Parental psychological pressure Parental warmth	Adolescentes

				and support padres $\alpha = .85$ madres $\alpha = .64$	
Escala de Estilos de Socialización en la Adolescencia	Musitu y García (133)	Percepción del adolescente sobre el estilo parental de padre y madre	2004	Autorizativo Indulgente Autoritario Negligente Aceptación padres $\alpha = .94$ Aceptación madres $\alpha = .95$ Coerción padres $\alpha = .92$ Coerción madres $\alpha = .92$	Adolescentes
Child's Report of Parent Behavior Inventory	Schaefer y cols. (134)	Percepción de niño/a sobre el estilo parental de padre y madre	2006	Permisividad Autonomía y Amor Amor y Control Intrusividad Control y Hostilidad Hostilidad Hostilidad y Negligencia $\alpha = .94$	Niños/as y adolescentes
Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental	Aguilar y cols. (135)	Percepción del adulto joven sobre la percepción de la crianza de sus padres	2007	Autorizativo Permisivo Autoritario Negligente $\alpha = .64$	Adultos jóvenes
Escala de Prácticas Parentales	Andrade y Betancourt (136)	Percepción del adolescente sobre el estilo parental de padre y madre	2008	Comunicación Autonomía Imposición Control psicológico Control conductual $\alpha = .80 - .94$	Adolescentes
Pautas o estrategias educativas paternas	Torío López y cols. (137)	Percepción del propio estilo parental de padres y madres	2008	Autoritario Democrático Permisivo $\alpha = .69 - .67$	Padres y madres
Escala de percepción de crianza para jóvenes	Rodríguez Aguilar y cols. (138)	Percepción del adulto joven sobre la percepción de la crianza de sus padres	2011	Interés en las actividades del hijo Apoyo hacia el hijo Orientación a los hijos $\alpha = .91$	Estudiantes universitarios
Cuestionario de prácticas parentales en formatos para padres e	González y Landero (139)	Percepción del estudiante joven, padres y madres	2012	Autoritario Autoritativo $\alpha = .88 - .93$	Estudiantes jóvenes

hijos		sobre el estilo parental			
The parenting styles vignettes questionnaire	Barnhart y cols. (14)	Percepción del adulto joven sobre la percepción de la crianza de sus padres	2013	Autoritario Democrático Permisivo $\alpha = .69 - .83$	Estudiantes universitarios

De los instrumentos antes mencionados destaca el realizado por González y Landero (140) debido a que evalúa la percepción de estilo parental en jóvenes estudiantes, en su estudio de validación mostró alphas aceptables, y de igual manera, durante su análisis factorial mostró comportamientos psicométricos adecuados.

2.2.9 Percepción del Estilo Parental entre padres, madres e hijos e hijas

Los estilos parentales han sido estudiados desde la percepción que padres y madres tienen de sí mismos sobre el estilo parental de crianza (como los estudios antes mencionados). Sin embargo algunas investigaciones, en su metodología han desarrollado instrumentos que evalúan la percepción de los estilos parentales de hijos e hijas (141, 142), adolescentes (143, 144) y adultos jóvenes universitarios y universitarias (145).

Bersabé, Fuentes y Motrico (146) detectaron una baja concordancia entre la información aportada por los padres y sus hijos, lo que sugiere la necesidad de evaluar los estilos educativos parentales desde ambas perspectivas. Más aún, Buri (128) y Smetana (147) señalan que la percepción de los adolescentes acerca del estilo de crianza de sus padres, puede ser un importante predictor de sus respuestas conductuales, más que los reportes de los padres.

Por su parte, Wolfradta, Hempelb y Miles (148) encontraron que la percepción de presión parental correlaciona de manera positiva con los rasgos de despersonalización y ansiedad en los adolescentes.

González y Landero (140) en un estudio realizado en Monterrey, Nuevo León, México con 73 pares de padres y adolescentes de las mismas familias encontraron que los estilos parentales reportados por padres e hijos no coinciden totalmente, especialmente en el estilo autoritativo o democrático donde los padres se consideran más democráticos de lo

que los consideran sus hijos. Estos autores plantean que las respuestas de los padres están basadas en el conocimiento que éstos tienen sobre el comportamiento de sus hijos y pueden estar sesgadas a veces por la deseabilidad social. En el caso de los adolescentes, son ellos mismos quienes proporcionan la información sobre los estilos de sus padres y de acuerdo con González, Cauce y Mason (149) esta percepción suele mostrar menos sesgos y resultar más objetiva.

2.2.10 Percepción de Estilos Parentales en Adultos jóvenes

En México, diversos investigadores como Díaz-Loving, Andrade y Palacios han encontrado asociación entre Prácticas Parentales y conductas de riesgo en adolescentes, (150-152). Los autores encontraron que las prácticas negativas de control psicológico e imposición de ambos padres se asocia con sintomatología depresiva (136) y con problemas emocionales y de conducta (153).

Por su parte Aguilar y cols. (126) investigaron el impacto de los estilos parentales sobre el desarrollo psicosocial, al ajuste personal, escolar y social en la adolescencia y en estudiantes de recién ingreso a la universidad donde evaluaron: la autoconfianza, la competencia académica y la satisfacción de vida; en sus resultados reportaron una asociación significativa y positiva entre estos constructos y los estilos autoritativos, además de una relación negativa con los estilos autoritario y negligente. De igual forma Aguilar y cols. (154) descubrieron que los estilos democrático o autorizativo y permisivo se asocian a mejores niveles de desempeño, en las variables de competencia académica y autoconfianza, mientras que el estilo negligente se asocia a niveles más bajos en las mismas variables.

Alloy y cols. (155) mencionan que los estilos cognitivos inapropiados que promueven la vulnerabilidad a la depresión se relacionan con un modelo de estilos cognitivos negativo de los padres; con un aprendizaje directo de estos estilos, sustentados en la retroalimentación de los padres sobre las causas y consecuencias de eventos negativos en la vida del niño; y el aprendizaje indirecto de los estilos negativos basados en prácticas parentales negativas. Reportan los autores, que el estatus de vulnerabilidad cognitiva se relaciona con los estilos de crianza con estilos cognitivos negativos, incrementan la

vulnerabilidad a la depresión cuando las personas se encuentran con eventos negativos en su vida adulta.

Una investigación del Reino Unido con 356 estudiantes de universidad, indicó que existen correlaciones fuertes positivas entre la calidez de la madre en la infancia y la autoestima en el estudiante universitario y por el contrario la sobreprotección de padre y madre correlacionó fuertemente de forma negativa con autoestima y la percepción de valor por parte de los y las estudiantes (156).

2.2.11 Estilos parentales y ansiedad social

Driscoll, Russell y Crockett en 2008 (157) descubrieron que altos niveles de calidez parental y apoyo se asocian con una alta autoestima y bajos niveles de ansiedad y depresión. De igual forma algunas teorías del desarrollo de la ansiedad sugieren que la aceptación de los padres, el control, y el modelamiento de comportamientos de ansiedad están asociados con manifestaciones de ansiedad de los niños (158).

Autores como Kimmel y Weiner (159) y Rice (160) mencionan que la adolescencia es un momento en el cual, los y las adolescentes desarrollan sus características de personalidad y también es un momento donde las condiciones ambientales y personales determinan su comportamiento. Sobre este rubro autores como Gómez, Posada y Ramírez (161) mencionan que uno de los factores negativos de un inadecuado estilo de crianza es el desarrollo de ansiedad; de hecho, la percepción de los adolescentes sobre la presencia de ciertas psicopatologías y de determinados estilos de crianza de los padres y las madres se ha asociado a la aparición de la ansiedad social.

Por su parte, Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa (162) encontraron seis prácticas de crianza que pueden influir en la aparición de ansiedad en adolescentes:

- a) Carencia o escasez de muestras de afecto entre los padres.
- b) El que los padres peleen en presencia de los hijos
- c) Que en las confrontaciones paternales los padres discutan a gritos
- d) Que las discusiones acaben en violencia física
- e) Que uno o ambos padres amenacen con divorciarse

- f) Que el estilo de interacción del padre/madre con el hijo/a se haya caracterizado por dar a éste órdenes en tono duro u ofensivo

Desde los estudios clásicos hasta la fecha, los individuos con altos índices de ansiedad informan que sus padres son sobreprotectores, carentes de afecto e incapaces de proporcionar apoyo emocional (16-19). De igual manera Sierra, Zubeidat y Parra (20) mencionan que entre los factores de vulnerabilidad a la ansiedad social se encuentran los estilos de crianza relacionados con la sobreprotección excesiva, el control y la intromisión. Plantean también que otro aspecto relevante de los estilos de crianza que puede influir en la aparición de ansiedad social es la concesión de pocas oportunidades de exposición de práctica en los encuentros sociales por parte de los padres.

A partir del análisis de varios estudios Rapee (21) llegó a la conclusión de que la sobreprotección juega un rol importante en la aparición y mantenimiento de la ansiedad general y social. En otros análisis realizados por el Rapee y Melville (22) para la creación de un modelo cognitivo conductual de la ansiedad en la ansiedad social, el rechazo y la sobreprotección de los padres fueron predictores importantes de AS.

Otro estudio realizado por Knappee y colaboradores (163) en una muestra de 1053 adolescentes usando regresión logística, concluyeron que un estilo parental de sobreprotección por parte de padre y madre es un predictor de AS y otros trastornos de ansiedad.

Como se observa los estilos parentales de crianza y la AS suelen tener una asociación fuerte, ya sea en el surgimiento y mantenimiento de la misma, sin embargo una vez que las y los jóvenes crecen y comienzan a enfrentar la vida académica, alejados de los padres, los estilos de afrontamiento personal al estrés emergen para solucionar dichas problemáticas en ese nivel escolar. En el siguiente capítulo se explica la variable afrontamiento al estrés de forma más detallada.

2.3 Capítulo 3. Estilo de afrontamiento al estrés

2.3.1 Antecedentes

El estrés puede tener diferentes significados entre las personas, por ejemplo, puede significar presión o tensión generada por sucesos externos o también, una desagradable respuesta física o mental. Sin embargo las propuestas actuales mencionan que el estrés forma parte de un fenómeno compuesto por elementos específicos como: el ambiente o estresor, la respuesta con malestar ante el estresor y cambios, cognitivos, fisiológicos, biológicos y conductuales (164).

El estrés puede ser entendido como la interacción y los procesos entre de la persona y su entorno (165). Lazarus y sus colegas mencionan que el estudio del estrés puede girar en torno a tres posturas importantes las cuales se describen brevemente a continuación:

- a) Estrés como estímulo estresante: puede ser interno (hambre, sueño, excitación sexual) o externo (ambiente). Pueden ser definidos por su duración como agudos (límite de tiempo, cirugía, hospitalización); intermitentes crónicos (problemas cotidianos; crónicos (padecimientos crónicos, marginación social prolongada); estresores secuenciales (pérdida del trabajo o una pérdida significativa).
- b) Estrés como respuestas: mayormente identificadas las físicas durante un evento estresante (aceleración del ritmo cardíaco, presión elevada, tensión muscular, etc.)
- c) Estrés como una relación: esta propuesta ha sido resultado del estudio del estrés como un fenómeno psicosocial en la cual se observa a dicho fenómeno como la relación particular entre la persona y el ambiente que es evaluado como agotante o excedente de sus recursos poniendo en riesgo su bienestar (165).

A continuación se describen brevemente cada una de las propuestas antes mencionadas.

2.3.1.1 Estrés como respuesta fisiológica

Uno de los modelos que abordan el estrés desde esta perspectiva, es la propuesta de Cannon (166), quien en 1932 desarrolla el modelo de estrés como lucha o huida. Cuando el individuo se enfrenta a una situación estresante se desarrolla una respuesta de excitación

fisiológica, la cual es responsable de que la persona logre escapar o que luche por su vida. En este modelo el estrés es definido como una respuesta con una predominancia hacia los cambios fisiológicos que permiten al individuo su adaptación al medio.

Otro modelo es el propuesto por Selye (167) descrito como el Síndrome General de Adaptación o estrés sistémico (168). Este modelo propone tres etapas en el individuo al momento de experimentar estrés que son: a) alarma: incremento en la actividad fisiológica al momento de estar expuesto a una situación; b) resistencia: la fase en la cual el individuo afronta el estresor tomando en cuenta sus experiencias previas, salud y otros factores, de permanecer en esta etapa sin solucionar, el sujeto pasa a la siguiente etapa; c) agotamiento: se alcanza cuando el individuo es incapaz de mostrar resistencia una vez más al evento estresante y enferma o en algunos casos muere (169).

Estos modelos proponen que todos los sucesos estresantes generan en el cuerpo una activación que se asocia con patologías en el sistema cardiaco, inmunológico y psicológico. De igual manera indican que los estresantes pueden ser infinitos y existe una diferenciación en cuanto a qué es estresante y qué no lo es para los sujetos, este modelo trata de identificar la respuesta característica al estrés que ocurre sin importar cuál sea su naturaleza. Modelos que hacen énfasis en los mecanismos de vinculación entre el estrés y las enfermedades físicas como las cardiopatías y las infecciones virales (170).

Una de las principales críticas que presentan los modelos antes mencionados fue elaborada por Mason (171) quien afirmó que la reacción del cuerpo ante distintos estresores no puede ser la misma o no puede ser aplicada para todos los seres que experimentan estrés. Otra crítica es generada por Ogden (164) ya que menciona que el modelo presenta una tendencia automática de estímulo-respuesta, y que pasa por alto la variabilidad individual y el factor psicológico el cual parece ser el mismo y es aplicado a todas las personas al momento de estar sometidos a estrés.

2.3.1.2 Estrés como estímulo

Los modelos que explican el estrés enfocados en el estímulo parten del enfoque de la ingeniería de la elasticidad, donde el estrés es una fuerza que es aplicada a un objeto o una estructura ejerciendo tensión, dicha fuerza puede generar daños cuando se excede el

límite elástico. Los teóricos proponen que el ser humano puede resistir cierta cantidad de presión al estrés pero una vez rebasado cierto nivel la persona tiende a enfermar. Los científicos interesados en este tipo de estrés han creado pruebas encaminadas en la evaluación del impacto del proceso en cuestión y la generación de ciertas enfermedades, además de la creación de estrategias para reducir el nivel de estrés que son producidos en el entorno físico y laboral del sujeto (170).

Holmes y Rahe (172) desarrollan un instrumento cuya función es conocer las situaciones más estresantes de orden cotidiano por las que atraviesa una persona. Lograron identificar 43 sucesos que son percibidos como estresantes y crearon la escala de estimación de reajuste social (SRRS). Estos autores logran definir al estrés como un estímulo o acontecimiento que altera el equilibrio homeostático de la persona bajo situaciones estresantes. Estos autores concluyen que todos los sucesos vitales son estresantes y generan estrés psicológico el cual es un factor importante en la aparición de trastornos y enfermedades. Estos sucesos requieren de un reajuste o un determinado cambio en la conducta de la persona (173).

Casals (174) identifica que los estresores se pueden clasificar en: físicos, psicológicos y sociales. Los físicos pueden ser: actividades corporales en los que el organismo debe poseer mayor energía para sostener el esfuerzo que exige la situación. Condicionamientos físicos que obligan a tener una reacción de estrés como el calor, frío estímulos ópticos etc. Y procesos corporales que generan estrés como las bacterias, virus, sustancias tóxicas en el organismo o sensaciones de dolor que le exigen al cuerpo una reacción general de acomodación (24).

Los estresores psicológicos surgen de la activación generada por emociones como la frustración, ira, celos, miedo etc. O sociales que a su vez surgen de la interacción con las personas (174).

Los estresores de tipo biológico son considerados como estresores que generan cambios bioquímicos o eléctricos en el organismo y finalmente los estresores psicosociales que se caracterizan por la valoración que cada persona le adjudica a la situación estresante (175).

Una crítica a este modelo de los eventos vitales es precisamente el hecho de que cada individuo presenta una lista individual sobre eventos estresantes por ejemplo, lo que para una persona, el divorcio puede considerarse sumamente estresante, para otra persona puede resultar una situación que le genera alivio. Según esta crítica al modelo se deben de considerar, la deseabilidad del evento, el control sobre el evento y el grado de ajuste requerido después del evento (176).

Así mismo el tiempo en que ocurrieron los eventos, por ejemplo una persona que desarrolla cáncer, dependiendo del tiempo de diagnóstico impactará en la percepción del mismo. La interacción entre eventos es otra variable que no es considerada en la lista de eventos estresantes. Finalmente la crítica a, si el estresor es corto o es crónico como por ejemplo: enfermedades, estresores del vecindario, estresores financieros así como de trabajo, estresores relacionados con los hijos y con los amigos que implican estar bajo estrés constantemente (164).

A continuación se explica el modelo que incorpora la variable psicológica al modelo del estrés, el modelo de la evaluación ante el estrés o el modelo transaccional de Lazarus y Folkman.

2.3.1.3 Modelo transaccional del estrés: el papel del afrontamiento

Un aporte sobre lo que es el afrontamiento la brinda White, quien menciona que, este fenómeno puede ser entendido como la adaptación ante situaciones relativamente difíciles, se trata de un proceso en el cual el individuo realiza maniobras ante situaciones inusuales (177).

Uno de los más renombrados autores sobre afrontamiento es Richard Lazarus (24, 178-185). Lazarus parte de la idea de que ante una situación estresante el individuo realiza una evaluación psicológica entre el medio externo y su medio interno (164). Para este autor el afrontamiento presenta componentes cognitivos y conductuales los cuales generan acciones específicas para modificar aspectos problemáticos del ambiente (186).

De la misma forma Moos (187, 188) menciona que el afrontamiento al estrés es un factor estabilizador que ayuda a los individuos a mantener su adaptación psicosocial

durante periodos de estrés. Abarca esfuerzos cognitivos y conductuales para eliminar o reducir situaciones estresantes y malestar emocional. También Snyder y Dinoff lo definen como una respuesta encargada de disminuir la carga emotiva, física y psicológica asociada a situaciones estresantes de la vida diaria (165).

El modelo de la evaluación psicológica comprende los siguientes puntos:

- a) Los estilos de afrontamiento difieren de mecanismos de respuesta automatizados asociados a la ansiedad. Mientras los primeros buscan la seguridad donde el individuo se encuentre fuera de peligro, el afrontamiento es un proceso más flexible, integrador, que toma en cuenta el ambiente, las demandas externas y los recursos disponibles.
- b) El afrontamiento es visto como un rasgo global de personalidad que permea todas las situaciones, pero de hecho las conductas de afrontamiento suelen estar influidas por factores situacionales tales como la naturaleza, duración e intensidad de las crisis, eventos estresantes.
- c) Los estilos de afrontamiento abarcan una amplia gama de estrategias tanto cognitivas, emotivas y conductuales dirigidas hacia los factores externos estresantes como a las demandas internas.
- d) Los estilos de afrontamiento son moderadores al momento de hacer frente a una situación que es evaluada como estresante, ya que, moderan la respuesta entre las condiciones internas (crisis, pérdidas, esquemas cognitivos) y la respuesta a ellos, para buscar soluciones como el decremento de la actividad psicológica asociada a los esquemas, disminuir el malestar psicosocial, eliminar el dolor, incrementar la habilidad de solucionar futuros problemas, y restaurar el balance psicológico.

En el modelo transaccional del estrés los teóricos señalan que la aparición de este, depende de la percepción que el individuo tiene sobre un suceso estresante y las habilidades que tiene para superar dichas exigencias. Este modelo brinda un panorama más completo a diferencia del modelo de estímulo y respuesta, ya que toma en cuenta la percepción sobre el suceso el cual, depende de la persona y no solo de, si ocurre o no una situación que resulte en estrés (180).

Lazarus argumenta que en el proceso del estrés existe un componente psicológico el cual se presenta en forma de una evaluación entre el individuo y su mundo externo. La respuesta de estrés se genera si la persona aprecia un evento potencialmente estresante y lo evalúa como estresante. El modelo de evaluación psicológica de Lazarus, describe a las personas como seres humanos pensantes que realizan evaluaciones ante las situaciones del mundo externo, estas personas no sólo responden pasivamente o en automático a estas situaciones, sino que las enfrentan (189, 190).

Lazarus (180) describe dos evaluaciones que realiza la persona: la evaluación primaria y la evaluación secundaria. De acuerdo con éste autor la primera comienza con el evento en sí, lo que llama evaluación primaria. Señala también que existen 4 tipos de evaluaciones dentro de esta primera evaluación los cuales son: 1) irrelevante, 2) benigno y positivo, 3) dañino y amenazante, 4) dañinos y desafiantes.

En la segunda evaluación Lazarus menciona que se evalúan los pros y los contras de las diferentes estrategias de afrontamiento. Lo que en otras palabras significa que dentro de la evaluación primaria se involucra la evaluación del mundo exterior y en la segunda se involucra una evaluación de sí mismos ante la situación desafiante. Según el modelo de Lazarus la respuesta de estrés puede tomar diferentes formas como: 1) acción directa, 2) búsqueda de información, 3) no hacer algo, 4) desarrollo de alguna estrategia enfocada a la relajación o como mecanismo de defensa. El modelo de Lazarus implica una relación directa entre hombre y medio ambiente, donde el hombre no permanece pasivo ante los eventos del mundo exterior sino interactúa con él (191).

La evaluación primaria y secundaria difieren una de otra en la medida de que la primera evalúa las consecuencias que conlleva la situación: ¿perjudica o beneficia y de qué forma lo hace?, si la situación se evalúa como benigna o irrelevante no se genera estrés, mas sin embargo si se evalúa como daño o pérdida, amenaza o reto, el estímulo o situación desencadena una respuesta emotiva y física. La evaluación secundaria está orientada hacia los recursos que pueden ser empleados para manejar el estímulo que fue evaluado como estresante, ¿qué es lo que puede hacerse? (176, 192).

Lazarus y Folkman (24) proponen que estas dos evaluaciones se complementan para determinar el grado de estrés ante un determinado estímulo, permitiéndole al individuo reevaluar la situación con base en la entrada de información nueva, así los eventos deben considerarse sobre la base del significado para la persona y si se cuenta con los recursos para hacerle frente a tal situación.

Lazarus y Cohen (191) agrupan las situaciones estresantes en tres grandes grupos: 1) cambios mayores (como sucesos fuera de lo común relacionados a cataclismos que afectan a una gran cantidad de personas), 2) cambios mayores que afectan sólo a algunas personas (la muerte de algún familiar, o el diagnóstico de una enfermedad grave), 3) los conflictos con los que se interactúa cotidianamente.

Algunos teóricos afirman que los conflictos con los que se interactúa cotidianamente suelen ser lo más importantes en el proceso de adaptación y mantenimiento de la salud (193).

Lazarus (180, 181) propone que un evento debe de ser evaluado como estresante antes de que la respuesta estresante se genere. Hasta este punto se podría concluir que la naturaleza de los eventos estresantes es irrelevante, ya que todo recae sobre la percepción del individuo, sin embargo, diferentes estudios han descubierto que algunos tipos de eventos tienen más posibilidades de generar una respuesta de estrés que otros, por ejemplo, una persona evalúa las situaciones familiares estresantes y otra puede evaluar las situaciones orientadas al trabajo como más estresantes (176).

Otro factor sería la sobrecarga de trabajo, donde la persona con sobrecarga debe de hacer múltiples evaluaciones a múltiples eventos que le ocurren al mismo tiempo. Otras situaciones son las llamadas situaciones ambiguas donde la persona no tiene claro control sobre la situación que está ocurriendo o que va a ocurrir y finalmente los eventos incontrolables a los que se somete la persona ya que por sus cualidades esos eventos resultan poco predecibles (164).

2.3.2 Funciones del afrontamiento

Mechanic (194) da a conocer tres funciones del afrontamiento como 1) hacerle frente a demandas de tipo social, 2) generar motivación suficiente para lidiar con las demandas, 3) mantener un estado de equilibrio psicológico adecuado para concentrar y hacer buen uso de los recursos y la energía hacia el estresor.

Las funciones del afrontamiento están relacionadas con la toma de decisiones, específicamente con la búsqueda y la evaluación de la información. Así mismo están relacionadas con asegurar la información correcta sobre el ambiente, el mantenimiento de condiciones internas propicias para llevar a cabo acciones o procesar adecuadamente la información y mantener el control y la autonomía de los movimientos (177, 195).

Cohen y Lazarus (191) proponen que las funciones del afrontamiento están encaminadas a: a) reducir las condiciones estresantes del ambiente, b) ajustar o tolerar los eventos negativos, c) mantener una autoimagen positiva, d) mantener un equilibrio emocional, e) mantener buenas relaciones con los otros.

Lazarus y Folkman crearon una clasificación en la que las funciones del afrontamiento podían integrarse en dos grandes grupos: el afrontamiento centrado en la emoción y el afrontamiento centrado en la problemática (196).

2.3.3 Tipos de afrontamiento al estrés

2.3.3.1 Afrontamiento focalizado en la emoción

El afrontamiento focalizado a la emoción se conforma por procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, incluyendo estrategias como la evitación, el distanciamiento, la atención selectiva, comparaciones positivas, la minimización y la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos. Una minoría de estrategias de afrontamiento están encaminadas hacia aumentar el grado de trastorno emocional ya que algunos sujetos necesitan sentirse mal antes que sentirse bien o mejor. Otra forma de afrontamiento encaminada a la emoción es la reevaluación la cual esta relacionada con la estrategia cognitiva que modifica la forma de vivir una situación sin

cambiarla objetivamente Así mismo busca manejar o reducir los sentimientos producidos por el estrés (24, 165).

2.3.3.2 Afrontamiento focalizado en el problema

El afrontamiento centrado en el problema está compuesto por estrategias encaminadas a la solución del problema en cuestión, en la búsqueda de soluciones alternativas al problema, en el análisis de dichas alternativas tomando en cuenta el costo y beneficio y en su aplicación encaminada a la solución del mismo (24, 165).

Lazarus y Folkman (196) proponen dos tipos de estrategias de afrontamiento centradas en el problema: las estrategias dirigidas al entorno y las dirigidas al sujeto. Las primeras están orientadas a modificar las presiones laborales, los obstáculos y los procedimientos y las segundas están encaminadas a la modificación de cogniciones como las aspiraciones, la búsqueda de nuevas gratificaciones, el desarrollo de nuevas conductas o el nuevo aprendizaje de un proceso. Además identificaron un afrontamiento centrado en el significado en el cual las estrategias cognitivas son usadas para manejar el significado de la situación. Se trata del afrontamiento centrado en la búsqueda de la solución del problema que causa malestar emocional (165).

Algunos autores como Frydenberg y Lewis (197) han señalado la importancia del afrontamiento de evitación que consiste en el afrontamiento de los problemas por medio de la evitación ya sea no prestándole atención o distrayéndose realizando actividades alternas, sin embargo, Chico (198) propone que este tipo de afrontamiento parte del afrontamiento orientado en la emoción.

El afrontamiento es un proceso adaptativo y son adecuadas cuando están acorde al estresor con el que se encuentran enfrentándose. Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema surgen cuando el problema es cambiante y las centradas en la emoción cuando el problema no lo es (5). Sin embargo existe evidencia empírica que ha asociado el uso de más estrategias centradas en la solución de la problemática y mayores resultados positivos psicosociales, a diferencia del uso de estrategias centradas en la emoción las cuales se asocian positivamente con resultados negativos (199).

2.3.4 Estructura del afrontamiento

Algunos esfuerzos para comprender la estructura sobre el afrontamiento lo han clasificado de acuerdo a su nivel de abstracción. Por ejemplo Krohne (1968) menciona que en el primer nivel de abstracción el afrontamiento se entiende como una dimensión de la personalidad. La cual tiene una característica dual opuesta por ejemplo:

- a) Represión vs. Sensibilización: las personas ubicadas en el polo represor, presentan características asociadas a la negación y/o minimización del estresor, no verbalizan los sentimientos asociados a la angustia y piensan menos en las consecuencias negativas que el estresor desencadena. En cambio las personas ubicadas en el polo opuesto (sensibles) reaccionan ante el estresor, buscan información, tienden a la rumiación y la preocupación obsesiva.
- b) Aproximación vs. Retirada: las personas ubicadas en el polo de aproximación tienden a pensar en la solución de los problemas y ponen en marcha esas soluciones. En cambio las personas ubicadas en el polo de la retirada son aquellas que evitan la situación estresante, conductas de evitación no asociadas al estresor, pensamientos desiderativos y autocrítica o culpa (200).
- c) Vigilancia vs. Distracción: las personas ubicadas en el polo de la vigilancia tienden a estar alerta sobre el estresor, lo que mantendrá sus niveles de excitación fisiológica. En cambio aquellas personas que se ubican en el polo de la distracción, podrán con mayor medida, buscar un evento o situación ajeno al estresor y decrementarán sus niveles de excitación fisiológica (201).

El afrontamiento visto como característica de personalidad también tiene sus bases teóricas en la propuesta ya explicada del afrontamiento cognitivo (evaluación), emotivo (centrado en la emoción) y conductual (centrado en el problema) de Moos y Schaefer (202).

En el segundo nivel de abstracción del afrontamiento es visto como las diversas estrategias definidas de afrontamiento, las cuales de acuerdo a la literatura, pueden ser más de 30, destacando: buscar ayuda, negación, preparar un plan de acción, pensamiento desiderativo, reevaluación cognitiva, aceptación y descarga emocional (1965).

En el tercer nivel de abstracción del afrontamiento se centra en los comportamientos específicos como actos y reacciones ante los estresores. En este nivel, el afrontamiento es visto como un comportamiento general (estado) que es determinado por, la naturaleza, gravedad y duración del estresor y sus múltiples reacciones de las personas (165), lo que Skinner llamó respuestas específicas ante el estrés.

2.3.5 Afrontamiento Adaptativo vs. No adaptativo

Las investigaciones de Endler, indican que el afrontamiento donde la persona no hace frente directamente el estresor, presentando conductas de escape, pensamientos mágicos y la espera de un milagro, se asocian a pobres resultados psicológicos, ansiedad y depresión (203). Por otro lado, el afrontamiento centrado en el problema donde la persona se compromete a solucionar por medio de planear pasos hacia la solución, consultar con otras personas que hayan tenido un problema similar y reevaluar la situación, se asocia a resultados psicosociales favorables.

Aunado a lo anterior, algunos autores mencionan que el afrontamiento no directivo puede ser beneficioso cuando ayuda a mantener el equilibrio emocional de la persona por medio del procesamiento y la expresión emocional activa. Quizá la única estrategia centrada en la emoción no adaptativa es el consumo de drogas y alcohol para hacerle frente al estresor, el cual tiene como resultado, deterioro físico, psicológico y social (165).

2.3.6 Evaluación de los estilos de afrontamiento

A continuación se describen brevemente las escalas usadas para evaluar dicho constructo.

Tabla 3

Escalas usadas para evaluar los estilos de afrontamiento al estrés

Escala	Autores	Evalúa	Año	Dimensiones y alpha	Población
Entrevista semiestructurada de afrontamiento	Billings, Folkman, Acree y Moskowitz (204)	Reevaluación positiva, Solución del problema, Soporte social, A. confrontativo, Distanciamiento,	2000	No presenta dado que se trata de una entrevista semiestructurada	Personas portadoras del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

			evitación y escape cognitivo, Evitación y escape conductual.			
Lista de chequeo de afrontamiento	Folkman y Lazarus; McCrae; McCrae y Costa (205)	50 formas distintas de afrontamiento	1980 1984 1986	No reportan datos de validez y confiabilidad	Adultos	
Afrontamiento para adultos	Billings y Moos (205)	Afrontamiento de aproximación al problema, centrado en el problema, centrado en la emoción	1984	Afrontamiento centrado en la aproximación al problema Centrado en la emoción Centrado en el problema $\alpha = .41$ a $.66$	Adultos que experimentaban depresión	
COPE	Carver et al. (206)	Evalúa estilos de afrontamiento ante el estrés	1989	Afrontamiento centrado en el problema Afrontamiento centrado en la emoción Afrontamiento poco útil $\alpha = .50$ a $.60$	Personas portadoras del VIH	
Lista de chequeo de afrontamiento	Folkman y Lazarus (205)	Escala en forma de lista para evaluar el afrontamiento	1980	Centrado en el problema centrado en la emoción $\alpha = .80$ a $.81$	Estudiantes universitarios	
Cuestionario de estilos de afrontamiento (WCC de Lazarus)	Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (197)	Lista de chequeo de afrontamiento	1985	Focalizado en el problema Búsqueda de Apoyo social Culpabilidad Pensamiento desiderativo $\alpha = .31$ a $.87$	Estudiantes de medicina	
Cuestionario de estilos de afrontamiento (cambio de respuesta a tipo Likert)	Folkman y Lazarus	Estilos de afrontamiento	1988	Planeación de solución de problemas Apoyo social Estrategias focalizadas en la emoción $\alpha = .56$ a $.85$	Estudiantes universitarios	

Inventario Multidimensional de Afrontamiento	Endler y Parker (60)	Estilos de afrontamiento al estrés	1990	Focalizado en la tarea Focalizado en la emoción Focalizado en evitación $\alpha = .76$ a $.91$	Estudiantes universitarios
Escala multidimensional y multisituacional de estilos de enfrentamiento	Reyes-Lagunes y Góngora-Coronado (208)	Seis diferentes situaciones asociadas al afrontamiento	1998	Directo-revalorativo Emocional-negativo Evasivo $\alpha = .68$ a $.82$	Población no clínica de Yucatán
Escala de afrontamiento forma B de Moos	Moos, Cronkite, Billings y Finney (209) Aduna (210)	Afrontamiento ante situaciones de estrés	1986 1998	Análisis lógico Contención emocional Búsqueda de guía y soporte Aceptación $\alpha = .54$ a $.77$	Personas con padecimientos crónicos
Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos	López-Velázquez y Marván (211)	Estrategias de afrontamiento al estrés	2004	Afrontamiento activo Afrontamiento pasivo $\alpha = .81$	Personas no clínicas de la Cd. De México y Veracruz

De los instrumentos para evaluar los estilos de afrontamiento antes descritos, la escala de afrontamiento forma B de Moos ha mostrado tener propiedades psicométricas apropiadas que se apegan a la evaluación del constructo original propuesto por Lazarus y Folkman, además de que se trata de una escala que ha sido de gran ayuda en la medición de los estilos de afrontamiento en población general y con problemas crónicos (210).

2.3.7 Estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios

El estudio de los estilos de afrontamiento en las y los universitarios es de suma importancia, debido a los retos que la vida académica presenta. Se trata de una etapa donde las y los jóvenes carecen de estructura académica y las demandas o presiones escolares son abundantes (212).

En un estudio realizado en Toronto en 2009 con 135 universitarios donde evaluaron los estilos de afrontamiento al estrés, se encontró que en promedio en conjunto hombres y mujeres utilizan mayormente los estilos de afrontamiento adaptativos o centrados en la resolución de problemas como “buscar información sobre el problema para entenderlo

mejor” o “sentirme empoderado de la situación” y en menor medida los estilos de afrontamiento centrados en la emoción o no adaptativos como “tener pensamiento desiderativo” o “culpabilidad”, sin embargo ninguno de los estilos estuvo por arriba de la media teórica (213).

Por otra parte, en un estudio realizado en Inglaterra con 130 estudiantes universitarios de la licenciatura en Enfermería en 2011, se encontró que la estrategia más usada por las y los participantes fue: “Planear cómo resolver un problema” (n = 69, 52.8%) y la menos usada fue “escapar o evitar” (n = 39, 30.2%), lo cual se encuentra asociado con la ciencia que se estudia. Los autores concluyen que este tipo de afrontamiento es necesario para la solucionar los retos que la enfermería plantea (214).

De la misma forma en un estudio realizado en Australia con 230 estudiantes universitarios en 2014 se encontró que aquellos estudiantes que usaron estrategias de afrontamiento al estrés centradas en reinterpretar la situación problemática, planear cómo solucionar un problema y hacer amigos, presentaron un mejor ajuste psicológico y académico y dado que la evaluación se realizó en los primeros semestres, se observó que, al paso del tiempo, las y los estudiantes presentaron una mejor adaptación académica (215).

En un estudio que involucró estudiantes universitarios de recién ingreso, franceses y rumanos en 2012, se encontró que el estilo de afrontamiento al estrés proactivo “siempre trato de trabajar para salir de los obstáculos y que nada me detenga” puntuó por arriba de media teórica en ambos grupos participantes. Sin embargo la universidad rumana mostró más de esta variable a diferencia de los y las universitarias de Francia (216).

En un estudio realizado con 347 estudiantes universitarios de la licenciatura en psicología de Irán en 2013, se encontró que el afrontamiento centrado en la aproximación se puntuó por debajo de la media teórica y el afrontamiento evasivo puntuó por arriba de la media, sin embargo después de una intervención cognitivo conductual los puntajes se invirtieron, lo cual demostró que la intervención resultó exitosa para modificar el tipo de afrontamiento en jóvenes hombres y mujeres universitarios (217).

Otro estudio realizado con 302 estudiantes México-americanos de la universidad de Southwest EEUU en 2014, se encontró que las estrategias centradas en la solución del problema y las centradas en la emoción estuvieron por debajo de la media teórica. Estos participantes reportan usar en mayor medida las centradas en la solución del problema como la reestructuración cognitiva, buscar una solución al problema, la expresión emocional, así como la búsqueda de apoyo social (218).

De igual forma en un estudio realizado en EEUU en 2007, con 133 estudiantes universitarios, se encontró que el estilo de afrontamiento centrado en el problema estuvo por arriba de la media teórica, el centrado en la emoción por debajo de la media y el evitativo estuvo un punto por arriba de la media, lo que quiere decir que estos estudiantes tiene estrategias activas, de planeación de búsqueda de apoyo social y religioso (219).

2.3.8 Ansiedad social y estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios

Los EAE y la AS han mostrado guardar una estrecha relación en las y los jóvenes universitarios, por ejemplo en un estudio realizado en 2009 con 180 estudiantes universitarios de Australia, se encontró que las mujeres que reportaron niveles elevados de AS, presentaron un mayor afrontamiento no adaptativo como consumo perjudicial de alcohol acompañado de consecuencias sociales y físicas (220).

Otro estudio realizado en 2014 en EEUU con 611 estudiantes universitarios mostró que los y las estudiantes que puntuaron más elevado en los síntomas de AS presentaron un mayor índice en el consumo de bebidas embriagantes al momento de experimentar emociones negativas como tristeza y enojo, así como antes de tener relaciones sexuales (221).

De igual forma en un estudio realizado en EEUU en una universidad con 46 voluntarios adultos jóvenes en 2003, mostró que aquellos que puntuaron mayor en AS presentaron un afrontamiento asociado al consumo de alcohol, así mismo suelen evadir con mayor frecuencia las situaciones sociales cuando el alcohol no está disponible (222).

Otra estrategia de afrontamiento asociada a la AS es la rumiación como lo encontrado en un estudio de Canadá en 2004 con 112 estudiantes universitarios. Este

estudio encontró que aquellos estudiantes con niveles de AS elevados suelen presentar un afrontamiento centrado en la rumiación a diferencia de los que puntuaron menor en nivel de AS, los cuales presentaron un mayor afrontamiento centrado en la distracción (223).

Así mismo una, otra estrategia asociada a la AS es la rumiación en forma de perfeccionismo, como lo encontrado en un estudio de Canadá con 311 estudiantes universitarios, en el cual encontraron que la rumiación en forma de perfeccionismo y crítica es un predictor confiable para desarrollar síntomas de AS (224).

Tomando en cuenta que el afrontamiento es una variable asociada al surgimiento y mantenimiento de la AS, es de suma importancia desarrollar un modelo para población mexicana universitaria que incluya esta variable. A continuación se presenta el planteamiento del problema de esta disertación.

III JUSTIFICACIÓN

El trastorno de ansiedad y sus diversas clasificaciones han sido uno de los problemas de salud mental que en años recientes han sido el foco de atención de diversas investigaciones a nivel mundial, debido a su alta prevalencia en la población.

En los jóvenes es uno de los problemas psicológicos más comunes teniendo una prevalencia de entre 8 y 20 % además, de que, el presentar un trastorno por ansiedad suele tener repercusiones en la edad adulta como depresión y abuso de sustancias, entre otras.

La génesis de los trastornos de ansiedad suele asociarse a causas tanto biológicas como psicosociales, tales explicaciones continúan siendo un buen nicho para la investigación, debido al amplio espectro explicativo en el surgimiento de la ansiedad, lo cual se traduce en 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 claros (36, 225).

Uno de los desórdenes más comunes del espectro de la ansiedad esta caracterizado por un temor acusado y persistente ante una o más situaciones sociales, donde la persona se expone a otras que no pertenecen a su ámbito familiar, o a la posible evaluación negativa por parte de los demás, sospechando que éstos lo percibirán como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable, este desorden ha sido denominado Ansiedad Social (AS). La persona que presenta AS teme actuar frente a los demás y presentar ruborización, temblores, sudoración, tartamudeos, etc., así como producir una evaluación negativa por parte de otros.

En la AS las situaciones sociales se experimentan con ansiedad o malestar intensos, presentando comportamientos evitantes y anticipación ansiosa que interfiere con la rutina de la persona y con su funcionamiento social, produciendo malestar clínicamente significativo (226).

Diversas investigaciones han observado prevalencias mundiales de AS de entre 3 y 13 % en población general (29) y aproximadamente entre 50 y 61% de las personas, reportan haber experimentado síntomas de AS en al menos una situación de su vida (74).

En México la prevalencia de dicho trastorno es de aproximadamente 4.7 % en la población total (32). La edad de inicio suele presentarse entre los 14 y 16 años, sin embargo, algunos estudios suelen ubicar el primer evento ansioso en la niñez (2-4).

Aunado a lo anterior una investigación realizada en la ciudad de México con una muestra de 3005 adolescentes de entre 12 y 17 años mostró que, el 14.3 % había experimentado AS, además de que, la edad de aparición de los síntomas se presentó entre los 3 y 16 años de edad (227).

Diversos modelos han explicado el surgimiento de la AS, relacionándolo con aspectos evolutivos (47) 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 (36, 49, 50). 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 (52). 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 (29).

Finalmente factores psicológicos como presentar déficit en habilidades sociales, resultantes de una situación traumática que se ha aprendido han explicado este fenómeno (36, 55, 56). Por ejemplo, Olivares y Caballo (12) 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 AS.

Los estilos de afrontamiento al estrés han mostrado tener un papel importante en el mantenimiento de la AS debido a que estas personas suelen afrontar el estrés escapando o presentando una evitación sutil para regular su cambio emotivo como puede ser: permanecer al margen de las reuniones sociales, evitar contacto visual, mirar a otro lado o cambiar la atención a otra situación, entre otras. Sin embargo, el presentar este tipo de

afrontamiento suele estar relacionado con la exacerbación de los síntomas de AS, ya que la evitación funciona como un reforzador del miedo y la ansiedad, manteniéndolos o aumentándolos, por lo que la sintomatología permanecerá a pesar de evitar situaciones sociales (30).

Otro aspecto relevante asociado al afrontamiento ante situaciones generadoras de AS consiste en que los varones suelen escapar más y las mujeres suelen presentar más rumiación o afrontamiento centrado en la emoción (228). Carver, Scheier y Weintraub (206) señalan que, por lo regular los hombres con AS suelen presentar afrontamientos centrados en la emoción como beber alcohol o consumir drogas a diferencia de las mujeres con AS quienes suelen buscar apoyo social creando redes de apoyo más grandes en relación con los hombres (187).

Como se mencionó anteriormente la AS también se encuentra relacionada con la socialización por parte de los padres, Bronfenbrenner menciona que el primer agente socializador es la familia, ya que es ahí donde el individuo aprende valores, creencias, actitudes, normas y pautas sociales que corresponden a la cultura dominante (101). La socialización se traduce en estilos parentales de crianza, los cuales se definen como toda la constelación de actitudes de los padres, que se convierten en prácticas específicas que influyen en el comportamiento de los hijos (97). Algunas investigaciones relacionan la AS con los estilos parentales caracterizados por sobreprotección, control elevado e intromisión y poco apoyo emocional (229, 230).

Tomando como referencia estos antecedentes y destacando que, tales estudios se han realizado en poblaciones diferentes a México, en otros contextos culturales y socioeconómicos, surge la ventana de oportunidad para indagar si las variables que predicen los síntomas de AS, son diferentes en el contexto cultural mexicano y así generar modelos que relacionen las variables antes mencionadas.

IV HIPÓTESIS

H0₁: No existen diferencias estadísticamente significativas en las y los estudiantes en el nivel de síntomas de ansiedad social de las diferentes licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.

H1₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en las y los estudiantes en el nivel de síntomas de ansiedad social de las diferentes licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.

H0₂: No existen diferencias estadísticamente significativas en las y los estudiantes en el tipo de percepción de estilo parental de las diferentes licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.

H1₂: Existen diferencias estadísticamente significativas en las y los estudiantes en el tipo de percepción de estilo parental de las diferentes licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.

H0₃: No existen diferencias estadísticamente significativas en las y los estudiantes en el tipo de estilos de afrontamiento al estrés de las diferentes licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.

H1₃: Existen diferencias estadísticamente significativas en las y los estudiantes en el tipo de estilos de afrontamiento al estrés de las diferentes licenciaturas del Instituto de Ciencias de la Salud.

H0₄: No existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos afrontamiento al estrés entre estudiantes con menor riesgo de AS y mayor riesgo de AS de la muestra.

H1₄: Existen diferencias estadísticamente significativas en los estilos afrontamiento al estrés entre estudiantes con menor riesgo de AS y mayor riesgo de AS de la muestra.

H0₅: No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de los estilos parentales entre estudiantes con menor riesgo de AS y mayor riesgo de AS de la muestra.

H1₅: Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de los estilos parentales entre estudiantes con menor riesgo de AS y mayor riesgo de AS de la muestra.

H0₆: No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de afrontamiento al estrés y los síntomas de ansiedad social en estudiantes universitarios de Hidalgo.

H1₆: Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de afrontamiento al estrés y los síntomas de ansiedad social en estudiantes universitarios de Hidalgo.

H0₇: No existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de los estilos parentales y los síntomas de ansiedad social en estudiantes universitarios de Hidalgo.

H1₇: Existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de los estilos parentales y los síntomas de ansiedad social en estudiantes universitarios de Hidalgo.

H0₈: La percepción del estilo parental autoritario (VI) y los estilos de afrontamiento al estrés centrados en la emoción (VI) NO son predictores confiables de la ansiedad social (VD) en estudiantes universitarios de Hidalgo.

H1₈: La percepción del estilo parental autoritario (VI) y los estilos de afrontamiento al estrés centrados en la emoción (VI) sí son predictores confiables de la ansiedad social (VD) en estudiantes universitarios de Hidalgo.

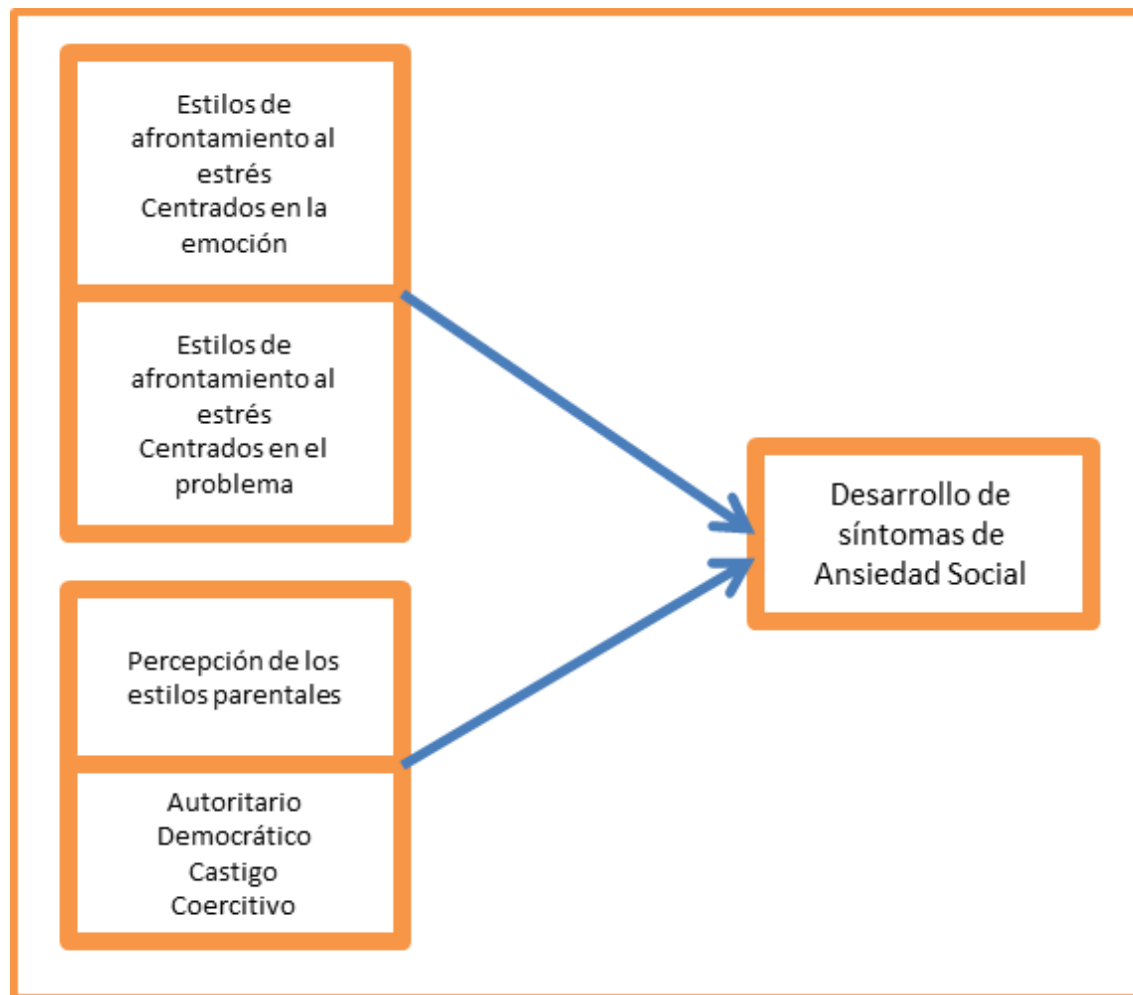


Figura 3. Modelo propuesto para síntomas de ansiedad social

V OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Desarrollar un modelo predictivo de la ansiedad social (VD) que incluya la percepción del estilo parental (VI) y el estilo de afrontamiento al estrés (VI) en estudiantes universitarios de Hidalgo.

Para llegar al objetivo principal, la presente disertación buscó obtener escalas válidas y confiables para población universitaria hidalguense, es por ello que se ha optado por dividir este estudio en dos fases:

Estudio 1: validación de las escalas de afrontamiento y estilos parentales

- a) Validación del cuestionario de Estilos de afrontamiento al estrés forma B de Moos para ser aplicado en el futuro en otros entornos socioculturales similares de nuestro país, como la población universitaria.
- b) Validación del Cuestionario breve de prácticas parentales para ser aplicado en el futuro en otros entornos socioculturales similares de nuestro país, como la población universitaria.

Estudio 2: desarrollar un modelo predictivo de la ansiedad social (VD) que incluya la percepción del estilo parental (VI) y el estilo de afrontamiento al estrés (VI) en estudiantes universitarios de Hidalgo

Estudio 1. Validación de las escalas de afrontamiento y estilos parentales

5.2 Validación de la Escala de estilos de afrontamiento al estrés forma B de Moos

5.2.1 Objetivo

Validar la escala de estilos de afrontamiento forma B de Moos para población hidalguense universitaria

5.2.2 Participantes

Participaron 600 estudiantes de recién ingreso, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, de los cuales 113 eran de Medicina (18.8%), 20 de Farmacia (3.3 %), 107 Psicología (17.8 %), 92 de Odontología (15.3 %), 77 de Nutrición (12.8 %), 96 de Gerontología (16 %) y 95 de Enfermería (15.8 %) pertenecientes al Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, con un promedio de edad de 19.04 (D.E. = 1.44), de ente 18 y 26 años, de los cuales 117 eran hombres (29.5 %) y 423 eran mujeres (70.5 %).

5.2.3 Instrumento

En México se ha usado la Escala de Estilos de Afrontamiento forma B de Moos, traducida y adaptada para adultos por Ayala y Sánchez-Sosa en 1997 (210), la cual parte de la Escala de Salud y Vida Cotidiana, Forma B de Moos cuyos autores son Billings y Moos (209). Se trata de una escala de 35 ítems distribuidos en ocho factores. Las primeras cuatro escalas se refieren a estilos basados en la aproximación al problema (Análisis Lógico, Reevaluación Positiva, Búsqueda de Guía y Soporte y Resolución de Problemas), las cuatro restantes evalúan estilos de evitación o centrados en la emoción (Evitación Cognitiva, Aceptación-Resignación, Búsqueda de Recompensas Alternativas y Descarga Emocional). No se reportan datos de validez y confiabilidad para población mexicana. Esta escala se ha empleado en varios estudios para población mexicana desarrollados por Del Castillo en 2012 (231), Del Castillo, Morales y Solano en 2013 (232), sin embargo, no se han probado sus características psicométricas en dicha población.

La Escala de Estilos de Afrontamiento de Moos ha sido adaptada para población adulta en Argentina, por ejemplo en estudios como el de Mikulic y Crespi en 2008, mostró valores de confiabilidad y validez aceptables ($\alpha = .85$). Por medio de un análisis de componentes principales (rotación Oblimin) ocho estilos de afrontamiento fueron identificados, resolución de problemas, análisis lógico, revalorización positiva, búsqueda de apoyo, búsqueda de gratificación, aceptación/resignación, evitación cognitiva y descarga emocional (233).

5.2.4 Procedimiento

Se gestionó la aplicación en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo con las áreas académicas de las licenciaturas de psicología, medicina, odontología, nutrición, gerontología y farmacia. Las alumnas y los alumnos firmaron un consentimiento informado para aceptar participar en la investigación. Al finalizar la aplicación, se realizó la captura, revisión y limpieza de la base de datos. Posteriormente se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS v. 21 para la obtención de resultados.

5.2.5 Resultados

Para llevar a cabo la validación de la escala de estilos de afrontamiento personal forma B de Moos para universitarios mexicanos, se llevaron a cabo tres etapas o fases: la primera consistió en el análisis de discriminación de los reactivos, la segunda en la obtención de la validez de constructo a través de un análisis factorial exploratorio y la última en la obtención de los coeficientes de consistencia interna.

5.2.6 Discriminación de reactivos

Dado que todos los ítems obtuvieron respuestas en todas las opciones, se eliminaron aquellos reactivos que no cumplieron con dos de tres criterios requeridos:

1. Correlación de cada ítem con escala total
2. Discriminación significativa entre el grupo extremo bajo y el grupo extremo alto del reactivo, obtenida mediante la prueba *t* de student
3. Curtosis del reactivo menor o igual a 1.0

Tabla 4

Resultados del proceso de discriminación de los ítems

Ítem	Correlación con escala total	<i>t</i>	Distribución (Curtosis)
Trato de conocer más sobre el problema	.221**	.000	-.321
Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema	.161**	.000	.163
Hablo con un amigo acerca del problema	.165**	.000	-.589
Hablo con un profesional (medico, abogado, etc.) del problema	.234**	.000	-.878
Le pido a Dios que me guíe o me de valor	.125**	.000	-1.263
Me preparo por si pasa lo peor	.211**	.000	-.618
No me preocupo, pienso que todo saldrá bien	.141**	.000	-.879
Cuando me siento enojado(a), me desquito con otras personas	.098*	.003	-.222
Cuando me siento deprimido (a), me desquito con otras personas	.071	.008	.705
Trato de ver el lado bueno del problema	.188**	.000	-.649
Hago otras cosas para no pensar en el problema	.148**	.000	-.505
Pienso en un plan de acción y lo llevo a cabo	.184**	.000	-.230
Pienso en varias formas de resolver el problema	.214**	.000	.305
Me guio por mis experiencias pasadas en situaciones similares	.266**	.000	.085
Doy a notar lo que siento	.178**	.000	-.905
Trato de analizar el problema y de ver las cosas objetivamente	.242**	.000	-.137
Pienso en el problema, para tratar de entenderlo mejor	.153**	.000	.327
Trato de no precipitarme y no actuar impulsivamente	.153**	.000	-.177
Me digo cosas a mí mismo(a) para sentirme mejor	.121**	.000	-.429
Me olvido del problema por un tiempo	0.087	.000	-.800
Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que salgan bien las cosas	.163**	.000	.705
Prefiero estar alejado(a) de la gente	.051	.011	-.698
Me propongo que la próxima vez las cosas serán diferentes	.141**	.000	.263
Me niego a creer lo que está pasando	.055	.006	-.265
Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen	.184**	.000	-.587
Trato de permanecer insensible, que no me afecta	.125**	.000	-.741
Busco ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares	.174**	.000	-1.104
Trato de llegar a un acuerdo para rescatar algo positivo	.238**	.000	-.301
Bebiendo más	.132**	.000	4.576
Comiendo más	.103*	.000	1.905

La tabla continúa en la siguiente página...

Ítem	Correlación con escala total	<i>t</i>	Distribución (Curtosis)
Fumando más	.007	.049	5.068
Durmiendo más	.094*	.000	-.337
Haciendo más ejercicio	.128**	.000	-.182
¿Cuántos amigos (as) consideras que tienes?	.116*	.007	.513
¿Cuántos amigos (as) cercanos con quienes puedas platicar de tus problemas tienes?	.118**	.000	-1.067
¿A cuántas personas conoces de quienes puedas esperar ayuda real cuando tienes problemas?	.101*	.000	-1.074
Tengo un círculo de amigos (as) con quienes mantengo un contacto cercano	-.036	.914	3.748

Nota: los resultados marcados en negritas son aquellos que no cubrieron el criterio correspondiente

Del total de 38 ítems de la escala se eliminaron los ítems 32 y 38 por no cumplir con dos de los tres criterios requeridos. De la misma forma dado su tipo de respuesta y su contenido conceptual se decidió analizar por separado los ítems 30 al 37 en el análisis factorial.

5.2.7 Validez De Constructo

Se aplicó un análisis factorial exploratorio de componentes principales, para determinar la validez de constructo de la escala. La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) reveló que la matriz era factorizable ($KMO = .872$; $p \leq .001$). Los reactivos obtuvieron comunales por arriba del .40 lo que indicó que miden un mismo constructo. Se eligieron 6 factores con un valor propio mayor de 1, los cuales explicaban el 53.45% de la varianza, con un alpha de Cronbach de .826.

Se llevó a cabo una rotación ortogonal (Varimax) y se optó por aquellos reactivos que tenían un peso factorial mayor o igual a .40 para conformar el instrumento final. La versión consta de 28 reactivos (Ver Tabla 5).

Tabla 5

Estructura factorial de la Escala de Estilos de afrontamiento al Estrés

Ítem	1	2	3	4	5	6
Trato de analizar el problema y de ver las cosas objetivamente	.80	-.05	.13	.06	.23	.06
Pienso en un plan de acción y lo llevo a cabo	.80	-.12	-.01	.14	.04	.19
Pienso en varias formas de resolver el problema	.78	-.16	.10	.18	.02	.15
Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor	.76	.00	.22	.08	.11	-.03
Me guío por mis experiencias pasadas en situaciones similares	.71	-.01	.07	.11	.13	.07
Trato de no precipitarme y no actuar impulsivamente	.53	-.12	.23	.08	.28	.05
Trato de llegar a un acuerdo para rescatar algo positivo	.44	-.14	.07	.21	.30	.23
Cuando me siento deprimido (a) me desquito con otras personas	-.05	.76	.01	.12	-.15	-.01
Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas	-.14	.75	-.07	.22	-.12	.00
Prefiero estar alejado(a) de la gente	-.04	.61	-.07	-.21	.23	.15
Me niego a creer lo que está pasando	-.18	.55	.12	-.23	.18	.16
Hablo con un amigo acerca del problema	.07	-.01	.67	.06	.09	.08
Hablo con mi pareja o mi familia sobre el problema	.31	-.12	.61	.15	-.12	.10
Hablo con un profesional (medico, abogado, etc.) del problema	.14	.05	.55	-.12	.14	-.13
Trato de conocer más del problema	.48	-.06	.50	.12	.16	-.24
Doy a notar lo que siento	.38	.26	.42	-.08	-.16	.23
Me propongo que la próxima vez las cosas serán diferentes	.23	-.02	-.04	.72	.13	.07
Me preparo por si pasa lo peor	.14	.11	.14	.61	.26	-.11
Sé lo que debo hacer me esfuerzo para que salgan bien las cosas	.41	-.18	.11	.55	.18	.15
Le pido a Dios que me guíe o me de valor	-.09	.14	.42	.46	-.05	.03
Trato de permanecer insensible, que no me afecte	.21	.28	-.22	.03	.65	-.09
No me preocupo, pienso que todo saldrá bien	.08	-.13	.29	.14	.57	.26
Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas las acepto como vienen	.19	.03	-.04	.24	.54	.14
Trato de relajarme o tomarlo con calma	.35	-.22	.20	.14	.50	.13
Hago otras cosas para no pensar en el problema	.13	.04	-.02	.13	.03	.73
Me olvido del problema por un tiempo	.07	.26	.09	-.11	.19	.72
Trato de ver el lado bueno del problema	.45	-.29	.06	.05	.26	.48
Me digo cosas a mí mismo(a) para sentirme mejor	.29	.04	.34	.35	.13	.37
Alpha de Cronbach	.872	.653	.638	.615	.600	.641
% de Varianza Explicada	24.4	8.7	6.2	5.3	4.6	4.1
M	3.44	1.49	3.04	3.25	2.90	2.92
D.E.	.931	.954	.865	.942	.946	.935

1. Afrontamiento cognitivo, 2. Afrontamiento baja tolerancia la frustración y retirada social, 3. Afrontamiento externo, 4. Preparación para la acción, 5. Evitación del malestar, 6. Distracción
 Nota. El ítem 27 no cargó en ningún factor. Los pesos factoriales por ítem se encuentran marcados en negritas, dependiendo el factor al que correspondieran.

Para las conductas negativas de afrontamiento, se aplicó un análisis factorial confirmatorio. La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin reveló que la matriz era factorizable ($KMO = .726$; $p \leq .001$). Los reactivos obtuvieron comunalidades por arriba del .45 lo que indicó que miden un mismo constructo. Surgió únicamente un factor con un valor propio mayor de 1, que explicaba el 46.15 % de la varianza, con un índice AGFI de 0.97 y un índice RMSR de 0.06 lo que indicó que se trata de una escala válida. Los cinco reactivos tuvieron un peso factorial mayor o igual a .46.

Tabla 6

Estructura factorial de las conductas negativas de afrontamiento

Ítem	1
Comiendo más	.64
Bebiendo más	.63
Durmiendo más	.56
Fumando más	.55
Haciendo más ejercicio	.46
Factor 1. Conductas de afrontamiento negativo	

Finalmente en cuanto a la red de apoyo (amigos con que cuentan los participantes) se llevó a cabo el mismo procedimiento. Se aplicó un análisis factorial confirmatorio. La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin reveló que la matriz era marginalmente factorizable ($KMO = .615$; $p \leq .001$). Los reactivos obtuvieron comunalidades por arriba del .49 lo que indicó que miden un mismo constructo. Surgió únicamente un factor con un valor propio mayor de 1, que explicaba el 60.82% de la varianza, con un índice AGFI de 1.00 y un índice RMSR de 0.00 lo que indicó una escala válida, los tres reactivos tuvieron un peso factorial mayor o igual a .49 (ver Tabla 6).

Tabla 7

Estructura factorial de la Red de Apoyo

Ítem	1
¿Cuántos amigos (as) cercanos con quienes puedas platicar de tus problemas tienes?	.88
¿Cuántas personas conoces de quienes puedas esperar ayuda real cuando tienes problemas?	.57
¿Cuántos amigos (as) consideras que tienes?	.49
Factor 1. Red de apoyo	

Así, la Escala de Estilos de Afrontamiento Personal al Estrés forma B de Moos, es un instrumento que evalúa seis estilos de afrontamiento (28 reactivos), cinco conductas negativas de afrontamiento (5 reactivos) y la red de apoyo social de las personas, ante situaciones de estrés (3 ítems).

5.2.8 Consistencia Interna

Se realizó la prueba del alpha de Cronbach con el fin de conocer la consistencia interna de las escalas (ver Tabla 8).

Tabla 8

Coeficientes de Consistencia Interna de los factores

Factores y definición	Alpha de Cronbach	No. De ítems
<i>Afrontamiento cognitivo:</i> estrategia cognitiva, centrada en la solución del problema, cuyo objetivo es entender y prepararse mentalmente para hacerle frente al estresor, la persona tiene una serie de pasos a seguir basados en su experiencia	0.872	7
<i>Baja tolerancia a la frustración y retirada social:</i> estrategia centrada en la emoción, cuyo objetivo es descargar emocionalmente el malestar asociado a la situación estresante con otras personas y alejarse de ellas	0.653	4
<i>Afrontamiento externo:</i> estrategia centrada en el problema, cuyo objetivo es buscar ayuda cuando una situación es evaluada como estresante, existe descarga emocional con personas de confianza o profesionales	0.638	5
<i>Preparación para la acción:</i> estrategia centrada en el problema cuyo objetivo es realizar una mejor ejecución la próxima vez que se presente el estresor, no importando que el resultado sea catastrófico, la persona puede hacerle frente	0.615	4
<i>Evitación del malestar:</i> estrategia centrada en la emoción cuyo objetivo es intentar negar o ignorar el estresor para intentar experimentar bienestar	0.600	4
<i>Distracción:</i> estrategia centrada en la emoción cuyo objetivo es buscar distractores para que la persona pueda experimentar bienestar mientras se dice cosas positivas a sí misma	0.641	4
Total	0.826	28
<i>Afrontamiento conductual:</i> la persona suele presenta conductas para distraerse del problema o hacerle frente	0.718	5
<i>Apoyo social:</i> percepción de la persona sobre la red de apoyo con la que cuenta como amigos de confianza	0.817	3

5.2.9 Conclusiones

Tal como lo indican Reyes-Lagunes y García y Barragán (234) se llevó a cabo la validación psicométrica a través de los siguientes análisis: análisis de frecuencias, discriminación de reactivos para grupos extremos, confiabilidad interna y validez de constructo; logrando con esto, tener una validación psicométrica culturalmente relevante para una escala de estilos de afrontamiento al estrés en universitarios mexicanos.

De acuerdo con los resultados observados, se obtuvo un instrumento válido y confiable que consta de 3 subescalas, la escala de estilo de afrontamiento personal, la escala de conductas negativas y la escala de red de apoyo.

De acuerdo con la revisión bibliográfica, se observa que la escala de afrontamiento personal forma B de Moos en su versión para estudiantes universitarios mexicanos, cuenta con características similares a otras escalas empleadas fuera de México como la de Carver en 1997 (235); Folkman y Lazarus de 1988 (205); de Mikulic y Crespi de 2008 (233) y la de Tobin, Holroyd y Reynolds de 1989 (200), como la división en: estilo de afrontamiento focalizado en el problema (afrontamiento cognitivo, afrontamiento externo y preparación para la acción) y focalizado en la emoción (baja tolerancia a la frustración y retirada social, evitación del malestar y distracción). Por el contrario, se identifica que la principal diferencia del instrumento consistió en la agrupación de los reactivos en tres escalas diferentes. Esta separación plantea la posibilidad de una aplicación agrupada o por separado de cada una de las escalas en futuros estudios, dependiendo de los objetivos de los mismos, ya que permite conocer tres componentes teóricamente relevantes del afrontamiento: los estilos, las conductas negativas y la percepción de apoyo social, al momento de encontrarse en situaciones evaluadas como estresantes.

En esta muestra se observa que el estilo más usado por las alumnas y los alumnos es el afrontamiento cognitivo ($\bar{x} = 3.44$) y por otro lado el afrontamiento baja tolerancia a la frustración con retirada social ($\bar{x} = 1.49$) como el estilo menos usado. Los estilos de afrontamiento encontrados por arriba de la media teórica fueron: Afrontamiento cognitivo ($\bar{x} = 3.44$), Afrontamiento externo ($\bar{x} = 3.04$) y Preparación para la acción ($\bar{x} = 3.25$) y tres por debajo: Evitación del malestar ($\bar{x} = 2.90$), Distracción ($\bar{x} = 2.92$) y Afrontamiento baja

tolerancia a la frustración y retirada social ($\bar{x} = 1.49$). Denotando que el estilo más usado en esta población son los focalizados en la solución de la problemática.

A manera de conclusión, ahora que se cuenta con una escala válida y confiable para población universitaria mexicana será más viable el desarrollo de otras líneas de investigación.

5.3 Validación del Cuestionario breve de prácticas parentales (estilos parentales)

5.3.1 Objetivo

Validar el cuestionario breve de prácticas parentales para población hidalguense universitaria

5.3.2 Participantes

Participaron 600 estudiantes de recién ingreso, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, de los cuales 113 eran de Medicina (18.8%), 20 de Farmacia (3.3 %), 107 Psicología (17.8 %), 92 de Odontología (15.3 %), 77 de Nutrición (12.8 %), 96 de Gerontología (16 %) y 95 de Enfermería (15.8 %) pertenecientes al Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, con un promedio de edad de 19.04 (D.E. = 1.44), de ente 18 y 26 años, de los cuales 117 eran hombres (29.5 %) y 423 eran mujeres (70.5 %).

5.3.3 Instrumento

En México se ha usado el Cuestionario de prácticas parentales de Robinson, Mandelco, Frost y Hart (130), la cual parte de la teoría unidireccional de socialización de Diana Baumrind (121). Por su parte en México Gaxiola y cols. (236) y González y Landero (139) han utilizado esta escala en diversas poblaciones como, madres y adolescentes de Hermosillo y Nuevo León generando versiones para padres y para hijos. La versión para hijos incluye dos percepciones de estilo parental, autoritario y autoritativo con un alpha de Cronbach de .88 y .93 respectivamente. No se han reportado datos de esta escala en población universitaria

5.3.4 Procedimiento

Se gestionó la aplicación en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo con las áreas académicas de las licenciaturas de psicología, medicina, odontología, nutrición, gerontología y farmacia. Las alumnas y los alumnos firmaron un consentimiento informado para aceptar participar en la investigación. Al finalizar la aplicación, se realizó la captura, revisión y limpieza de la base de datos. Posteriormente se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS v. 21 para la obtención de resultados.

5.3.5 Resultados

Para llevar a cabo la validación del Cuestionario breve de prácticas parentales para universitarios mexicanos, se llevaron a cabo tres etapas o fases: la primera consistió en el análisis de discriminación de los reactivos, la segunda en la obtención de la validez de constructo a través de un análisis factorial exploratorio y la última en la obtención de los coeficientes de consistencia interna.

5.3.6 Discriminación de reactivos

Dado que todos los ítems obtuvieron respuestas en todas las opciones, se eliminaron aquellos reactivos que no cumplieron con dos de tres criterios requeridos:

1. Correlación de cada ítem con escala total
2. Discriminación significativa entre el grupo extremo bajo y el grupo extremo alto del reactivo, obtenida mediante la prueba *t* de student
3. Curtosis del reactivo menor o igual a 0.50

Tabla 9

Resultados del proceso de discriminación de los ítems

Ítem	Correlación con escala total	Grupos extremos (t)	Distribución (Curtosis)
1 Mis padres me motivan a hablar con ellos de mis problemas	.615**	.000	-.573
2 Mis padres me disciplinan por medio del castigo más que usando la razón	.300**	.000	.804
3 Mis padres me felicitan cuando me porto bien	.504**	.000	-.435
4 Mis padres muestran compresión (empatía) cuando me encuentro herido(a) o frutado(a)	.508**	.000	-.167
5 Mis padres me castigan quitándome privilegios con poca o ninguna explicación	.259**	.000	1.061
6 Mis padres me brindan confianza y entendimiento cuando me encuentro triste	.514**	.000	-.153
7 Mis padres me gritan o rezongan cuando me porto mal	.288**	.000	-.960
8 Mis padres me ofenden y critican para que mejore	.205**	.002	.981
9 Mis padres me jalan (o jalonean) con fuerza cuando soy desobediente	.236**	.000	6.200

Ítem	Correlación con escala total	Grupos extremos (t)	Distribución (Curtosis)
10 Mis padres están atentos a mis deseos y necesidades	.465**	.000	-.334
11 Mis padres discuten conmigo	.248**	.000	-.180
12 Mis padres me explican las razones de las reglas que deben ser obedecidas	.517**	.000	-.638
13 Mis padres se preocupan más de sus sentimientos que de los míos	.037	.314	.397
14 Mis padres me dicen que aprecian mis logros o intentos de lograr algo	.509**	.000	.579
15 Mis padres me motivan a que hable acerca de las consecuencias de mis propias acciones	.601**	.000	-.734
16 Mis padres explotan en enojo conmigo	.181**	.001	.981
17 Mis padres se dan cuenta de mis problemas y preocupaciones de la escuela (o trabajo)	.500**	.000	-.702
18 Mis padres me expresan afecto con abrazos o besos	.481**	.000	-.785
19 Mis padres emplean el castigo físico como una manera de disciplinarme	.279**	.000	7.082
20 Mis padres hablan y razonan conmigo cuando me porto mal	.495**	.000	-.529
21 Mis padres me dan una cachetada cuando me porto mal	.229**	.000	5.454
22 Mis padres me animan a que libremente exprese lo que siento cuando no estoy de acuerdo con ellos	.476**	.000	-.944
23 Mis padres respetan mis opiniones ayudándome a que las exprese	.195**	.005	1.600
24 Mis padres respetan mis opiniones ayudándome a que las exprese	.480**	.000	-.605
25 Mis padres me explican cómo se sienten con mi buena o mala conducta	.586**	.000	-.665
26 Mis padres me amenazan con castigarme con poca o ninguna justificación	.196**	.006	5.756
27 Cuando pregunto a mis padres porque tengo que hacer algo, me contestan que porque ellos lo dicen o porque es mi mama (o papa) o porque así lo quieren	.225**	.000	-.662
28 Mis padres me exigen que haga las cosas	.412**	.000	-.748

Ítem	Correlación con escala total	Grupos extremos (t)	Distribución (Curtosis)
29 Mis padres me jalan (jalonean) cuando soy desobediente	.287**	.000	10.513
30 Mis padres me explican las razones de las reglas (de la casa)	.547**	.000	-.790

Nota: los resultados marcados en negritas son aquellos que no cubrieron el criterio correspondiente.

Del total de 30 ítems de la escala se eliminó el ítem 13 por no cumplir con dos de los tres criterios requeridos.

5.3.7 Validez De Constructo

Se aplicó un análisis factorial exploratorio de componentes principales, para determinar la validez de constructo de la escala. La prueba de Kaiser Meyer Olkin reveló que la matriz era factorizable ($KMO = .925$; $p \leq .001$). Los reactivos obtuvieron comunalidades por arriba del .40 lo que indicó que miden un mismo constructo. Se eligieron 4 factores con un valor propio mayor de 1, los cuales explicaban el 54.98 % de la varianza.

Se llevó a cabo una rotación Oblicua y se optó por aquellos reactivos que tenían un peso factorial mayor o igual a .50 para conformar el instrumento final. La versión consta de 28 reactivos (ver Tabla 10).

Tabla 10

Estructura factorial del Cuestionario breve de Prácticas Parentales formato para universitarios

Ítem	1	2	3	4
1 Mis padres me motivan a hablar con ellos de mis problemas	.80	-.05	-.01	-.26
6 Mis padres me brindan confianza y entendimiento cuando me encuentro triste	.79	-.17	.17	-.29
4 Mis padres muestran comprensión (empatía) cuando me encuentro herido(a) o frutado(a)	.74	-.12	.14	-.34
17 Mis padres se dan cuenta de mis problemas y preocupaciones de la escuela (o trabajo)	.73	-.15	.08	-.31
15 Mis padres me motivan a que hable acerca de las consecuencias de mis propias acciones	.73	.04	.07	-.46
18 Mis padres me expresan afecto con abrazos o besos	.72	-.07	.18	-.28
24 Mis padres respetan mis opiniones ayudándome a que las exprese	.71	-.16	.16	-.47
22 Mis padres me animan a que libremente exprese lo que siento cuando no estoy de acuerdo con ellos	.70	-.14	.17	-.39
25 Mis padres me explican cómo se sienten con mi buena o mala conducta	.69	.11	.10	-.46
14 Mis padres me dicen que aprecian mis logros o intentos de lograr algo	.69	-.09	.15	-.56
10 Mis padres están atentos a mis deseos y necesidades	.68	-.01	.15	-.45
3 Mis padres me felicitan cuando me porto bien	.65	-.03	.07	-.29
20 Mis padres hablan y razonan conmigo cuando me porto mal	.62	.09	.22	-.49
7 Mis padres me gritan o rezongan cuando me porto mal	-.14	.70	-.30	.26
27 Cuando pregunto a mis padres porque tengo que hacer algo, me contestan que porque ellos lo dicen o porque es mi mamá (o papá) o porque así lo quieren	-.20	.68	-.23	.22
11 Mis padres discuten conmigo	-.17	.66	-.31	.25
28 Mis padres me exigen que haga las cosas	.05	.65	-.22	.07
16 Mis padres explotan en enojo conmigo	-.32	.61	-.46	.32
8 Mis padres me ofenden y critican para que mejore	-.23	.60	-.38	.33
29 Mis padres me jalar (jalonean) cuando soy desobediente	-.07	.32	-.83	.27
19 Mis padres emplean el castigo físico como una manera de disciplinarme	-.07	.22	-.80	.14
9 Mis padres me jalar (o jalonean) con fuerza cuando soy desobediente	-.10	.28	-.77	.28
21 Mis padres me dan una cachetada cuando me porto mal	-.08	.14	-.74	.15
30 Mis padres me explican las razones de las reglas (de la casa)	.51	.20	.07	-.68
12 Mis padres me explican las razones de las reglas que deben ser obedecidas	.48	.23	.01	-.66
5 Mis padres me castigan quitándome privilegios con poca o ninguna explicación	.01	.44	-.31	.62
26 Mis padres me amenazan con castigarme con poca o ninguna justificación	-.11	.48	-.41	.54
2 Mis padres me disciplinan por medio del castigo más que usando la razón	.01	.46	-.45	.50
Alpha de Cronbach	.925	.790	.794	.600
% de Varianza Explicada	30.52	15.20	5.37	3.88
M	3.72	2.11	1.35	4.05
D.E.	.910	.966	.654	.688

1. Autoritativo/democrático, 2. Autoritario, 3. Coercitivo, 4. Castigo

Nota: El ítem 23 no cargó en ningún factor. Los pesos factoriales por ítem se encuentran marcados en negritas, dependiendo al factor al que correspondieran.

5.3.8 Consistencia Interna

Se realizó la prueba del alpha de Cronbach con el fin de conocer la consistencia interna de la prueba (ver Tabla 11).

Tabla 11

Coefficientes de Consistencia Interna de los factores

Factores y definición	Alpha de Cronbach	No. De ítems
<i>Democrático</i> : percepción de que los padres son atentos con las necesidades, establecen reglas claras y permiten la libre expresión de las emociones con respeto	.925	13
<i>Autoritario</i> : percepción de que los padres son rígidos, no muestran control emocional y usan la ofensa y la crítica como método de control	.790	6
<i>Coercitivo</i> : percepción de que los padres usan como método de control el castigo físico ante conductas desobedientes	.794	4
<i>Castigo</i> : percepción de que padres usan como método de control el castigo sobre los privilegios sin explicación o justificación	.600	5
Total	.828	28

5.3.9 Conclusiones

Tal como lo indican Reyes-Lagunes y García y Barragán (234) se llevó a cabo la validación psicométrica a través de los siguientes análisis: análisis de frecuencias, discriminación de reactivos para grupos extremos, confiabilidad interna y validez de constructo; logrando con esto, tener una validación psicométrica culturalmente relevante para la percepción de prácticas parentales en universitarios mexicanos. De acuerdo con los resultados observados, se obtuvo un instrumento válido y confiable que consta de 4 factores.

La escala de percepción de prácticas parentales para estudiantes universitarios resultó ser una escala válida y confiable, sus resultados son similares a los reportados por Musitu y García al describir estilos centrado en la coerción por parte de ambos padres (18), sólo que en la escala para universitarios sólo se incluye la percepción de las hijas e hijos, así mismo es similar a la escala de Andrade et al., (151) al contar con elementos que

evalúan el control psicológico y conductual. Difiere de otras escalas internacionales en la exclusión de un estilo permisivo y negligente, lo cual dejaría de lado la clasificación de Baumrind (102), lo cual ha sido reportado por Gaxiola et al., (236) y por González y Landero (139, 140) al mencionar que los estilos parentales (compuestos por diversas prácticas) presentarán variaciones dependiendo la cultura en donde sean medidas.

En la muestra donde se ha validado el cuestionario se observa que las alumnas y alumnos perciben que sus padres tienen un estilo parental democrático ($\bar{x} = 3.72$) y castigo ($\bar{x} = 4.05$) las cuales se ubican por arriba de la media teórica, por otro lado el estilo parental autoritario ($\bar{x} = 2.11$) y coercitivo ($\bar{x} = 1.35$) estuvieron por debajo de la media teórica.

A manera de conclusión, ahora que se cuenta con una escala válida y confiable para población universitaria mexicana será más viable el desarrollo de otras líneas de investigación.

5.4 Estudio 2. Creación de un modelo de predicción para síntomas de Ansiedad social en estudiantes universitarios de Hidalgo

5.4.1 Objetivo general

Desarrollar un modelo predictivo de la ansiedad social (VD) que incluya la percepción del estilo parental (VI) y el estilo de afrontamiento al estrés (VI) en estudiantes universitarios de Hidalgo.

5.4.2 Objetivos específicos

1. Conocer el nivel de ansiedad social de estudiantes universitarios de Hidalgo.
2. Conocer la percepción de los estilos parentales por parte de estudiantes universitarios de Hidalgo.
3. Conocer los estilos de afrontamiento al estrés de estudiantes universitarios de Hidalgo.
4. Comparar las licenciaturas por nivel de Ansiedad Social.
5. Comparar las licenciaturas por nivel de Percepción de estilo parental
6. Comparar las licenciaturas por nivel de Estilo de afrontamiento al estrés
7. Comparar los estilos de afrontamiento entre estudiantes con menor riesgo de AS y mayor riesgo de AS de la muestra.
8. Comparar la percepción de los estilos parentales entre estudiantes con menor riesgo de AS y mayor riesgo de AS de la muestra.
9. Relacionar la percepción de los estilos parentales y la ansiedad social en estudiantes universitarios de Hidalgo
10. Relacionar los estilos de afrontamiento al estrés y la ansiedad social en estudiantes universitarios de Hidalgo.
11. Desarrollar un modelo predictivo de la ansiedad social que incluya la percepción del estilo parental y los estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de Hidalgo.

VI MÉTODO

6.1 Tipo de estudio y diseño

Se llevó a cabo un estudio explicativo no experimental transversal de campo.

Tabla 12

6.2 Definición de variables

Variables	Conceptual	Operacional
Ansiedad social	El DSM- V (1) describe a la ansiedad social como 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.	Versión adaptada para población mexicana del cuestionario CASO-A30(237). Autor: V. Caballo consta de 30 ítems tipo Likert, que evalúan el malestar ante diferentes situaciones sociales. Para grupos extremos se usó la Desviación Estándar (+1,-1) del puntaje total de la AS
Percepción de estilos parentales	La percepción de estilos parentales se definen como la percepción de toda la constelación de actitudes de los padres, que se traducen en prácticas específicas que influyen en el comportamiento de los hijos”(121).	Instrumento: Versión adaptada para estudiantes universitarios mexicanos del cuestionario: Parenting Practices Questionnaire) de Robinson et al(130). Autores: Higareda, Romero, Del Castillo, Gil-Bernal y Rivera, versión de 28 ítems, 13 que evalúan estilo democrático, 6 el estilo autoritario, 4 el estilo coercitivo y 5 el estilo de castigo. Cuenta con un alpha de Cronbach de .828(en prensa).
Estilos de afrontamiento al estrés	Los estilos de afrontamiento al estrés se definen como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes	Instrumento: Versión adaptada para estudiantes universitarios mexicanos de la Escala de Estilos de Afrontamiento al estrés Personal de Moos.

	que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos(184).	Autores: Higareda, Del Castillo, Romero, Gil-Bernal y Rivera. Evalúa seis estrategias de afrontamiento, tres centrados en el problema: Afrontamiento cognitivo, Afrontamiento externo y Preparación para la acción. Tres centrados en la emoción: Baja tolerancia a la frustración y retirada social, Evitación del malestar y Distracción. Cuenta con un alpha de Cronbach de .826. Así mismo cuenta con 2 escalas que evalúan el apoyo social y el afrontamiento conductual negativo (en prensa).
Licenciatura	Educación superior impartida dentro de una universidad.	Se clasificaron así: 1. Psicología, 2. Gerontología, 3. Enfermería, 4. Medicina, 5. Odontología, 6. Nutrición, 7. Farmacia

6.3 Participantes

Estudiantes de licenciatura de recién ingreso que acepten participar en la investigación mediante la firma de un consentimiento informado, pertenecientes a las licenciaturas de odontología, medicina, psicología, gerontología, farmacia y nutrición de la UAEH, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

6.3.1 Criterios de inclusión

1. Ser estudiante de primer semestre del ICSa.
2. Ser mayor de edad.
3. Ser mexicano.

6.3.2 Criterios de exclusión

1. Estudiantes que estuvieran recursando una materia de primer semestre.

2. Estudiantes con alguna discapacidad visual o auditiva.

6.3.3 Criterios de eliminación

1. No contestar dos cuadernillos de la batería.
2. Ser mayor de 26 años.
3. No firmar el consentimiento informado.

6.3.4 Descripción de las y los participantes

Participaron 618 estudiantes de recién ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, pertenecientes a las carreras de psicología, medicina, odontología, nutrición, gerontología y farmacia. Seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La media de edad fue 19.03 ($DE=1.43$), con un rango de edad de 17 a 26 años. A continuación se muestran las variables sociodemográficas del estudio.

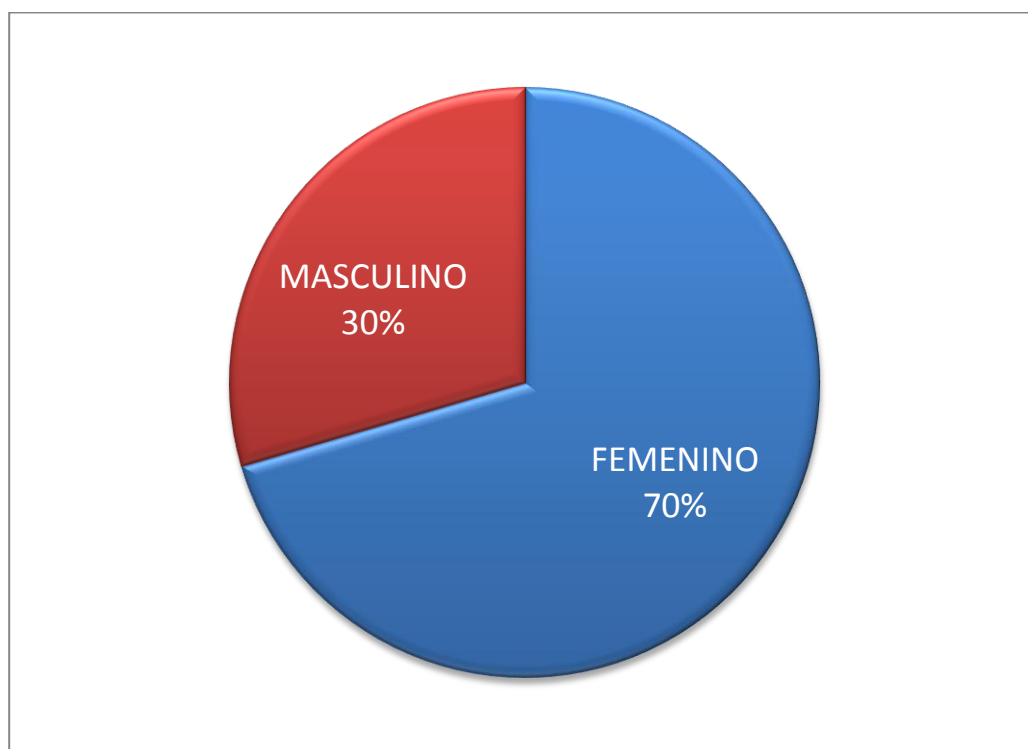


Figura 4. Distribución por sexo

La Figura 4 describe la distribución por sexo, la cual estuvo integrada por 435 mujeres que representan el 70 % de la muestra y por 183 hombres que representan el 30 % de la muestra.

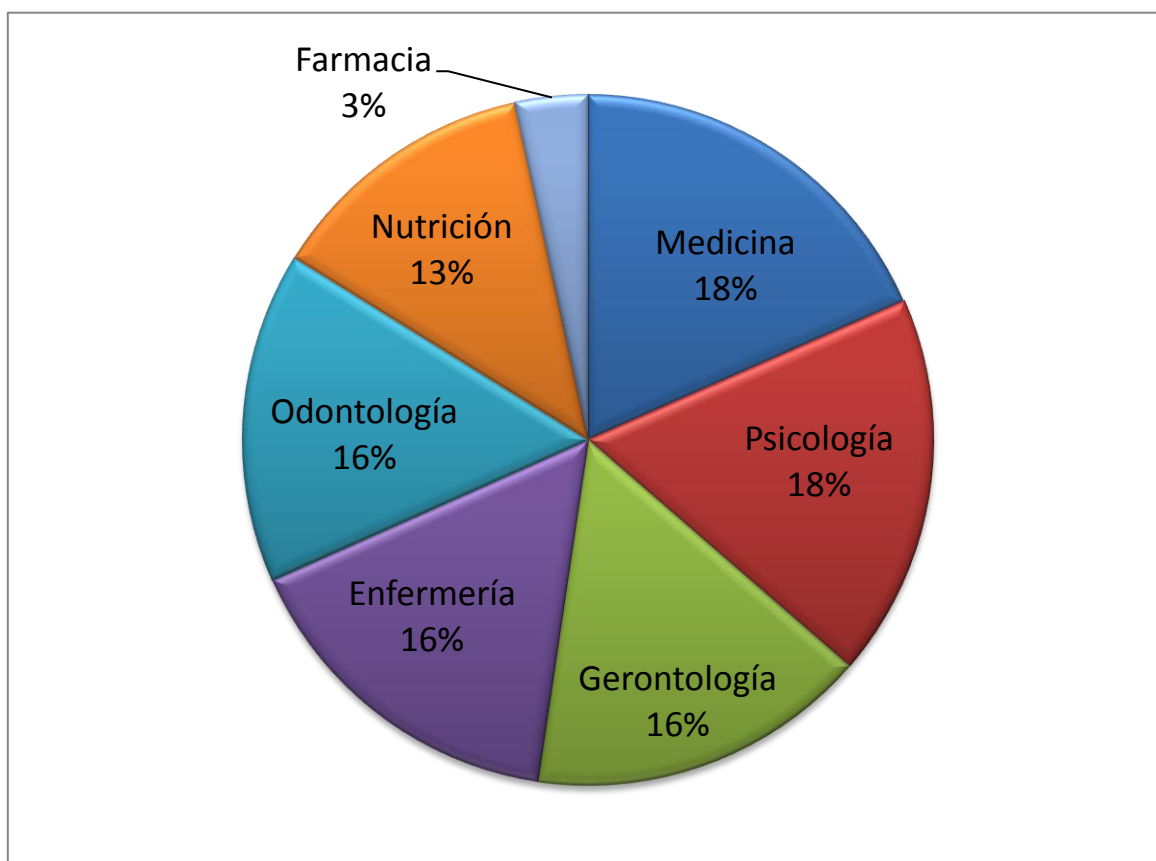


Figura 5. Distribución por carrera

La Figura 5 muestra la distribución por carrera de los participantes, psicología contó con 111 alumnos, medicina 114, enfermería 99, gerontología 98, odontología, 96, nutrición 79 y farmacia 21.

Tabla 13

Frecuencia de personas con quien vive el estudiante entre semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Padres	287	46.4	46.4
Pareja/Pareja e hijos	22	3.6	3.6
Amigos	101	16.3	16.3
Solo	106	17.2	17.2
Otros Familiares	102	16.5	16.5
Total	618	100.0	100.0

La Tabla 13 describe que, aproximadamente el 47 % de la muestral vive con sus padres y el resto con: amigos, pareja e hijos, otros familiares o solo.

Tabla 14

Frecuencia de personas con quien vive el estudiante en fin semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Padres	529	85.6	86.3
Pareja/Pareja e hijos	14	2.3	2.3
Amigos	6	1.0	1.0
Solo	28	4.5	4.6
Otro	36	5.8	5.9
Total	613	99.2	100.0
Sin información	5	.8	
	618	100.0	

La Tabla 14 muestra que aproximadamente el 86 % de la muestra vive con sus padres durante el fin de semana.

Tabla 15

Frecuencia de la escolaridad de la mamá

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
No Estudió	51	8.2	8.2
Primaria	71	11.5	11.5
Secundaria	162	26.2	26.4
Bachillerato	183	29.6	29.8
Licenciatura	129	20.9	21.0
Posgrado	18	2.9	2.9
Total	615	99.4	100.0
Sin Información	4	.6	
Total	618	100.0	

La Tabla 15 describe la escolaridad de las madres de los estudiantes de licenciatura, se observa que aproximadamente el 30 % de las madres de la muestra concluyeron sus estudios de bachillerato.

Tabla 16

Frecuencia de la escolaridad del padre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
No estudió	35	5.7	5.7
Primaria	82	13.3	13.3
Secundaria	181	29.3	29.3
Bachillerato	138	22.3	22.3
Licenciatura	150	24.3	24.3
Posgrado	32	5.2	5.2
Total	618	100.0	100.0

La Tabla 16 muestra que aproximadamente el 30 % de los padres de los participantes tienen estudios de secundaria y el 24 % presentan licenciatura.

Tabla 17

Frecuencia de la ocupación de la madre de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Ama de Casa	272	44.0	45.0
Profesionista	132	21.3	21.8
Oficio	10	1.6	1.7
Autoempleo/comercio	80	12.9	13.2
Jubilada	9	1.5	1.5
Desconocido/Finado	4	.6	.7
Técnico/empleada	89	14.4	14.7
Otra	9	1.5	1.5
Total	606	97.9	100.0
Sin información	13	2.1	
Total	618	100.0	

La Tabla 17 muestra que aproximadamente el 45 % de las madres de los participantes se dedican al hogar y aproximadamente el 22 % cuentan con alguna profesión.

Tabla 18

Frecuencia de la ocupación del padre de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Profesionista	147	23.7	25.4
Técnico/Empleado	141	22.8	24.4
Oficio	109	17.6	18.9
Autoempleado/comerciante	109	17.6	18.9
Desempleado	4	.6	.7
Campesino	31	5.0	5.4
Jubilado	16	2.6	2.8
Desconocido/finado	13	2.1	2.2
Otro	7	1.1	1.2
Total	578	93.4	100.0
Sin información	41	6.6	
Total	618	100.0	

La Tabla 18 muestra que aproximadamente el 25 % de los padres de los participantes actualmente se desempeña como profesionista, seguido por un 24 % técnico o empleado.

Tabla 19

Descriptivos por licenciatura de los datos sociodemográficos

	Medicina (n = 114)	Nutrición (n = 79)	Farmacia (n = 21)	Enfermería (n = 99)	Gerontología (n = 98)	Odontología (n = 96)	Psicología (n = 111)
Sexo							
Hombres	61 (53.5 %)	17 (21.5 %)	20 (20.2 %)	20 (20 %)	13 (13.3 %)	34 (35.4 %)	31 (27.9 %)
Mujeres	53 (46.5 %)	62 (78.5 %)	79 (79.8 %)	79 (80 %)	85 (86.7 %)	62 (64.6 %)	80 (72.1 %)
Ocupación Padre							
Profesionista	40 (37.7 %)	13 (18.1 %)	15 (16.3 %)	15 (16 %)	14 (14.9 %)	36 (40.4 %)	26 (25.2 %)
Técnico/ Empleado	24 (22.6%)	18 (25 %)	25 (27.2 %)	25 (27 %)	24 (25.5 %)	15 (16.9 %)	24 (23.3 %)
Oficio	8 (7.5 %)	14 (19.4 %)	24 (26.1 %)	24 (26 %)	24 (25.5 %)	10 (11.2 %)	25 (24.3 %)
Autoempleo	19 (17.9 %)	15 (20.8 %)	13 (14.1 %)	13 (14 %)	21 (22.3 %)	23 (25.8 %)	16 (15.5 %)
Desempleado	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (2.2 %)	2 (2 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	0 (0%)
Campesino	6 (5.7 %)	7 (9.7 %)	8 (8.7 %)	8 (8 %)	4 (4.3 %)	2 (2.2 %)	4 (3.9 %)
Jubilado	4 (3.8 %)	1 (1 %)	4 (4.3 %)	4 (4 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	5 (4.9 %)
Finado	3 (2.8 %)	3 (4.2 %)	1 (1.1 %)	1 (1 %)	3 (3.2 %)	0 (0 %)	2 (1.9 %)
Otro	2 (1.9 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (2.1 %)	1 (1 %)	1 (1 %)
Ocupación Madre							
Ama de casa	38 (33.6 %)	41 (52.6 %)	46 (46.9 %)	46 (46 %)	51 (2.1 %)	30 (32.3 %)	54 (50 %)
Profesionista	39 (34.5 %)	12 (15.4 %)	24 (24.5 %)	24 (24 %)	17 (17.9 %)	26 (28 %)	12 (61.1 %)
Técnico/ Empleada	19 (16.8 %)	12 (15.4 %)	11(11.2 %)	11 (11 %)	10 (10.5 %)	16 (17.2 %)	16 (14.8 %)
Autoempleo	13 (11.5 %)	11 (14.1 %)	13 (13.3 %)	13 (13 %)	5 (5.3 %)	18 (19.4 %)	19 (17.6 %)
Oficio	0 (0 %)	1 (1 %)	2 (2 %)	2 (2 %)	4 (4.2 %)	0 (0 %)	3 (2.8 %)
Jubilada	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	4 (4.2 %)	0 (0 %)	3 (2.8 %)
Finada	2 (1.8 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	0 (0%)	1 (1 %)	1 (1 %)
Otro	1 (1 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	4 (4.2 %)	2 (2.2 %)	
Edad	$\mu = 18.58$	$\mu = 19.49$	$\mu = 19.18$	$\mu = 19.24$	$\mu = 18.73$	$\mu = 18.92$	$\mu = 19.34$
D.E.	DE = .84	DE = 1.46	DE = 1.43	DE = 1.30	DE = 1.79	DE = 1.35	DE= 1.52
Vive entre semana							
Padres	47 (41.2 %)	36 (45.6 %)	37 (37.4 %)	8 (38.1 %)	55 (56.1 %)	44 (45.8 %)	60 (54.1 %)
Pareja/ pareja e hijos	2 (1.8 %)	4 (5.1 %)	4 (4 %)	2 (9.5 %)	2 (2.0 %)	2 (2.1 %)	6 (5.4 %)
Amigos	20 (17.5 %)	11 (13.9 %)	23 (23.2 %)	5 (23.8 %)	10 (10.2 %)	17 (17.7 %)	15 (13.5 %)
Solo	23 (20.2 %)	15 (19 %)	22 (22.2 %)	4 (19 %)	15 (15.3 %)	14 (14.6 %)	13 (11.7 %)
Otros	22 (19.3 %)	13 (16.5 %)	13 (13.1 %)	2 (9.5 %)	16 (16.3 %)	19 (19.8 %)	17 (15.3 %)
Padres							
Casados/UL	88 (77.9 %)	57 (72.2 %)	82 (82.8 %)	16 (76.2 %)	72 (73.5 %)	76 (79.2 %)	78 (70.3 %)
Divorciados/ separados/ solteros	24 (21.2 %)	20 (25.3 %)	16 (16.2 %)	5 (23.8 %)	22 (22.4 %)	18 (18.8 %)	30 (27 %)
Viudos	1 (1 %)	2 (2.5 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	4 (4.1 %)	2 (2.1 %)	3 (2.7 %)
Escolaridad papá							
Sin estudios	7 (6.1 %)	7 (8.9 %)	8 (8.1 %)	0 (0 %)	5 (5.1 %)	5 (5.2 %)	3 (2.7 %)
Primaria	11 (9.6 %)	9 (11.4 %)	16 (16.2 %)	5 (23.8 %)	12 (12.2 %)	11(11.5 %)	18 (16.2 %)
Secundaria	23 (20.2 %)	25 (31.6 %)	38 (38.4 %)	9 (42.9 %)	35 (35.7 %)	22 (22.9 %)	29 (26.1 %)
Preparatoria/ Bachillerato	27 (23.7 %)	17 (21.5 %)	19 (19.2 %)	2 (9.5 %)	24 (24.5 %)	22 (22.9 %)	27 (24.3 %)
Licenciatura	40 (35.1 %)	18 (22.8 %)	16 (16.2 %)	3 (14.3 %)	15 (15.3 %)	27 (28.1 %)	31 (27.9 %)
Posgrado	6 (5.3 %)	3 (3.8 %)	2 (2 %)	2 (9.5 %)	7 (7.1 %)	9 (9.4 %)	3 (2.7 %)
Escolaridad mamá							
Sin estudios	5 (4.4 %)	6 (7.6 %)	9 (9.1 %)	5 (23.8 %)	13 (13.3 %)	4 (4.2 %)	9 (8.3 %)
Primaria	10 (8.8 %)	8 (10.1 %)	20 (20.2 %)	0 (0 %)	15 (15.3 %)	8 (8.4 %)	10 (9.2 %)
Secundaria	18 (15.9 %)	23 (29.1 %)	38 (38.4 %)	10 (47.6 %)	22 (22.4 %)	16 (16.8 %)	35 (32.1 %)
Preparatoria/ Bachillerato	37 (32.7 %)	29 (36.7 %)	15 (15.2 %)	4 (19 %)	27 (27.6%)	35 (36.8 %)	36 (33 %)
Licenciatura	37 (32.7 %)	11 (13.9 %)	17 (17.2 %)	2 (9.5 %)	18 (18.4 %)	28 (29.5 %)	16 (14.7 %)
Posgrado	6 (5.3 %)	2 (2.5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (3.1 %)	4 (4.2 %)	3 (2.8 %)

La Tabla 19 muestra las frecuencias de las carreras de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, como se observa la licenciatura de enfermería cuenta con pocos estudiantes al momento de su ingreso.

6.4 Instrumentos

6.4.1 Cuestionario de Ansiedad Social CASO A30

Versión adaptada para estudiantes universitarios mexicanos del cuestionario CASO-A30 de Caballo et al., (237) cuenta con 30 ítems en escala likert de 5 puntos (desde 1="Nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo" hasta 5= "Mucho o muchísimo malestar, tensión o nerviosismo"). El CASO-A30 evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Interacción con el Sexo Opuesto; 2) Expresión Asertiva de Molestia; 3) Hablar en Público; 4) Quedar en Evidencia; 5) Interacción con Desconocidos; 6) Ansiedad Social Total. Cada dimensión consta de seis ítems distribuidos al azar a lo largo del cuestionario. Consistencia interna de .91.

6.4.2 Cuestionario breve de percepción de prácticas parentales

Versión adaptada en población mexicana del cuestionario Parenting Practices Questionnaire (37) de validada por Higareda, Romero, Del Castillo, Gil-Bernal y Rivera (en prensa), versión de 28 ítems tipo likert con cinco opciones de respuesta que van de nunca (1) a siempre (5), 13 evalúan estilo democrático, 6 el estilo autoritario, 4 el estilo coercitivo y 5 el estilo de castigo. Cuenta con un alpha de Cronbach de .828.

6.4.3 Cuestionario de estilos de afrontamiento forma B de Moos

Para medir los estilos de afrontamiento al estrés se empleó la versión adaptada para estudiantes universitarios mexicanos de la Escala de Estilos de Afrontamiento al estrés Personal de Moos validada por Higareda, Del Castillo, Romero, Gil-Bernal y Rivera (en prensa). Evalúa seis estilos de afrontamiento, tres centrados en el problema: Afrontamiento cognitivo, Afrontamiento externo y Preparación para la acción. Tres centrados en la emoción: Baja tolerancia a la frustración y retirada social, Evitación del malestar y Distracción. Cuenta con un alpha de Cronbach de .826. Así mismo cuenta con 2 subescalas

más que evalúan el apoyo social con un alpha de Cronbach de .817 y el afrontamiento conductual negativo con un alpha de Cronbach de .718.

6.5 Procedimiento

Esta investigación formó parte de un proyecto más grande en el cual se buscó evaluar distintas variables asociadas a ansiedad social, en este trabajo se utilizaron 23 instrumentos los cuales permitieron identificar distintos factores de riesgo y protección para universitarios. Para la presente tesis solo se evaluaron tres variables de todas las que se trabajaron. Se gestionó la aplicación con las áreas académicas de las licenciaturas del ICSa, al presentarse el proyecto se acordaron las sesiones de aplicación a los grupos de primer semestre. Antes de comenzar la aplicación de la batería se dialogó con los alumnos presentándoles el proyecto, aclarando el aspecto de la confidencialidad y el consentimiento informado que al firmarlo se volvían participantes de la investigación. La duración de la aplicación fue de 3 sesiones de 2 horas cada una. Al finalizar la aplicación a todos los grupos se realizó la captura, la revisión y limpieza de la base de datos y posteriormente se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS v. 21 para la obtención de resultados.

6.6 Análisis estadísticos

- Descriptivos que incluyan las medidas de tendencia central y de dispersión por variable.
- Análisis de varianza simple para conocer las diferencias por factor de cada una de las variables por licenciatura.
- t de Student para muestras independientes: Para comparar los estilos de afrontamiento al estrés y la percepción de estilos parentales en dos grupos de estudiantes: los de mayor riesgo y los de menor riesgo de ansiedad social.
- Correlaciones bivariadas: Se aplicarán coeficientes de correlación producto-momento de Pearson para encontrar correlaciones estadísticamente significativas entre percepción de los estilos de crianza y la ansiedad social y entre los estilos de afrontamiento al estrés y la ansiedad social.

- Regresión Múltiple: Para probar el modelo propuesto y encontrar si los estilos de afrontamiento al estrés y la percepción de los estilos de crianza, son predictores confiables de la ansiedad social.

VII ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título I, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, el presente trabajo es factible de acuerdo a los siguientes artículos:

Artículo 17, inciso II, se llevó a cabo una investigación con riesgos mínimos ya que se obtuvieron los datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

Artículo 20, el cual se refiere al consentimiento informado, donde el sujeto en investigación aceptó participar en el estudio, al mismo tiempo se le informó sobre la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los cuales se sometió.

Artículo 21, cada una de sus fracciones quedaron plasmadas y explicadas en el consentimiento informado.

Artículo 22, donde se brindó por escrito con copia para el sujeto en investigación y el investigador, cubriendo cada una de las fracciones del artículo mismo.

VIII RESULTADOS

8.1 Resultados descriptivos de la muestra total

En el siguiente apartado se describen las medias por factor de Ansiedad social, Estilo de Afrontamiento al estrés y Percepción de estilos parentales en la muestra total.

Tabla 20

Descriptivos de las variables en la muestra total

Escala	N	Media	D.E.	Mínimo	Máximo
^a Estilos Parentales					
Democrático	607	3.72	0.91	1.00	5.00
Autoritario	607	2.23	0.82	1.00	4.83
Coercitivo	607	1.35	0.65	1.00	5.00
Castigo	607	4.05	0.69	1.00	5.00
^b Estilos De Afrontamiento					
Afrontamiento Cognitivo	599	3.45	0.93	0.00	5.00
Retirada Social	599	1.49	0.95	0.00	5.00
Afrontamiento Externo	597	3.05	0.87	0.00	5.00
Preparación para la Acción	599	3.26	0.94	0.00	5.00
Evitación del Malestar	599	2.91	0.95	0.00	5.00
Distracción	599	2.92	0.94	0.00	5.00
Afrontamiento Conductual	599	0.98	0.93	0.00	5.00
Red de Apoyo	598	3.51	1.05	0.00	5.00
^c Ansiedad Social					
Interacción con el Sexo Opuesto	603	16.23	5.99	6.00	30.00
Expresión Asertiva de Molestia	603	14.02	4.92	2.00	29.00
Hablar en Público	603	14.85	5.54	4.00	30.00
Quedar en Evidencia	603	16.41	5.30	4.00	30.00
Interacción con Desconocidos	603	13.03	4.86	1.00	29.00
^d Ansiedad Social total	603	74.54	22.48	18.00	143.00

a Rango teórico de 1 a 5

b Rango teórico de 0 a 5

c Rango teórico de 6 a 30

d Rango teórico de 30 a 150

En la Tabla 20 se muestran los descriptivos totales de las y los participantes, se observa que el estilo parental Democrático y Castigo, así como el Afrontamiento cognitivo, Afrontamiento externo, Preparación para la acción y Red de apoyo de los estilos de afrontamiento de Moos, puntuaron por arriba de la media. De los factores de Ansiedad Social, ninguno puntuó por arriba de la media teórica, sin embargo el factor Quedar en evidencia fue el más alto.

8.2 Datos descriptivos por licenciatura

Tabla 21

Descriptivos de las variables de la licenciatura en Psicología

Escala	n	Media	D.E.	Mínimo	Máximo
^a Estilos Parentales					
Democrático	108	3.53	0.96	1.15	5.00
Autoritario	108	2.22	0.79	1.00	4.17
Coercitivo	108	1.13	0.27	1.00	2.25
Castigo	108	4.10	0.69	1.60	5.00
^b Estilos De Afrontamiento					
Afrontamiento Cognitivo	110	3.44	0.89	0.00	5.00
Retirada Social	110	1.18	0.86	0.00	4.00
Afrontamiento Externo	110	2.99	0.85	.80	4.60
Preparación para la Acción	110	3.01	0.80	0.67	5.00
Evitación del Malestar	110	2.81	0.90	0.00	5.00
Distracción	110	2.86	0.91	0.50	4.75
Afrontamiento Conductual	110	0.78	0.82	0.00	3.80
Red de Apoyo	110	3.64	1.12	0.00	5.00
^c Ansiedad Social					
Interacción con el Sexo Opuesto	110	17.24	5.58	6.00	30.00
Expresión Asertiva de Molestia	110	14.28	4.55	6.00	27.00
Hablar en Público	110	15.65	4.94	6.00	30.00
Quedar en Evidencia	110	15.94	4.61	6.00	28.00
Interacción con Desconocidos	110	13.83	5.03	5.00	28.00
^d Ansiedad Social Total	110	76.94	20.66	30.00	133.00

a Rango teórico de 1 a 5

b Rango teórico de 0 a 5

c Rango teórico de 6 a 30

d Rango teórico de 30 a 150

En la Tabla 21 se muestran los descriptivos de la licenciatura de Psicología, se observa que en los Democrático y Castigo de los estilos parentales percibidos; el Afrontamiento cognitivo, Preparación para la acción y Red de apoyo del Moos los datos estuvieron por encima de la media. De los factores de Ansiedad Social, ninguno puntuó por arriba de la media teórica.

Tabla 22

Descriptivos de las variables de la licenciatura en Gerontología

Escala	n	Media	D.E.	Mínimo	Máximo
^a Estilos Parentales					
Democrático	96	3.69	0.93	1.08	5.00
Autoritario	96	2.28	0.84	1.00	4.67
Coercitivo	96	1.29	0.56	1.00	4.25
Castigo	96	4.04	0.60	2.60	5.00
^b Estilos De Afrontamiento					
Afrontamiento Cognitivo	95	3.38	0.94	0.00	4.86
Retirada Social	95	1.57	0.92	0.00	4.75
Afrontamiento Externo	95	2.96	0.83	0.40	4.60
Preparación para la Acción	95	3.32	1.11	0.00	5.00
Evitación del Malestar	95	3.02	0.88	0.25	4.75
Distracción	95	2.92	0.98	0.00	5.00
Afrontamiento Conductual	95	1.00	0.94	0.00	3.60
Red de Apoyo	95	3.54	0.85	1.67	5.00
^c Ansiedad Social					
Interacción con el Sexo Opuesto	98	17.16	6.21	6.00	29.00
Expresión Asertiva de Molestia	98	15.42	4.14	4.00	24.00
Hablar en Público	98	15.56	5.16	6.00	28.00
Quedar en Evidencia	98	17.82	4.72	5.00	27.00
Interacción con Desconocidos	98	13.33	4.19	4.00	22.00
^d Ansiedad Social Total	98	79.29	18.40	34.00	121.00

a Rango teórico de 1 a 5

b Rango teórico de 0 a 5

c Rango teórico de 6 a 30

d Rango teórico de 30 a 150

En la Tabla 22 se presentan los datos descriptivos de la licenciatura de gerontología y se observa que en los factores Democrático y Castigo de los estilos parentales percibidos, en el Afrontamiento cognitivo, Preparación para la acción, Evitación del malestar, Red de apoyo del Moos los datos estuvieron por encima de la media. De los factores de Ansiedad Social ninguno estuvo por arriba de la media.

Tabla 23

Descriptivos de las variables de la licenciatura en Enfermería

Escala	n	Media	D.E.	Mínimo	Máximo
^a Estilos Parentales					
Democrático	96	3.77	0.95	1.00	5.00
Autoritario	96	2.15	0.80	1.00	4.83
Coercitivo	96	1.43	0.63	1.00	3.50
Castigo	96	3.96	0.81	1.20	5.00
^b Estilos De Afrontamiento					
Afrontamiento Cognitivo	99	3.34	0.97	1.14	5.00
Retirada Social	99	1.61	1.12	0.00	5.00
Afrontamiento Externo	98	3.07	0.88	0.60	5.00
Preparación para la Acción	99	3.40	0.92	1.50	5.00
Evitación del Malestar	99	2.83	0.98	0.50	5.00
Distracción	99	2.93	0.99	0.75	5.00
Afrontamiento Conductual	99	0.77	0.84	0.00	3.80
Red de Apoyo	99	3.54	1.06	0.33	5.00
^c Ansiedad Social					
Interacción con el Sexo Opuesto	99	15.57	5.26	6.00	28.00
Expresión Asertiva de Molestia	99	14.06	4.77	6.00	28.00
Hablar en Público	99	14.82	5.24	6.00	25.00
Quedar en Evidencia	99	16.62	5.08	6.00	29.00
Interacción con Desconocidos	99	13.08	4.81	6.00	29.00
^d Ansiedad Social Total	99	74.14	20.59	32.00	120.00

a Rango teórico de 1 a 5

b Rango teórico de 0 a 5

c Rango teórico de 6 a 30

d Rango teórico de 30 a 150

En la Tabla 23 se presentan los datos descriptivos de la licenciatura de Enfermería, se observa que en los factores Democrático y Castigo de los estilos parentales percibidos, en el Afrontamiento cognitivo, Afrontamiento externo, Preparación para la acción y Red de apoyo del Moos los datos estuvieron por encima de la media. Los factores del Ansiedad Social no puntuaron por arriba de la media.

Tabla 24

Descriptivos de las variables de la licenciatura en Medicina

Escala	n	Media	D.E.	Mínimo	Máximo
^a Estilos Parentales					
Democrático	114	3.81	0.81	1.85	5.00
Autoritario	114	2.19	0.81	1.00	4.50
Coercitivo	114	1.41	0.79	1.00	5.00
Castigo	114	4.10	0.69	2.00	5.00
^b Estilos De Afrontamiento					
Afrontamiento Cognitivo	113	3.64	0.80	1.43	5.00
Retirada Social	113	1.56	0.95	0.00	5.00
Afrontamiento Externo	113	3.11	0.87	1.00	5.00
Preparación para la Acción	113	3.35	0.94	0.75	5.00
Evitación del Malestar	113	3.09	0.87	0.75	5.00
Distracción	113	3.00	0.82	1.25	5.00
Afrontamiento Conductual	113	1.10	0.91	0.00	3.80
Red de Apoyo	113	3.41	1.12	0.33	5.00
^c Ansiedad Social					
Interacción con el Sexo Opuesto	112	16.16	5.96	6.00	30.00
Expresión Asertiva de Molestia	112	13.84	5.23	6.00	28.00
Hablar en Público	112	14.74	5.98	6.00	30.00
Quedar en Evidencia	112	16.12	5.40	5.00	30.00
Interacción con Desconocidos	112	13.04	4.89	6.00	29.00
^d Ansiedad Social Total	112	73.89	24.12	30.00	143.00

a Rango teórico de 1 a 5

b Rango teórico de 0 a 5

c Rango teórico de 6 a 30

d Rango teórico de 30 a 150

En la Tabla 24 se presentan los datos descriptivos de la licenciatura de Medicina, y se observa que en los factores Democrático y Castigo de los estilos parentales percibidos, en el Afrontamiento cognitivo, Afrontamiento externo, Preparación para la acción, Evitación del malestar, Distracción y Red de apoyo del Moos, los datos puntuaron por arriba de la media. De los factores de Ansiedad Social, ninguno puntuó por arriba de la media teórica.

Tabla 25

Descriptivos de las variables de la licenciatura en Odontología

Escala	n	Media	D.E.	Mínimo	Máximo
^a Estilos Parentales					
Democrático	94	3.79	0.83	1.31	5.00
Autoritario	94	2.37	0.87	1.00	4.67
Coercitivo	94	1.49	0.79	1.00	4.25
Castigo	94	3.96	0.75	2.00	5.00
^b Estilos De Afrontamiento					
Afrontamiento Cognitivo	83	3.59	0.98	0.00	5.00
Retirada Social	83	1.60	0.91	0.00	3.75
Afrontamiento Externo	82	3.10	0.87	0.60	5.00
Preparación para la Acción	83	3.22	0.92	0.50	5.00
Evitación del Malestar	83	3.06	0.88	0.33	5.00
Distracción	83	2.96	1.03	0.00	4.75
Afrontamiento Conductual	83	1.12	1.00	0.00	3.60
Red de Apoyo	83	3.50	1.10	0.00	5.00
^c Ansiedad Social					
Interacción con el Sexo Opuesto	85	14.26	5.86	6.00	28.00
Expresión Asertiva de Molestia	85	12.21	5.02	6.00	25.00
Hablar en Público	85	12.84	5.30	6.00	27.00
Quedar en Evidencia	85	14.75	5.99	5.00	29.00
Interacción con Desconocidos	85	11.67	4.65	6.00	25.00
^d Ansiedad Social Total	85	65.73	23.90	30.00	130.00

a Rango teórico de 1 a 5

b Rango teórico de 0 a 5

c Rango teórico de 6 a 30

d Rango teórico de 30 a 150

En la Tabla 25 se presentan los datos descriptivos de la licenciatura de Odontología, y se observa que en los factores Democrático y Castigo de los estilos parentales percibidos, en el Afrontamiento cognitivo, Afrontamiento externo, Preparación para la acción, Evitación del malestar y Red de apoyo del Moos, los datos estuvieron por encima de la media. No se obtuvieron datos por encima de la media teórica en la escala de Ansiedad Social.

Tabla 26

Descriptivos de las variables de la licenciatura en Nutrición

Escala	n	Media	D.E.	Mínimo	Máximo
^a Estilos Parentales					
Democrático	78	3.73	0.95	1.15	5.00
Autoritario	78	2.16	0.78	1.00	4.50
Coercitivo	78	1.34	0.59	1.00	3.50
Castigo	78	4.13	0.59	2.00	5.00
^b Estilos De Afrontamiento					
Afrontamiento Cognitivo	78	3.27	0.94	1.00	5.00
Retirada Social	78	1.53	0.89	0.00	3.75
Afrontamiento Externo	78	3.13	0.86	1.00	5.00
Preparación para la Acción	78	3.26	0.89	0.75	5.00
Evitación del Malestar	78	2.67	1.08	0.00	5.00
Distracción	78	2.89	0.92	1.00	5.00
Afrontamiento Conductual	78	1.14	1.06	0.00	5.00
Red de Apoyo	78	3.49	1.06	1.00	5.00
^c Ansiedad Social					
Interacción con el Sexo Opuesto	78	16.63	6.54	6.00	30.00
Expresión Asertiva de Molestia	78	14.45	5.23	2.00	27.00
Hablar en Público	78	15.32	6.12	4.00	28.00
Quedar en Evidencia	78	17.05	5.70	4.00	27.00
Interacción con Desconocidos	78	12.92	5.35	1.00	27.00
^d Ansiedad Social Total	78	76.37	24.65	18.00	129.00

a Rango teórico de 1 a 5

b Rango teórico de 0 a 5

c Rango teórico de 6 a 30

d Rango teórico de 30 a 150

En la Tabla 26 se presentan los datos descriptivos de la licenciatura de Nutrición, se observa que en los factores Democrático y Castigo de los estilos parentales percibidos, en el Afrontamiento cognitivo, Afrontamiento externo, Preparación para la acción y Red de apoyo del Moos, los datos estuvieron por encima de la media teórica. No se obtuvieron datos por encima de la media en la escala de Ansiedad Social.

Tabla 27

Descriptivos de las variables de la licenciatura en Farmacia

Escala	n	Media	D.E.	Mínimo	Máximo
^a Estilos Parentales					
Democrático	21	3.88	1.00	1.00	5.00
Autoritario	21	2.37	0.91	1.00	4.17
Coercitivo	21	1.57	0.97	1.00	4.75
Castigo	21	3.98	0.63	2.60	4.80
^b Estilos De Afrontamiento					
Afrontamiento Cognitivo	21	3.39	1.14	0.00	5.00
Retirada Social	21	1.27	0.91	0.00	3.25
Afrontamiento Externo	21	2.80	1.03	0.00	4.80
Preparación para la Acción	21	3.26	1.09	0.25	4.50
Evitación del Malestar	21	2.49	1.13	0.00	4.25
Distracción	21	2.75	0.95	0.00	4.75
Afrontamiento Conductual	21	1.08	0.82	0.00	2.40
Red de Apoyo	21	3.22	0.97	1.00	5.00
^c Ansiedad Social					
Interacción con el Sexo Opuesto	21	16.48	7.25	6.00	30.00
Expresión Asertiva de Molestia	21	12.71	5.67	6.00	29.00
Hablar en Público	21	14.38	6.52	6.00	28.00
Quedar en Evidencia	21	17.14	5.63	6.00	29.00
Interacción con Desconocidos	21	13.24	5.38	6.00	27.00
^d Ansiedad Social Total	21	73.95	26.55	30.00	140.00

a Rango teórico de 1 a 5

b Rango teórico de 0 a 5

c Rango teórico de 6 a 30

d Rango teórico de 30 a 150

En la Tabla 27 se presentan los datos descriptivos de la licenciatura de Enfermería, se observa que en los factores Democrático y Castigo de los estilos parentales percibidos, en el Afrontamiento cognitivo, Preparación para la acción y Red de apoyo del Moos los datos estuvieron por encima de la media teórica. No se obtuvieron datos por encima de la media en la escala de Ansiedad Social.

8.3 Punto de corte de AS en las y los participantes

Para conocer la prevalencia de AS en las y los participantes se utilizaron los puntos de corte propuestos por Caballo et al., (86) y se calculó el porcentaje por factor de AS y su total. A continuación se presentan los resultados.

Tabla 28

Medias, DE y punto de corte por sexo de Ansiedad Social

Factor	Hombres			Mujeres		
	Media	DE	Punto de corte	Media	DE	Punto de corte
1	13.94	5.59	20	17.17	5.90	20
2	13.09	4.89	21	14.41	4.88	19
3	12.93	5.06	19	15.64	5.54	23
4	15.24	5.16	19	16.88	5.28	21
5	12.21	4.88	17	13.37	4.81	18
6	67.43	22.05	92	77.48	22.01	97

Nota: 1. Interacción con el sexo opuesto, 2. Expresión asertiva de molestia, 3. Hablar en público, 4. Quedar en evidencia o ridículo, 5. Interacción con desconocidos, 6. AS total

Como se observa en la Tabla 28, las y los participantes en promedio no cruzan el punto de corte propuesto por el autor de la escala.

Tabla 29

Porcentaje de participantes en riesgo por sexo y por factor de AS

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
1	17.5	36.4	30.8
2	6.8	20.7	16.6
3	15.8	12.9	13.8
4	26.6	26.5	26.5
5	19.8	20.9	20.6
6	14.1	17.8	16.7

Nota: 1. Interacción con el sexo opuesto, 2. Expresión asertiva de molestia, 3. Hablar en público, 4. Quedar en evidencia o ridículo, 5. Interacción con desconocidos, 6. AS total

Como se observa en la Tabla 29 el porcentaje de las y los participantes que pasaron el punto de corte de AS total es de 16.7 %, en los hombres 14 % y en las mujeres 17 %.

8.4 Diferencias por factores de Ansiedad Social, Estilos de afrontamiento al estrés y Percepción de estilos parentales entre las licenciaturas

Para conocer las diferencias entre los participantes por licenciatura se corrieron análisis de varianza simple (ANOVA) con pruebas Post hoc de Tukey ($p \leq 0.05$) para conocer las diferencias entre los grupos contrastados por factor de Ansiedad Social.

Tabla 30

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por Ansiedad Social total

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F	Prueba Post hoc Tukey HSD
Ansiedad Social Total	Psicología	76.93	20.65	4.012**	Odontología < Nutrición*
	Gerontología	79.28	18.40		Odontología < Psicología*
	Enfermería	74.14	20.59		Odontología < Gerontología*
	Medicina	73.89	24.11		
	Odontología	65.72	23.89		
	Nutrición	76.37	24.65		

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

En la Tabla 30 se observa que la licenciatura de Odontología obtuvo un puntaje menor de síntomas de AS en comparación con las licenciaturas de Nutrición, Psicología y Gerontología.

Tabla 31

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Interacción con el sexo opuesto

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F	Prueba Post hoc Tukey HSD
Interacción con el sexo opuesto	Psicología	17.23	5.57	3.367*	Odontología < Gerontología*
	Gerontología	17.16	6.20		Odontología < Psicología*
	Enfermería	15.56	5.25		
	Medicina	16.16	5.96		
	Odontología	14.25	5.86		
	Nutrición	16.62	6.54		

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

En la Tabla 31 se observa que la licenciatura de Odontología obtuvo un puntaje menor en el factor de Interacción con el sexo opuesto en comparación con las licenciaturas de Psicología y Gerontología.

Tabla 32

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Expresión asertiva de molestia

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F	Prueba Post hoc Tukey HSD	
Expresión asertiva de molestia	Psicología	14.28	4.55	4.244**	Odontología <	Psicología*
	Gerontología	15.42	4.14		Odontología <	Nutrición*
	Enfermería	14.06	4.77		Odontología <	Gerontología**
	Medicina	13.84	5.23			
	Odontología	12.21	5.02			
	Nutrición	14.45	5.23			

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

En la Tabla 32 se observa que los y las participantes de la licenciatura de Odontología tuvieron menor ansiedad al momento de expresar asertivamente su molestia a diferencia de las y los participantes de las licenciaturas de Psicología, Nutrición y Gerontología.

Tabla 33

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Hablar en público/ Interacción con la autoridad

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F	Prueba Post hoc Tukey HSD	
Hablar en público/ Interacción con la autoridad	Psicología	15.65	4.94	3.256*	Odontología <	Nutrición*
	Gerontología	15.56	5.16		Odontología <	Gerontología*
	Enfermería	14.82	5.24		Odontología <	Psicología*
	Medicina	14.74	5.98			
	Odontología	12.84	5.30			
	Nutrición	15.32	6.12			

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

En la Tabla 33 se observa que las y los participantes de la licenciatura de Odontología presentaron menos ansiedad al momento de Hablar en público o Interactuar con figuras de autoridad a diferencia de las y los participantes de las licenciaturas de Nutrición, Gerontología y Psicología.

Tabla 34

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Quedar en evidencia o ridículo

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F	Prueba Post hoc Tukey HSD
Quedar en evidencia o ridículo	Psicología	15.94	4.61	3.635*	Odontología < Gerontología*
	Gerontología	17.82	4.72		
	Enfermería	16.62	5.08		
	Medicina	16.12	5.40		
	Odontología	14.75	5.99		
	Nutrición	17.05	5.70		

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

En la Tabla 34 se observa que las y los participantes de la licenciatura de Odontología presentaron menos ansiedad al momento de Quedar en evidencia o ridículo a diferencia de las y los participantes de la licenciatura de Gerontología.

Tabla 35

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Interacción con desconocidos

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F
Interacción con desconocidos	Psicología	13.83	5.03	2.034
	Gerontología	13.33	4.19	
	Enfermería	13.08	4.81	
	Medicina	13.04	4.89	
	Odontología	11.67	4.65	
	Nutrición	12.92	5.35	

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

En la Tabla 35 se observa que no existieron diferencias estadísticamente significativas en el factor Interacción con desconocidos entre las diferentes licenciaturas.

8.5 Diferencias entre licenciaturas de los factores de la escala de Estilos de Afrontamiento al estrés

Para conocer las diferencias entre los participantes por licenciatura se corrieron análisis de varianza simple (ANOVA) con pruebas Post hoc de Tukey ($p \leq 0.05$) para conocer las diferencias entre los grupos contrastados por estilo de afrontamiento.

Tabla 36

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento cognitivo

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F
Afrontamiento cognitivo	Psicología	3.44	0.88	2.301
	Gerontología	3.37	0.94	
	Enfermería	3.34	0.97	
	Medicina	3.63	0.80	
	Odontología	3.58	0.98	
	Nutrición	3.26	0.94	

En la Tabla 36 se observa que no existieron diferencias estadísticamente significativas en el factor Afrontamiento cognitivo entre las licenciaturas.

Tabla 37

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Retirada social y baja tolerancia a la frustración

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F	Prueba Post hoc Tukey HSD	
Retirada social y baja tolerancia a la frustración	Psicología	1.18	0.85	3.097*	Psicología	< Gerontología*
	Gerontología	1.56	0.92		Psicología	< Enfermería*
	Enfermería	1.60	1.12		Psicología	< Medicina*
	Medicina	1.56	0.95		Psicología	< Odontología*
	Odontología	1.59	0.90			
	Nutrición	1.53	0.88			

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

En la Tabla 37 se observa que las y los participantes de la licenciatura de Psicología presentaron menor Afrontamiento baja tolerancia a la frustración y retirada social a diferencia de las y los participantes de las licenciaturas de Gerontología, Enfermería, Medicina y Odontología.

Tabla 38

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento externo

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F
Afrontamiento externo	Psicología	2.99	0.85	0.631
	Gerontología	2.96	0.83	
	Enfermería	3.07	0.88	
	Medicina	3.11	0.87	
	Odontología	3.10	0.87	
	Nutrición	3.13	0.86	

En la Tabla 38 se observa que no existieron diferencias estadísticamente significativas en el factor Afrontamiento externo entre las licenciaturas.

Tabla 39

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento preparación para la acción

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F	Prueba Post hoc Tukey HSD	
Afrontamiento preparación para la acción	Psicología	3.01	0.80	2.364*	Psicología	< Enfermería*
	Gerontología	3.32	1.11			
	Enfermería	3.40	0.92			
	Medicina	3.35	0.94			
	Odontología	3.22	0.92			
	Nutrición	3.26	0.89			

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

En la Tabla 39 se observa que las y los participantes de la licenciatura de Psicología presentaron menor Afrontamiento preparación para la acción a diferencia de las y los participantes de la licenciatura de Enfermería.

Tabla 40

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento evitación del malestar

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F	Prueba Post hoc Tukey HSD		
Afrontamiento evitación del malestar	Psicología	2.81	0.90	2.956*	Nutrición	<	Medicina*
	Gerontología	3.02	0.88				
	Enfermería	2.83	0.98				
	Medicina	3.09	0.87				
	Odontología	3.06	0.88				
	Nutrición	2.67	1.08				

*p ≤ 0.05

**p ≤ 0.01

En la Tabla 40 se observa que las y los participantes de la licenciatura de Nutrición presentaron menor Afrontamiento evitación del malestar a diferencia de las y los participantes de la licenciatura de Medicina.

Tabla 41

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento con distracción

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F
Afrontamiento con distracción	Psicología	2.86	0.91	0.276
	Gerontología	2.92	0.98	
	Enfermería	2.93	0.99	
	Medicina	3.00	0.82	
	Odontología	2.96	1.03	
	Nutrición	2.89	0.92	

En la Tabla 41 se observa que no existieron diferencias estadísticamente significativas en el factor Afrontamiento con distracción entre las licenciaturas.

Tabla 42

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Afrontamiento conductual

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F	Prueba Post hoc LSD		
Afrontamiento conductual	Psicología	0.78	0.82	3.258*	Psicología	<	Medicina*
	Gerontología	1.00	0.94		Psicología	<	Odontología*
	Enfermería	0.77	0.84		Psicología	<	Nutrición*
	Medicina	1.10	0.91				
	Odontología	1.12	1.00				
	Nutrición	1.14	1.06				

*p ≤ 0.05

**p ≤ 0.01

En la Tabla 42 se observa que las y los participantes de la licenciatura de Psicología presentaron menor Afrontamiento conductual diferencia de las y los participantes de las licenciaturas de Medicina, Odontología y Nutrición.

Tabla 43

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor Red de apoyo

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F
Red de apoyo	Psicología	3.64	1.12	0.757
	Gerontología	3.54	0.85	
	Enfermería	3.54	1.06	
	Medicina	3.41	1.12	
	Odontología	3.50	1.10	
	Nutrición	3.49	1.06	

En la Tabla 43 se observa que no existieron diferencias estadísticamente significativas en el factor Red de apoyo entre las licenciaturas.

8.6 Diferencias entre licenciaturas de los factores de la escala de Percepción de estilo parental

Para conocer las diferencias entre los participantes por licenciatura se corrieron análisis de varianza simple (ANOVA) con pruebas Post hoc de Tukey ($p \leq 0.05$) para conocer las diferencias entre los grupos contrastados por estilo parental percibido.

Tabla 44

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor estilo parental percibido Democrático

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F
Estilo parental percibido Democrático	Psicología	3.53	0.96	1.338
	Gerontología	3.69	0.93	
	Enfermería	3.77	0.95	
	Medicina	3.81	0.81	
	Odontología	3.79	0.83	
	Nutrición	3.73	0.95	

En la Tabla 44 se observa que no existieron diferencias estadísticamente significativas en el factor estilo parental percibido Democrático entre las licenciaturas comparadas.

Tabla 45

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor estilo parental percibido Autoritario

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F
Estilo parental percibido Autoritario	Psicología	2.22	0.79	1.016
	Gerontología	2.28	0.84	
	Enfermería	2.15	0.80	
	Medicina	2.19	0.81	
	Odontología	2.37	0.87	
	Nutrición	2.16	0.78	

En la Tabla 45 se observa que no existieron diferencias estadísticamente significativas en el factor estilo parental percibido Autoritario entre las licenciaturas comparadas.

Tabla 46

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor estilo parental percibido Coercitivo

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F	Prueba Post hoc LSD
Estilo parental percibido Coercitivo	Psicología	1.13	0.27	4.162**	Psicología < Enfermería*
	Gerontología	1.29	0.56		Psicología < Medicina*
	Enfermería	1.43	0.63		Psicología < Odontología**
	Medicina	1.40	0.79		
	Odontología	1.49	0.79		
	Nutrición	1.34	0.59		

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

En la Tabla 46 se observa que las y los participantes de la licenciatura de Psicología presentaron menor percepción de estilo parental Coercitivo a diferencia de las y los participantes de las licenciaturas de Enfermería, Medicina y Odontología.

Tabla 47

Tukey HSD diferencias entre licenciaturas por factor estilo parental percibido Castigo

Factor	Licenciaturas	Media	Desviación Estándar	F
Estilo parental percibido Castigo	Psicología	4.10	0.69	1.144
	Gerontología	4.04	0.60	
	Enfermería	3.96	0.81	
	Medicina	4.10	0.69	
	Odontología	3.96	0.75	
	Nutrición	4.13	0.59	

En la Tabla 47 se observa que no existieron diferencias estadísticamente significativas en el factor estilo parental percibido Castigo entre las licenciaturas comparadas.

8.7 Comparaciones entre grupo de menor riesgo y mayor riesgo

Para realizar las comparaciones entre grupos extremos se utilizaron los puntajes de la Desviación Estándar para contrastar los grupos alto en sintomatología asociada a la AS (1 D.E. por arriba de la media) y el bajo en sintomatología asociada a la AS (1 D.E. por debajo de la media).

Tabla 48

Comparaciones entre grupos extremos por síntomas de AS en la percepción de estilos parentales

Factor	Menor riesgo	D.E.	Mayor riesgo	D.E.	t	p
Democrático	3.86	0.96	3.60	0.99	1.84	.066
Autoritario	1.87	0.74	2.49	0.91	-5.320	.000***
Coercitivo	1.29	0.59	1.44	0.72	-1.62	.106
Castigo	4.14	0.72	3.94	0.79	1.86	.064

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

En la percepción de estilo parental Autoritario se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $t(189.529) = -5.320$, $p \leq .001$.

Tabla 49

Comparaciones entre grupos extremos por síntomas de AS en los estilos de afrontamiento al estrés

Factor	Menor riesgo	D.E.	Mayor riesgo	D.E.	t	p
Cognitivo	3.75	0.94	3.16	1.09	4.17	.000***
Retirada social	1.21	0.94	1.84	1.00	-4.61	.000***
Externo	3.29	0.95	2.76	0.89	4.15	.000***
Preparación	3.48	0.86	3.25	0.92	1.85	.065
Evitación	3.02	0.93	2.77	1.05	1.83	.069
Distracción	2.99	0.97	2.85	1.04	1.01	.311
Conductual	0.76	0.84	1.03	0.86	-2.30	.022*
Red de apoyo	3.64	1.11	3.11	1.10	3.44	.001**

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

En los estilos de afrontamiento al estrés se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de menor riesgo y mayor riesgo como en el factor Afrontamiento Cognitivo $t(206) = 4.175$, $p \leq .001$; Afrontamiento Baja tolerancia a la

frustración y retirada social $t(206) = -4.617, p \leq .001$; así como en el Afrontamiento Externo $t(205) = 4.152, p < .001$. En las Conductas de Afrontamiento Negativas (fumar más, beber más, y hacer más ejercicio) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $t(206) = -2.307, p \leq .05$; así como en la Red de apoyo $t(206) = 3.441, p \leq .001$.

8.8 Coeficiente de correlación producto-momento de Pearson

Tabla 50

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en la muestra Total
N = 593

	Estilos Parentales			
	Democrático	Autoritario	Coercitivo	Castigo
1	-.035	.188**	.058	-.021
2	-.047	.214**	.080	-.058
3	-.075	.153**	.001	-.046
4	-.031	.224**	.064	-.016
5	-.087*	.152**	.030	-.098*
6	-.064	.221**	.055	-.055

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos ** $p \leq .01$

En la Tabla X se observan correlaciones bajas significativas positivas entre los factores de la Ansiedad Social y el estilo parental percibido Autoritario en los participantes totales.

Tabla 51

Correlación síntomas de Ansiedad Social con Afrontamiento al estrés en la muestra Total
N = 593

	Estilos de Afrontamiento							
	Afrontamiento cognitivo	Retirada social y BTF	Afrontamiento externo	Preparación para la acción	Afrontamiento evitación del malestar	Distracción	Afrontamiento Conductual	Red de Apoyo
1	-.121**	.108**	-.194**	.030	-.031	-.011	-.011	-.124**
2	-.117**	.141**	-.109**	-.029	-.009	.012	.041	-.116**
3	-.192**	.158**	-.183**	-.009	-.084*	.006	.016	-.155**
4	-.176**	.212**	-.151**	.030	-.102*	-.042	.083*	-.147**
5	-.210**	.187**	-.225**	-.046	-.069	-.036	.042	-.160**
6	-.192**	.189**	-.205**	-.004	-.070	-.017	.039	-.166**

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos ** $p \leq .01$

En la Tabla 51 el estilo de afrontamiento al estrés Retirada social y baja tolerancia a frustración (centrado en la emoción) guardan una correlación positiva baja con los síntomas de Ansiedad Social. Por el contrario el Afrontamiento cognitivo, Afrontamiento externo (centrados en el problema), así como la red de apoyo social, presentaron una relación negativa baja con los síntomas de Ansiedad Social.

Tabla 52

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Psicología

n = 108

	Estilo Parental			
	Democrático	Autoritario	Coercitivo	Castigo
1	-.051	.282**	.028	-.077
2	.076	.286**	.085	.022
3	-.111	.197*	-.045	-.007
4	.000	.138	.074	.028
5	-.157	.201*	.006	-.071
6	-.062	.266**	.033	-.029

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos $**p \leq .01$

Como se observa en la Tabla 52 el estilo parental percibido Autoritario tiene una correlación positiva baja significativa con los síntomas de Ansiedad Social.

Tabla 53

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Psicología

n = 108

		Estilos de Afrontamiento						
	Afrontamiento cognitivo	Retirada social y BTF	Afrontamiento externo	Preparación para la acción	Afrontamiento evitación del malestar	Distracción	Afrontamiento Conductual	Red de Apoyo
1	-.092	.194*	-.155	.178	.045	.046	.069	.124
2	-.161	.125	-.068	.189*	.070	.104	.146	.069
3	-.254**	.313**	-.203*	.152	-.114	-.024	.122	.002
4	-.152	.272**	-.117	.129	.046	.079	.235*	.048
5	-.216*	.325**	-.222*	.024	-.041	-.019	.137	.033
6	-.207*	.294**	-.186	.160	.001	.043	.166	.068

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos $**p \leq .01$

Como se observa en la Tabla 53, el afrontamiento Retirada social y baja tolerancia a la frustración (centrado en la emoción) guardaron una relación positiva baja con los síntomas de Ansiedad Social. Se observan otras correlaciones significativas.

Tabla 54

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Gerontología

n = 96

	Estilo Parental			
	Democrático	Autoritario	Coercitivo	Castigo
1	-.101	.138	.239*	-.144
2	-.162	.227*	.286**	-.131
3	-.158	.034	.028	-.140
4	.008	.275**	.181	-.118
5	.002	-.005	.079	-.064
6	-.113	.177	.218*	-.163

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos $**p \leq .01$

Como se observa en la Tabla 54 los estilos parentales percibidos Autoritario y Coercitivo tuvieron relaciones positivas bajas significativas con los síntomas de Ansiedad Social.

Tabla 55

Correlación síntomas de Ansiedad Social con Percepción de estilos parentales y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Gerontología

n = 96

	Estilos de afrontamiento							
	Afrontamiento cognitivo	Retirada social y BTF	Afrontamiento externo	Preparación para la acción	Afrontamiento evitación del malestar	Distracción	Afrontamiento Conductual	Red de Apoyo
1	-.114	-.155	-.220*	.032	-.014	-.012	-.137	-.087
2	-.080	-.107	-.089	-.231*	-.200	-.043	-.027	.027
3	-.056	-.120	-.126	-.047	-.039	.038	-.205*	-.169
4	-.112	.004	-.159	.147	-.131	-.030	-.090	-.015
5	-.127	-.094	-.129	-.026	-.030	-.077	-.100	-.134
6	-.130	-.130	-.199	-.022	-.101	-.028	-.155	-.105

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos $**p \leq .01$

Como se observa en la Tabla 55 en la licenciatura de Gerontología se observan algunas correlaciones bajas negativas significativas entre el afrontamiento Externo, Preparación para la acción y Afrontamiento conductual con los síntomas de Ansiedad Social.

Tabla 56

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Enfermería

n = 96

	Estilo parental			
	Democrático	Autoritario	Coercitivo	Castigo
1	-.104	.095	.271**	-.073
2	-.121	.290**	.339**	-.131
3	.029	.139	.166	-.133
4	-.099	.157	.147	-.002
5	-.040	.119	.115	-.217*
6	-.082	.196	.256*	-.136

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos ** $p \leq .01$

En la Tabla 56 se observan algunas correlaciones positivas bajas entre el estilo parental Autoritario y Coercitivo con los síntomas de Ansiedad Social en la licenciatura de Enfermería.

Tabla 57

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Enfermería

n = 96

	Estilos de afrontamiento							
	Afrontamiento cognitivo	Retirada social y BTF	Afrontamiento externo	Preparación para la acción	Afrontamiento evitación del malestar	Distracción	Afrontamiento Conductual	Red de Apoyo
1	-.032	.112	-.179	-.079	.001	-.013	-.118	-.190
2	-.042	.184	-.208*	-.135	-.039	.107	-.009	-.236*
3	-.092	.045	-.242*	-.125	-.048	.099	-.079	-.107
4	-.210*	.193	-.180	-.179	-.170	-.071	.044	-.164
5	-.190	.200*	-.272**	-.187	-.070	.079	-.068	-.111
6	-.138	.177	-.263**	-.171	-.079	.047	-.058	-.197

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos ** $p \leq .01$

En la Tabla 57 se observan correlaciones bajas negativas significativas entre los síntomas de Ansiedad Social y el Afrontamiento externo en la licenciatura de Enfermería.

Tabla 58

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Medicina

n = 112

	Estilo Parental			
	Democrático	Autoritario	Coercitivo	Castigo
1	-.013	.043	-.080	.089
2	-.094	.135	-.015	-.059
3	-.027	.051	-.045	.044
4	-.130	.181	-.010	-.002
5	-.160	.066	-.045	-.048
6	-.092	.106	-.046	.010

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos $**p \leq .01$

En la Tabla 58 no se observan correlaciones estadísticamente significativas entre la percepción de estilo parental y los síntomas de Ansiedad Social.

Tabla 59

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Medicina

n = 112

	Estilos de Afrontamiento						
	Afrontamiento cognitivo	Retirada social y BTF	Afrontamiento externo	Preparación para la acción	Afrontamiento evitación del malestar	Distracción	Afrontamiento Conductual
1	-.163	.115	-.279**	.042	-.026	-.069	-.125
2	-.167	.187*	-.280**	-.045	.078	.004	.041
3	-.256**	.181	-.217*	.010	-.010	-.007	-.002
4	-.235*	.233*	-.338**	-.062	-.101	-.014	.012
5	-.206*	.232*	-.316**	-.026	-.006	-.054	.016
6	-.234*	.213*	-.323**	-.016	-.016	-.032	-.016

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos $**p \leq .01$

En la Tabla 59 se observan correlaciones bajas negativas significativas entre los síntomas de Ansiedad Social y el afrontamiento Cognitivo, Externo y Red de apoyo así como positivas bajas significativas entre los síntomas de AS y el afrontamiento Retirada

social y baja tolerancia a la frustración en las y los estudiantes de la licenciatura de Medicina.

Tabla 60

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Odontología

n = 83

	Estilo Parental			
	Democrático	Autoritario	Coercitivo	Castigo
1	-.069	.195	.114	.010
2	-.136	.253*	.118	-.131
3	-.151	.149	.060	-.054
4	-.127	.331**	.082	-.058
5	-.126	.225*	.173	-.047
6	-.136	.262*	.121	-.061

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos $**p \leq .01$

En la Tabla 60 se observan correlaciones positivas bajas y medias entre el estilo parental Autoritario y los síntomas de Ansiedad Social en las y los estudiantes de la licenciatura de Odontología.

Tabla 61

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Odontología

n = 83

	Estilo de Afrontamiento						
	Afrontamiento cognitivo	Retirada social y BTF	Afrontamiento externo	Preparación para la acción	Afrontamiento evitación del malestar	Distracción	Afrontamiento Conductual
1	-.254*	.271*	-.175	-.167	-.108	-.094	-.285**
2	-.207	.386**	-.060	-.255*	-.001	-.106	-.241*
3	-.341**	.379**	-.195	-.184	-.080	-.070	-.191
4	-.191	.404**	-.060	-.125	-.103	-.121	-.273*
5	-.317**	.400**	-.162	-.103	-.113	-.150	-.255*
6	-.292**	.413**	-.146	-.188	-.092	-.121	-.282**

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos $**p \leq .01$

En la Tabla 61 se observan correlaciones positivas medias significativas entre el afrontamiento Retirada social y baja tolerancia a la frustración y los síntomas de Ansiedad

Social, así como positivas bajas significativas entre el afrontamiento Conductual y los síntomas de AS, y negativas medias significativas entre el Afrontamiento cognitivo y los síntomas de AS y negativas bajas significativas con la Red de apoyo en las y los estudiantes de la licenciatura de Odontología.

Tabla 62

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Nutrición

n = 77

	Estilo Parental			
	Democrático	Autoritario	Coercitivo	Castigo
1	.097	.404**	-.020	.012
2	.124	.234*	-.048	-.005
3	-.068	.449**	-.026	-.079
4	.059	.272*	.058	-.018
5	-.039	.327**	.016	-.188
6	.040	.402**	-.005	-.062

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos ** $p \leq .01$

Como se observa en la Tabla 62 la percepción de estilo parental Autoritario tuvo correlaciones entre bajas y medias positivas significativas con los síntomas de Ansiedad Social en la licenciatura de Nutrición.

Tabla 63

Correlación síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Nutrición

N=77

	Estilo de Afrontamiento						
	Afrontamiento cognitivo	Retirada social y BTF	Afrontamiento externo	Preparación para la acción	Afrontamiento evitación del malestar	Distracción	Afrontamiento Conductual
1	-.137	.276*	-.203	.138	-.176	.086	-.246*
2	-.155	.166	-.039	.198	-.019	-.011	-.102
3	-.212	.326**	-.152	.111	-.285*	-.017	-.238*
4	-.245*	.196	-.134	.184	-.239*	-.175	-.126
5	-.323**	.193	-.297**	-.025	-.263*	-.033	-.205
6	-.249*	.277*	-.195	.143	-.234*	-.031	-.219

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos ** $p \leq .01$

Como se observa en la Tabla 63 se muestran correlaciones bajas y medias negativas significativas entre el Afrontamiento cognitivo y los síntomas de Ansiedad Social, así como negativas bajas significativas entre los síntomas de AS y el Afrontamiento evitación del malestar y la Red de apoyo; se observan también, correlaciones positivas bajas y medias significativas entre los síntomas de AS y el afrontamiento Retirada social y baja tolerancia a la frustración en las y los estudiantes de la licenciatura de Nutrición.

Tabla 64

Correlación Producto-momento de Spearman entre síntomas de Ansiedad Social y Percepción de estilos parentales en estudiantes de Farmacia
N=21

	Estilo Parental			
	Democrático	Autoritario	Coercitivo	Castigo
1	.079	.421	-.046	-.193
2	-.074	.237	.057	-.114
3	.028	.293	.000	-.135
4	.169	.487*	.077	.086
5	-.101	.409	-.057	-.162
6	.002	.425	.050	-.141

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos $**p \leq .01$

En la Tabla 64 no se observan correlaciones estadísticamente significativas entre la percepción de estilo parental y los síntomas de Ansiedad Social en las y los estudiantes de la licenciatura en Farmacia.

Tabla 65

Correlación Producto-momento de Spearman entre síntomas de Ansiedad Social y Afrontamiento al estrés en estudiantes de Farmacia

Estilo de Afrontamiento								
	Afrontamiento cognitivo	Retirada social y BTF	Afrontamiento externo	Preparación para la acción	Afrontamiento evitación del malestar	Distracción	Afrontamiento Conductual	Red de Apoyo
1	.027	.208	.030	.197	.436*	.074	.061	.062
2	.218	.057	.388	.393	.174	.213	-.072	.060
3	-.034	.158	-.070	.086	.459*	.093	-.014	-.147
4	.224	.202	.315	.195	.304	.221	.126	.095
5	.045	.082	.145	.251	.437*	.125	.068	-.115
6	.045	.194	.152	.281	.417	.187	.047	-.028

1. Interacción con el Sexo Opuesto; 2. Expresión Asertiva de Molestia; 3. Hablar en Público; 4. Quedar en Evidencia; 5. Interacción con Desconocidos; 6 Ansiedad Social Total; * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos $**p \leq .01$

En la Tabla 65 se observan correlaciones medias positivas significativas entre los síntomas de Ansiedad Social el Afrontamiento evitación del malestar en las y los estudiantes de la licenciatura en Farmacia.

8.9 Análisis de Regresión múltiple

Se realizó un análisis de regresión múltiple con el método Pasos sucesivos con el fin de predecir los síntomas de Ansiedad Social a partir de las variables Estilo de afrontamiento al estrés y Percepción de estilo parental, a continuación se describen los resultados.

Tabla 66

Análisis de regresión por pasos sucesivos para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social total en las y los participantes

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
Autoritario	6.181	1.194	.224***	3.837	8.526
A. Externo	-4.119	1.207	-.160***	-6.490	-1.749
A. Retirada social	3.308	1.040	.141**	1.265	5.351
Red de apoyo percibido	-1.953	.849	-.092**	-3.621	-.285
A. Conductual	-2.249	1.062	-.092**	-4.335	-.164
A. Preparación para la acción	2.592	1.065	.109**	.500	4.683
A. Cognitivo	-4.610	1.326	-.192**	-7.215	-2.005
A. Distracción	2.509	1.133	.104*	.283	4.735
Castigo	2.885	1.421	.089*	.095	5.675

Nota: $R^2 = .049$ para el paso 1 ($p \leq .01$); $R^2 = .088$ para el paso 2 ($p \leq .01$); $R^2 = .109$ para el paso 3 ($p \leq .01$); $R^2 = .119$ para el paso 4 ($p \leq .01$); $R^2 = .126$ para el paso 5 ($p \leq .01$); $R^2 = .132$ para el paso 6 ($p \leq .05$); $R^2 = .143$ para el paso 7 ($p \leq .05$); $R^2 = .149$ para el paso 8 ($p \leq .05$). * valores significativos $p \leq .05$; valores muy significativos ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Como se observa que en la Tabla 66 para todos y todas las participantes en el primer paso, la regresión fue significativa $F(1,583) = 30.23$, $p \leq .001$, el primer paso incluyó el factor estilo parental percibido Autoritario el cual explicó el 5 % de la varianza ($R^2 = .049$, R^2 ajustada = .048); en el segundo paso la regresión fue significativa $F(2,582) = 27.99$, $p \leq .001$, se incorpora el factor Afrontamiento externo ($R^2 = .088$, R^2 ajustada = .085, $\Delta R^2 = .038$); en el paso tres la regresión fue significativa $F(3,581) = 23.64$, $p \leq .01$, se incorpora el factor Afrontamiento retirada social y baja tolerancia a la frustración ($R^2 = .109$, R^2 ajustada = .104, $\Delta R^2 = .021$); en el paso cuatro la regresión fue significativa $F(4,580) = 19.56$, $p \leq .01$, se incorpora la Red de apoyo percibido ($R^2 = .119$, R^2 ajustada = .113, $\Delta R^2 = .010$); en el paso cinco la regresión fue significativa $F(5,579) = 16.72$, $p \leq .01$, se incorpora el factor Afrontamiento conductual ($R^2 = .126$, R^2 ajustada = .119, $\Delta R^2 = .007$); en el paso seis la regresión fue significativa $F(6,578) = 14.70$, $p \leq .01$, se incorpora el factor

Afrontamiento preparación para la acción ($R^2 = .132$, R^2 ajustada = .123, $\Delta R^2 = .006$); en el paso siete la regresión fue significativa $F(7,577) = 13.70$, $p \leq .01$, se incorpora el factor Afrontamiento cognitivo ($R^2 = .143$, R^2 ajustada = .132, $\Delta R^2 = .010$); en el paso ocho la regresión fue significativa $F(8,576) = 12.61$, $p \leq .01$, se incorpora el factor Afrontamiento con distracción ($R^2 = .149$, R^2 ajustada = .137, $\Delta R^2 = .007$); en el paso nueve la regresión fue significativa $F(9,575) = 11.73$, $p \leq .01$, se incorpora el factor estilo parental Castigo ($R^2 = .155$, R^2 ajustada = .142, $\Delta R^2 = .006$). Así en conjunto, los factores de los estilos de afrontamiento y los estilos parentales percibidos explican el 15 % de la varianza de los síntomas de Ansiedad Social.

8.10 Modelo de regresión por licenciaturas

Para la licenciatura en psicología se realizó un análisis de regresión múltiple con el método Pasos sucesivos con el fin de predecir los síntomas de Ansiedad Social a partir de las variables Estilo de afrontamiento al estrés y Percepción de estilo parental, a continuación se describen los resultados.

Tabla 67

Análisis de regresión por pasos sucesivos de la licenciatura en Psicología para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
A. Retirada Social	5.312	2.182	.222***	.984	9.640
Autoritario	6.799	2.355	.258*	2.127	11.471
A. Cognitivo	-6.140	2.236	-.266**	-10.575	-1.706
A. Preparación para la acción	6.128	2.398	.236*	1.373	10.884

Nota: $R^2 = .087$ para el paso 1 ($p \leq .01$); $R^2 = .142$ para el paso 2 ($p \leq .05$); $R^2 = .175$ para el paso 3 ($p \leq .05$); $R^2 = .224$ para el paso 4 ($p \leq .05$), * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Para la licenciatura de psicología el primer paso de la regresión fue significativo $F(1,105) = 10.57$, $p \leq .001$, el factor Retirada social y baja tolerancia a la frustración, explicó el 8 % de la varianza ($R^2 = .087$, R^2 ajustada = .079), en el paso dos la regresión fue significativa $F(2,104) = 8.59$, $p \leq .001$, se incorporó el factor estilo parental percibido

autoritario ($R^2 = .142$, R^2 ajustada = .125, $\Delta R^2 = .054$), el paso tres fue significativo $F(3,103) = 7.27$, $p \leq .001$, se incorporó el factor afrontamiento cognitivo ($R^2 = .175$, R^2 ajustada = .151, $\Delta R^2 = .033$), el paso cuatro fue significativo $F(4,102) = 7.38$, $p \leq .001$, se incorporó el factor afrontamiento preparación para la acción ($R^2 = .224$, R^2 ajustada = .194, $\Delta R^2 = .050$), así en conjunto las cuatro variables explicaron el 20 % de la varianza de los síntomas de la AS.

De la misma forma para la licenciatura en Gerontología se realizó un análisis de regresión múltiple con el método Pasos sucesivos con el fin de predecir los síntomas de Ansiedad Social a partir de las variables Estilo de afrontamiento al estrés y Percepción de estilo parental, a continuación se describen los resultados.

Tabla 68

Análisis de regresión por pasos sucesivos de la licenciatura en Gerontología para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
Coercitivo	9.074	3.419	.275**	2.282	15.865
A. Conductual	-4.458	2.092	-.221*	-8.614	-.302

Nota: $R^2 = .048$ para el paso 1 ($p \leq .05$); $R^2 = .094$ para el paso 2 ($p \leq .05$) * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Para la licenciatura de Gerontología, la regresión fue significativa $F(1,91) = 4.52$, $p \leq .05$, el primer paso incluyó el factor estilo parental Coercitivo cual explicó el 5 % de la varianza ($R^2 = .048$, R^2 ajustada = .038), en el segundo paso de la regresión fue significativo incluyendo el factor Afrontamiento conductual $F(2,90) = 4.65$, $p \leq .05$ ($R^2 = .094$, R^2 ajustada = .074, $\Delta R^2 = .046$). Así ambos factores explican el 9 % de la varianza de los síntomas de Ansiedad Social.

También para la licenciatura en Enfermería se realizó un análisis de regresión múltiple con el método Pasos sucesivos con el fin de predecir los síntomas de Ansiedad Social a partir de las variables Estilo de afrontamiento al estrés y Percepción de estilo parental, a continuación se describen los resultados.

Tabla 69

Análisis de regresión por pasos sucesivos de la licenciatura en Enfermería para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
Coercitivo	7.845	3.153	.244*	1.583	14.107
A. Externo	-5.151	2.245	-.225*	-9.610	-.691

Nota: $R^2 = .072$ para el paso 1 ($p \leq .01$); $R^2 = .122$ para el paso 2 ($p \leq .05$) * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Para la licenciatura de Enfermería el primer paso de la regresión fue significativo $F(1,93) = 7.17$, $p \leq .01$, el cual incluyó el estilo parental Coercitivo, explicando el 7 % de la varianza. El segundo paso fue significativo $F(2,92) = 6.38$, $p \leq .01$, incluyó el afrontamiento externo, explicando en conjunto el 12 % de la varianza.

De igual forma para la licenciatura en Medicina se realizó un análisis de regresión múltiple con el método Pasos sucesivos con el fin de predecir los síntomas de Ansiedad Social a partir de las variables Estilo de afrontamiento al estrés y Percepción de estilo parental, a continuación se describen los resultados.

Tabla 70

Análisis de regresión por pasos sucesivos de la licenciatura en Medicina para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
A. Externo	-6.722	2.517	-.244**	-11.712	-1.732
Red de apoyo	-5.944	1.966	-.276**	-9.840	-2.048

Nota: $R^2 = .120$ para el paso 1 ($p \leq .001$); $R^2 = .174$ para el paso 2 ($p \leq .01$), * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Para la licenciatura de Medicina la regresión fue significativa $F(1,109) = 14.84$, $p \leq .001$, el primer paso incluyó el factor Afrontamiento externo el cual explicó el 12 % de la varianza ($R^2 = .120$, R^2 ajustada = .112), en el segundo paso se observa que la regresión fue significativa $F(2,108) = 11.40$, $p \leq .001$, se incorporó la Red de apoyo ($R^2 = .174$, R^2 ajustada = .159, $\Delta R^2 = .055$), así ambos factores explican el 16 % de la varianza de los síntomas de AS.

Para la licenciatura en Odontología se realizó un análisis de regresión múltiple con el método Pasos sucesivos con el fin de predecir los síntomas de Ansiedad Social a partir de las variables Estilo de afrontamiento al estrés y Percepción de estilo parental, a continuación se describen los resultados.

Tabla 71

Análisis de regresión por pasos sucesivos de la licenciatura en Odontología para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
A. Retirada Social	9.395	2.388	.376***	4.639	14.150
A. Cognitivo	-5.680	2.235	-.243*	-10.131	-1.229
Red de apoyo	-5.787	1.967	-.280**	-9.705	-1.870

Nota: $R^2 = .162$ para el paso 1 ($p \leq .001$); $R^2 = .246$ para el paso 2 ($p \leq .01$); $R^2 = .304$ para el paso 3 ($p \leq .05$), * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Para la licenciatura de Odontología la regresión fue significativa $F(1,79) = 15.25$, $p \leq .001$, el primer paso incluyó el factor Retirada social y baja tolerancia a la frustración el cual por sí sólo explicó el 16 % de la varianza ($R^2 = .162$, R^2 ajustada = .151), en el segundo paso se observa que la regresión fue significativa $F(2,78) = 12.69$, $p \leq .001$, se incorpora el factor Afrontamiento cognitivo ($R^2 = .246$, R^2 ajustada = .226, $\Delta R^2 = .084$), en el paso tres la regresión es significativa $F(3,77) = 11.20$, $p \leq .001$, se incorpora la Red de apoyo ($R^2 = .304$, R^2 ajustada = .277, $\Delta R^2 = .058$); así los tres factores explican el 30 % de la varianza de los síntomas de Ansiedad Social.

Finalmente para la licenciatura en Nutrición se realizó un análisis de regresión múltiple con el método Pasos sucesivos con el fin de predecir los síntomas de Ansiedad Social a partir de las variables Estilo de afrontamiento al estrés y Percepción de estilo parental, a continuación se describen los resultados.

Tabla 72

Análisis de regresión por pasos sucesivos para la licenciatura en Nutrición para las variables que predicen los síntomas de Ansiedad Social en las y los participantes

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
A. Retirada social	6.448	2.717	.233*	1.030	11.866
Autoritario	15.609	3.492	.493***	8.647	22.571
A. Preparación para la acción	6.487	2.740	.236*	1.023	11.951
Coercitivo	-11.341	4.502	-.274*	-20.318	-2.364
A. Externo	-8.714	2.848	-.304**	-14.393	-3.036

Nota: $R^2 = .161$ para el paso 1 ($p \leq .001$); $R^2 = .211$ para el paso 2 ($p \leq .05$); $R^2 = .266$ para el paso 3 ($p \leq .05$); $R^2 = .308$ para el paso 4 ($p \leq .05$); $R^2 = .358$ para el paso 5 ($p \leq .05$), * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Para la licenciatura de nutrición la regresión fue significativa $F(1,75) = 14.43$, $p \leq .001$, el primer paso incluyó el factor Afrontamiento retirada social y baja tolerancia a la frustración el cual explicó el 16 % de la varianza ($R^2 = .161$, R^2 ajustada = .150), en el segundo paso la regresión es significativa $F(2,74) = 9.91$, $p \leq .001$, se incorpora el factor estilo parental Autoritario ($R^2 = .211$, R^2 ajustada = .190, $\Delta R^2 = .050$), en el paso tres la regresión es significativa $F(3,73) = 8.80$, $p \leq .001$, se incorpora el factor Afrontamiento preparación para la acción ($R^2 = .266$, R^2 ajustada = .236, $\Delta R^2 = .054$), en el paso cuatro la regresión es significativa $F(4,72) = 8.00$, $p \leq .001$, se incorpora el estilo parental Coercitivo ($R^2 = .308$, R^2 ajustada = .269, $\Delta R^2 = .042$), en el paso cinco la regresión es significativa $F(5,71) = 7.93$, $p \leq .001$, se incorpora el factor Afrontamiento externo ($R^2 = .358$, R^2 ajustada = .313, $\Delta R^2 = .051$), así en conjunto los cinco factores explican el 35 % de la varianza de los síntomas de Ansiedad Social.

IX DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Con el fin de discutir los resultados encontrados en esta disertación, se comenzará explicando los resultados descriptivos de la variable dependiente (AS) y las variables independientes (estilos parentales y estilos de afrontamiento al estrés) en las y los participantes en conjunto y posteriormente por cada licenciatura.

En la variable dependiente (Ansiedad Social) de todos y todas las participantes, se observa que ningún factor de la AS ni la AS total, puntuaron por arriba de la media teórica. Esto ocurre debido a que la población no es de tipo clínica, sino general, por lo que este comportamiento era esperado, estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios que tuvieron como población de estudio a las y los universitarios, donde la prevalencia de AS se encontró por cerca del 15 % aproximadamente (76, 237).

Los factores que presentaron las medias más altas en la muestra total fueron “Quedar en evidencia o ridículo” e “Interacción con el sexo opuesto”. Estos factores también presentaron los puntajes más altos en un estudio realizado con jóvenes universitarios uruguayos (238) y en un estudio con jóvenes españoles, ambos utilizando el Cuestionario de Ansiedad Social CASO A30 (69).

A este respecto se encontró que la literatura presenta dos perspectivas distintas asociadas a las características de la AS, por ejemplo en estudios de EEUU, Europa Central, Turquía y Brasil (75-77) la situación social más temida es la de “dar un discurso frente a un grupo” y en estudios que ocupan el CASO A30 para evaluar este mismo constructo, los factores que puntúan más alto son “quedar en evidencia o ridículo” y la “interacción con el sexo opuesto”. Ambas posturas son congruentes con la teoría debido a que, el quedar en ridículo frente a otros y otras, la interacción entre sexos y el dar un discurso frente a otros, son situaciones que generan ansiedad al momento de ejecutar una conducta social. Así mismo, son una de las principales características de la AS (59). Estas visiones diferentes sobre la AS se pueden deber a diferencias culturales o contextuales de la población, o a los instrumentos de medición usados en otros estudios (237).

En los niveles de AS por licenciatura se observa que los factores que puntuaron más alto son los de “Quedar en evidencia o ridículo” e “Interacción con el sexo opuesto”

respectivamente. Es importante señalar que, aproximadamente el 70 % de la muestra está conformada por mujeres, y es sabido que las mujeres suelen puntuar más alto en AS a diferencia de los hombres (14, 239), estas diferencias pueden deberse a variables asociadas al género y a los roles que hombres y mujeres desempeñan. Por ejemplo existe literatura que menciona que los hombres suelen afrontar los eventos sociales evaluados como estresantes por medio de evitación y escape, y por otro lado, las mujeres suelen presentar mayores niveles en la activación física y cognitiva así como mayor temor social (240).

Los factores de los estilos de afrontamiento en esta población se comportaron de forma similar, por ejemplo, los factores que puntuaron más alto en toda la población fueron “Afrontamiento cognitivo”, “Afrontamiento externo”, “Preparación para la acción” y “Apoyo social”, todos pertenecientes al afrontamiento activo o centrado en el problema. Esto es similar a lo encontrado en otros estudios, donde las estrategias asociadas al problema puntúan más alto que aquellas centradas en la emoción (238). Por ejemplo estudios realizados en Toronto, Inglaterra, Australia, señalaron que los estudiantes universitarios suelen presentar un estilo asociado a la resolución de problemas (208-210).

Los resultados encontrados en este estudio deben de ser analizados con cautela debido a que los roles de género pudieran estar influyendo en los mismos, por ejemplo, en un estudio realizado en España, con una población de estudiantes de ciencias de la salud, similar a la del presente estudio (80 % mujeres), se descubrió que el afrontamiento mayormente usado es la búsqueda de apoyo social seguido de la planeación, los autores mencionan que son las mujeres quienes suelen buscar más apoyo social cuando atraviesan un evento estresante (241), lo mismo ocurre en un estudio realizado en Lituania donde las mujeres presentaron un mayor puntaje en búsqueda de apoyo social y expresión emocional (242).

En los datos por licenciatura, se observa que en Psicología, las estrategias más utilizadas son aquellas centradas en el problema, como “afrontamiento cognitivo”, “afrontamiento externo”, “preparación para la acción” y el “apoyo por medio de amigos”, este resultado es similar a lo descubierto en un estudio realizado en Rumania, donde el afrontamiento proactivo que se asocia a diferentes esfuerzos para lograr metas escolares y perfeccionismo, puntuó más alto (243). Por otro lado, estudios con escolares de la licenciatura en Medicina señalan que una de las estrategias de afrontamiento más usadas

para lidiar con el estrés académico, es el compartir tiempo con amigos y amigas (244), lo cual es similar a lo encontrado en esta disertación. Así mismo, los y las estudiantes de Odontología puntuaron con estrategias asociadas a la solución de problemas, esto es similar a otros estudios donde este estilo es usado con mayor frecuencia (245).

En la licenciatura de enfermería se encontró que el afrontamiento que puntuó más alto fue el centrado en el problema que incluye el “afrontamiento externo” y la “red de apoyo”, esto es diferente a lo descubierto en un estudio realizado en España con población universitaria de recién ingreso a la licenciatura en Enfermería. En esta población los estilos de afrontamiento más usados son los centrados en la emoción, sin embargo, los autores mencionan que para el final de su formación su orientación cambia hacia el afrontamiento centrado en el problema (246). En este estudio con enfermeras y enfermeros del estado de Hidalgo, se cree que al momento de ingresar en la licenciatura, ellos y ellas cuentan con diversas estrategias asociadas a la solución de problemas como parte del perfil de ingreso a la licenciatura, debido a que su inclusión en el campo hospitalario ocurre en semestres posteriores.

En cuanto a los estilos parentales se observa que en la muestra total y por licenciaturas, los estilos parentales que puntuaron por arriba de la media teórica son: “Democrático” y “Castigo”. Es importante señalar la diferencia entre los estilos parentales que este instrumento señala. El estilo parental Democrático se caracteriza porque padre y madre son atentos con las necesidades de sus hijos, establecen reglas claras y permiten la libre expresión de las emociones mostrando respeto y empatía, el estilo Coercitivo es aquel donde padre y madre usan como método de control, el castigo físico (conducta) ante el surgimiento de conductas desobedientes; el estilo Autoritario es aquel donde padre y madre son rígidos, no muestran control emocional y usan la ofensa y la crítica como método para corregir a sus hijos e hijas y el Castigo es aquel donde padres y madres usan como método de control el castigo sobre los privilegios o pertenencias de sus hijos.

La diferencia entre autoritario y castigo radica en que el primero involucra situaciones como gritos, rigidez y exigencias paternas, enojo, ofensas y crítica para generar un cambio en las hijas e hijos y el segundo involucra, retirar privilegios a alguien cuando ha cometido una falta. En las y los participantes llama la atención que se percibe a padres y madres, atentos a las necesidades, estableciendo reglas claras y permitiendo la libre

expresión y por otro lado se les percibe como aquellos que retiran privilegios a sus hijos e hijas cuando han cometido alguna falta con poca justificación o generan una amenaza cuya ejecución es retirar los privilegios.

Quizá esta percepción dividida de los estilos parentales por parte de las y los participantes (democrático y castigo por arriba de la media) se deba a que el instrumento evalúa a ambos padres y no por separado. A manera de hipótesis se cree que, las y los participantes indicaron características que padre y madre tienen dentro del funcionamiento familiar. Como lo menciona Díaz-Guerrero (247), en la cultura mexicana, el hombre jefe de familia, demanda completa obediencia por parte de su hijos e hijas y la madre es aquella que es tierna, afectuosa, sobreprotectora, y también es la encargada de socializar a sus retoños y hacer de ellos y ellas, personas de bien, educadas y apegadas al sistema de obediencia absoluta de los padres.

Tratándose de universitarios pareciera que estos preceptos están fuera de lugar, pero cabe señalar que las y los participantes tienen como características que: cerca del 50 % vive aún con sus padres a lo largo de la semana y el 87 % vive con sus padres el fin de semana, lo que hace que aún vivan bajo las reglas del hogar familiar. Como lo mencionan Rocha y Díaz-Loving (248) las interacciones entre padres e hijos desde la infancia, moldean la personalidad, ya que ellos son quienes controlan, modifican y modelan la conducta apropiada a la cultura. De esta forma, es muy probable que en estos hogares, sea la madre quien provea el afecto y cariño y el padre quien establezca límites y sanciones, retirando privilegios a las y los chicos que aún viven en este sistema familiar.

El siguiente objetivo de este estudio fue el de conocer las diferencias entre licenciaturas por nivel de AS, para este apartado se utilizó el análisis de varianza simple (ANOVA) teniendo como variable dependiente el puntaje total de la AS y como variable de clasificación, las licenciaturas en las cuales las y los participantes se encontraban inscritos. Así mismo, se hace hincapié en que se corrieron pruebas Post hoc de Tukey para poder identificar las diferencias donde fueran halladas.

Para el objetivo específico de comparar las licenciaturas por nivel del AS, fue aceptada la hipótesis alterna la cual menciona que existen diferencias estadísticamente significativas entre las licenciaturas, ya que, las y los participantes adscritos a Odontología obtuvieron puntajes estadísticamente significativos menores en los síntomas de AS a

diferencia de las y los demás participantes de otras licenciaturas. Estos resultados son similares a los hallados por Barbería, Fernández-Frías, Suárez-Clúa y Saavedra (249) con estudiantes de la licenciatura de Odontología en Chile donde mencionan que, los niveles de Ansiedad Pública (similar a la AS) son menores en las y los estudiantes de recién ingreso, a diferencia de aquellos que se encuentran cursando el tercer año de la licenciatura, los cuales incrementan sus niveles de Ansiedad y todos sus factores (entre ellos Ansiedad Pública). Las autoras mencionan que en el tercer año de la licenciatura las y los estudiantes presentan más retos evaluados como estresantes propios de su licenciatura, así mismo, factores asociados a personalidad y expectativas futuras de su desempeño en el campo clínico, pueden asociarse a este incremento.

Respecto a las variables de personalidad en estudiantes de Odontología de recién ingreso, en un estudio en Nueva Escocia, Canadá, se descubrió que en esta muestra, las principales características de personalidad fueron abierta a la experiencia, ser ordenado con sus labores y ser agradables con otras personas, lo cual se asocia con mejor experiencia en el trabajo en equipo y mejor desempeño como profesional al momento de egresar. Así mismo, la característica de personalidad llamada neuroticismo (ansiedad, depresión y hostilidad) puntuó por debajo de las demás características de personalidad antes mencionadas, las y los autores mencionan que estas características de personalidad como ser ordenado, abierto a la experiencia y sociable son características que ayudan a las y los estudiantes a ser profesionales de la salud comprometidos y exitosos en el futuro (250).

Los resultados de esta disertación son diferentes a los encontrados en la universidad de Erlangen-Nuremberg, Alemania (251), los cuales mencionan que las y los estudiantes de Odontología presentan mayores niveles de ansiedad y malestar emocional a diferencia de sus similares de medicina. Los autores describen que por lo regular los estudiantes de Odontología suelen aumentar los niveles de Ansiedad y Estrés en los semestres que comienzan a tener pacientes, esto es alrededor del 5to semestre. Los resultados varían con los encontrados, debido a que la medición de AS fue al momento de su ingreso a la universidad y no en semestres posteriores.

Sobre el perfil de ingreso de esta licenciatura, se observa que una de las razones por las que el estudiante de Odontología la escoge, es debido a las expectativas que tiene a futuro, de acuerdo con un estudio transcultural realizado en tres universidades de Canadá,

Tailandia y Japón (252) se encontró que las principales razones para estudiar Odontología es la de “ayudar a las personas”, “deseo por tener un trabajo asociado al cuidado de la salud” e “interés en la carrera”, así mismo incluyen la “presión por parte de los familiares” para elegir profesión. De igual forma una de sus expectativas es que deseaban tener un consultorio de atención a las personas, muy pocos deseaban trabajar en educación o en investigación. Los autores mencionan que una de las principales causas para estudiar esta carrera es la de “ayudar a otros” lo que indica que desde recién ingreso, tienen la idea de tener contacto con personas, como parte de su labor profesional.

Aunado a lo anterior en un estudio similar donde se comparan dos universidades de Japón y Suecia (253), el principal motivo por lo que las y los estudiantes de recién ingreso escogen la licenciatura de Odontología es porque desean “ayudar a otras personas” así, esta conducta pro-social, asociada a su labor profesional, se repite en estos participantes también. Lo mismo ocurre con lo encontrado en un estudio en India (254) y en Reino Unido (255) donde una de las principales razones es también “ayudar a las personas”. Así mismo en un estudio en Perú (256), estudiantes de recién ingreso indicaron que una de las razones para estudiar esta ciencia fue “me gusta interactuar con las personas”. Los autores sugieren que por tratarse de alumnado de recién ingreso pueden presentar este tipo de ideas y que conforme pase el tiempo irán adquiriendo conocimiento de lo que ser estudiante de Odontología significa.

En un estudio realizado por la UNAM (257) se encontró que los estudiantes de Odontología de recién ingreso suelen ser sociables, relacionándose de manera adecuada con las personas, objetivos, prácticos y con la prioridad en las personas con las que trabajan, los autores mencionan que estas habilidades son necesarias para su desarrollo profesional.

Es importante señalar que una de las prácticas que el estudiante de Odontología de Hidalgo realiza, es la de buscar y mantener a sus propios pacientes, haciendo que, las y los participantes adquieran algunas habilidades sociales que usarán con sus pacientes con el objetivo de evitar la deserción en el trabajo odontológico durante sus semestres de práctica clínica. A manera de hipótesis se cree que desde antes de entrar las y los estudiantes saben que necesitarán contactar a sus pacientes, trabajar con ellas y ellos, iniciar charlas para lograr sus metas profesionales, aunado a las conductas pro-sociales, asociadas a ayudar a las personas, como se ha observado en otros estudios.

Sobre la licenciatura en Gerontología y sus estudiantes, vale la pena señalar que es una ciencia de recién formación a nivel licenciatura, así mismo, es necesario aclarar que estos estudiantes tienen un perfil distinto a los de otras ciencias de la salud. Sobre este hecho, existe poca literatura que describa las características de estos participantes, ya que por ejemplo, en otras partes del mundo es una especialidad de Medicina o de Enfermería. Sin embargo, dado que sus datos sobre AS puntuaron por arriba de otras licenciaturas, pareciera que son estudiantes con pocas habilidades sociales y con niveles de AS que deben de ser estudiados a profundidad.

No obstante, es importante señalar que la distribución por sexo en las licenciaturas de Gerontología, Psicología y Nutrición favorece a las mujeres con casi un 87 %, un 80 % y un 79 % respectivamente. En general el padrón de mujeres inscritas a primer semestre se encuentra por encima de estos porcentajes en las licenciaturas de Hidalgo. Aunado a lo anterior, es posible que esta variable (sexo) se encuentre aumentando los niveles de AS en estas licenciaturas debido a que, por lo regular, la prevalencia de AS es mayor en mujeres (240).

Para el objetivo específico donde se compararon las licenciaturas por estilo de afrontamiento se aceptó la hipótesis alterna que menciona que existen diferencias estadísticamente significativas entre las alumnas y los alumnos de las diferentes licenciaturas por estilo de afrontamiento al estrés. Para conocer la ubicación de las diferencias donde se encontraran, se corrió la prueba post hoc de Tukey.

Se descubrió que en la estrategia de afrontamiento al estrés “Baja tolerancia a la frustración y retirada social” aquellas que hicieron la diferencia fueron las licenciaturas de Gerontología, Enfermería, Medicina y Odontología con Psicología, quienes obtuvieron una media estadísticamente significativa menor a diferencia de las licenciaturas antes mencionadas. Este tipo de afrontamiento se encuentra dentro del centrado en la emoción. Se trata de una estrategia donde la persona descarga sus emociones con otras personas y después se retira de la situación o prefiere estar alejado para manejar el estrés. Está compuesto por procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional (176). Las personas que usan esta estrategia se encuentran ubicadas en el polo de la retirada y son aquellas que evitan las situaciones estresantes, presentan conductas de

evitación asociadas o no al estresor, tienen pensamientos desiderativos y autocrítica o culpa (195).

Con respecto a este resultado, algunos estudios señalan que las y los estudiantes de Psicología de Perú (258) y de España (259) usan en mayor medida el afrontamiento centrado en el problema y menos el centrado en la emoción. Aunado a lo anterior en otro estudio realizado en España (246) con estudiantes de la licenciatura en Enfermería de recién ingreso, se encontró que el estilo de afrontamiento centrado en la emoción es el usan más, sin embargo, con el paso del tiempo cambian al activo o centrado en el problema. Sucede también en un estudio realizado en EEUU (260) con estudiantes mujeres de enfermería de recién ingreso, quienes reportaron que la estrategia más usada por ellas es el pensamiento positivo, misma que forma parte del afrontamiento pasivo o centrado en la emoción. Las autoras de este estudio mencionan que este tipo de afrontamiento se encuentra relacionado positivamente con la autoestima.

Aunado a lo anterior, un estudio internacional con estudiantes de las licenciaturas de Odontología y Medicina mostró que, en promedio las mujeres tienen un afrontamiento centrado en ventilar sus emociones y buscar apoyo social, así mismo las y los estudiantes de recién ingreso presentan menor ventilación emocional y afrontamiento religioso en comparación con sus compañeras y compañeros de semestres cercanos al término de su licenciatura. Estos resultados sugieren que aquellas y aquellos que asisten a la universidad en su estado o ciudad donde han crecido, suelen afrontar el estrés buscando amigos y ventilando sus emociones en mayor medida que aquellos que se desplazaron a otra ciudad para poder estudiar la universidad (242).

Por otro lado, en el factor “Preparación para la acción”, se observó que la licenciatura de Enfermería tuvo una media estadísticamente significativa mayor en comparación con las y los estudiantes de psicología. Hermanado con lo anterior, estudios señalan que la labor del estudiante y la estudiante de la licenciatura en Enfermería implica una intensa formación para afrontar los retos que su área de trabajo demanda, como puede ser, elaboración de reportes médicos, trabajo en equipo con otros profesionales de la salud y estar preparado o preparada para cualquier emergencia que requiera poner en marcha sus conocimientos (261, 262). En el caso de las y los estudiantes de Enfermería de Hidalgo es necesario señalar que una de sus labores en los primeros semestres de la licenciatura es la

formación exhaustiva de recurso humano para introducirlos a la práctica profesional en semestres posteriores, lo cual a manera de hipótesis se cree que refuerza este tipo de afrontamiento el cual puede fortificarse con la cátedra de profesionales de la salud que están o estuvieron trabajando en el campo laboral hospitalario.

Por otro lado en el factor “Evitación del malestar” se encontró que los grupos que hicieron la diferencia en esta estrategia de afrontamiento fueron Medicina y Nutrición siendo estos últimos quienes tuvieron una media menor a diferencia de los primeros respectivamente. Sobre estos resultados en una investigación con alumnos de recién ingreso a la licenciatura de Medicina de EEUU se encontró que el estilo de afrontamiento “Evitación-Escape” estuvo presente en esta muestra, correlacionando marginalmente y negativamente con el bienestar subjetivo (263). Diferente a lo descrito en una investigación de Nepal donde los estudiantes de esta licenciatura tuvieron estrategias como replanteamiento positivo, planeación, aceptación/resignación y distracción para manejar las demandas estresantes de su ciencia (264). Es importante señalar que en la muestra de Hidalgo las y los estudiantes en sus primeros semestres son altamente exigidos académicamente por sus profesores, lo cual pudiera estar impactando en lo que ellos y ellas priorizan o que una vez surgido el estresor, decidan si puede ser evitado y así calmar su mente y después hacerle frente a la situación estresante.

El factor que también resultó diferente estadísticamente hablando fue el de “Afrontamiento conductual” el cual surge cuando una persona presenta conductas como hacer ejercicio, comer, beber alcohol y fumar, para hacerle frente al problema. Se observó que en mayor medida las y los estudiantes de Nutrición, Odontología y Medicina realizan estas conductas a diferencia de sus similares de Psicología. Este tipo de afrontamiento se encuentra dentro de la Retirada que indica que estas personas evitan la situación estresante mediante conductas de evitación no asociadas al estresor (195), así mismo se asocia al afrontamiento con Distracción el cual es usado por personas que con mayor medida buscan un evento o situación ajeno al estresor para reducir sus niveles de excitación fisiológica (196).

Respecto a este resultado, el afrontar al estrés mediante conductas como beber alcohol es un tema que ha sido estudiado en estudiantes de diferentes áreas del conocimiento, por ejemplo en un estudio realizado en Noruega se encontró que,

aproximadamente 10.5 % de los y las estudiantes de la licenciatura en Medicina presentaban la conducta de beber algún preparado alcohólico para afrontar las situaciones que eran evaluadas como estresantes. De esa muestra, 9 % eran mujeres y 13 % hombres, los autores de este estudio mencionan que esta ciencia (Medicina) es una de las más proclives a desarrollar esta dependencia. Una de sus principales creencias sobre esta conducta es que el alcohol les “ayuda a liberar la tensión y el estrés” relacionado a su carrera (265).

Así mismo los hombres suelen tener un afrontamiento conductual mayor que las mujeres como beber alcohol, hacer ejercicio y las mujeres suelen dormir más a diferencia de los hombres como lo encontrado en un estudio en Pakistán con alumnos y alumnas de Medicina (266). Otro estudio realizado en Reino Unido con 188 estudiantes de Medicina mostró que el 41 % de los hombres y el 19 % de las mujeres consumen por arriba de 28 y 21 unidades de alcohol los fines de semana, lo cual es el límite de consumo legal en aquel país, el 9 % de los hombres consumen más de un cigarrillo al día, así como el 10 % de las mujeres. El 23 % de los hombres consumieron Cannabis regularmente, así como el 18 % de las mujeres. En este mismo estudio, 70 % de ambos sexos realizaron actividad física vigorosa. Los autores mencionan que la vida universitaria es un factor que promueve y facilita el consumo excesivo de alcohol y drogas ilícitas entre los y las estudiantes (267).

En Hidalgo, las y los estudiantes de las licenciaturas de Medicina, Odontología y Nutrición presentan una carga académica fuerte, que no les orilla a ser estudiantes de tiempo completo, sin embargo, se percibe que estas y estos estudiantes suelen organizar reuniones (los cráneos de plata, la quema de batas, Mr. Zorra, la muela del juicio y otras fiestas estudiantiles) donde el consumo de alcohol es socialmente aceptado e involucra a distintas facultades de su universidad y otros campus, sin embargo ese es tema de otro estudio. Lo que esta disertación pretende señalar es que el afrontamiento asociado al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias fue elevado en estas licenciaturas.

Para el objetivo específico de conocer las diferencias entre las licenciaturas por estilo parental se aceptó la hipótesis alterna la cual indica que existen diferencias estadísticamente significativas. A este respecto cabe señalar que el factor “Estilo coercitivo” fue el único que tuvo diferencias, siendo Enfermería, Medicina y Odontología las que tuvieron más de este estilo a diferencia de Psicología. El estilo Coercitivo es aquel

donde padre y madre usan como método de control, el castigo físico (conducta) ante el surgimiento de conductas desobedientes. Estas medias son bajas en comparación con otros estilos, sin embargo la diferencia entre licenciaturas resultó ser significativa.

Aunado a lo anterior se han realizado pocos estudios sobre los estilos parentales en población universitaria, sin embargo en un estudio realizado en China (cuya población presenta características similares a la de este estudio) se descubrió que los y las estudiantes de la licenciatura en Medicina, perciben que su madre suele emplear el castigo físico para corregir las conductas inapropiadas, además de que es una variable que explicó el pensamiento crítico de forma negativa, lo que quiere decir que, a mayor uso de esta práctica por parte de la madre, menor pensamiento crítico en los universitarios y las universitarias en China (268).

Estos resultados deben de ser analizados con cautela debido a que se trata de medias muy pequeñas que indican que el estilo Coercitivo aparece muy poco en esta población. Sin embargo algunos estudios con población universitaria colombiana señalan que cerca del 53 % de la población estudiantil universitaria, sufrió maltrato por parte de padre o madre, estos resultados (269, 270) también mostraron que aquellas personas que puntuaron alto en maltrato, también lo hicieron en esquemas cognitivos como Abandono y Grandiosidad, a su vez estos esquemas se caracterizan por maximización (distorsión cognitiva) y el segundo por presentar padres autoritarios con castigo físico así como por creencias de superioridad. Aunado a lo anterior en la muestra de Hidalgo, el estilo parental “Autoritario” puntuó más alto que el estilo parental “Coercitivo” lo que quiere decir que también se percibe a padres y madres con características de ambos estilos (autoritario-coercitivo), que en conjunto pueden impactar de forma negativa en la personalidad, los esquemas y otras variables propias del ser humano. No obstante, no se ahondará más en esta temática por no ser el objeto de estudio de esta disertación.

Para el objetivo específico de comparar los estilos de afrontamiento entre estudiantes con menor riesgo de AS y mayor riesgo de AS, se utilizó el puntaje total de la AS y se clasificó por “mayor riesgo” y “menor riesgo” usando la desviación estándar como criterio de transformación (1 D.E. por arriba de la media = mayor riesgo y 1 D.E. por debajo de la media = menor riesgo). Se aceptó la hipótesis alterna que menciona que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: mayor riesgo de AS y

menor riesgo de AS. Por medio de la prueba estadística inferencial, t de Student para muestras independientes, se encontró que las y los participantes que formaron parte del grupo “mayor riesgo en AS” presentaron menores niveles en: “afrontamiento cognitivo” y “red de apoyo social”. Se comenzará explicando el primero y su relación con la AS.

El “afrontamiento cognitivo” se caracteriza por ser una estrategia centrada en la solución del problema donde la persona se prepara mentalmente para hacerle frente al estresor, así mismo la persona tiene una serie de pasos a seguir que ha adquirido previamente con base en su experiencia solucionando problemas similares. Con relación a este resultado se sabe que en la fase de desarrollo de la AS, el proceso de afrontamiento al estrés se ve afectado debido a que la focalización selectiva, el ensimismamiento y la atención hacia la información del entorno, involucra una serie de procesos cognitivos y conductuales (hablar poco o con la misma persona, mirar hacia otro lado para no exponerse a cuestionamientos, evitar la ruborización, sudoración, evitar contacto visual, aparentar distracción entre otras) que generan sesgos cognitivos de atención, que impactan en la conducta y en la percepción sobre un evento social en personas con síntomas de AS (47, 48). Si bien la población de Hidalgo no es una muestra de tipo clínica vale la pena señalar que estos resultados son relevantes debido a que estos sesgos cognitivos juegan un rol importante en el surgimiento y mantenimiento de la AS (271).

En cuanto al factor “Red de apoyo” el cual puntuó menor en el grupo de “mayor riesgo” parece ser que las personas con síntomas de AS suelen tener una red de apoyo menor. A este respecto, se sabe que, el miedo a ser evaluado negativamente se asocia al poco reforzamiento social, al exceso de autocrítica y el surgimiento de comportamiento categorizado como “correcto”, “adecuado” o “pertinente” que impacta en sentirse aceptado o integrado a su grupo social. Lo cual de no lograrse conllevará a un efecto opuesto al deseado: el aislamiento (270). Sobre este resultado en un estudio realizado con mujeres de 17 años en EEUU (272) de una preparatoria, se encontró que la victimización (percibirse como víctima en situaciones sociales con sus pares) era un predictor confiable para el surgimiento de AS y el aislamiento. Los autores señalan que al final de la adolescencia es importante contar con una red de apoyo social, con la que la adolescente pueda socializar.

También en el factor “Afrontamiento externo” surgieron diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos, siendo el grupo “mayor riesgo” el que puntuó bajo a

diferencia del grupo “menor riesgo”. Este tipo de afrontamiento tiene como característica, que la persona habla con otras personas (profesionales de la salud como médicos, psicólogos, amigos o familiares) para dar solución al evento que es evaluado como estresante. Al respecto, la literatura menciona que una de las principales características de los síntomas de AS es experimentar miedo a sentirse humilladas o juzgadas de forma negativa por otra persona u otras, al momento de realizar alguna actividad o en la interacción (12), por lo que el hecho de preguntar sobre la solución a una situación estresante con otras personas, puede desencadenar una respuesta asociada a los síntomas de AS.

Ahora bien, para los factores que puntuaron más alto en el grupo de “mayor riesgo”, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor “Afrontamiento conductual” entre ambos grupos, siendo el de “mayor riesgo”, el que presentó más de este afrontamiento. A este respecto, el estado del arte menciona que el afrontamiento desadaptativo y la AS guardan una estrecha relación (215-217) . Por ejemplo algunos estudios de Australia, mencionan que, en promedio, las mujeres que reportaron niveles elevados de AS, presentaron un mayor afrontamiento asociado a un consumo perjudicial de alcohol acompañado de consecuencias sociales y físicas (215). Así mismo otro estudio realizado con estudiantes universitarios mostró que, los y las estudiantes que puntuaron más elevado en los síntomas de AS presentaron un mayor índice en el consumo de bebidas embriagantes al momento de experimentar emociones negativas como tristeza y enojo, así como antes de tener relaciones sexuales (216).

En el factor de afrontamiento “Baja tolerancia a la frustración y retirada social” el grupo de “mayor riesgo” presentó mayor puntaje a diferencia del grupo “menor riesgo”. A partir de lo anterior, la literatura menciona que las personas con síntomas de AS suelen, en general, evitar las situaciones sociales, debido a que temen ser evaluados negativamente por otros y otras (75), entonces, a manera de hipótesis se cree que este tipo de afrontamiento está asociado a este grupo debido a que, esta conducta evitativa es una de las principales características de la AS, por lo que este resultado era esperado.

En cuanto a los estilos parentales se observó que el estilo “Autoritario” puntuó alto en el grupo “mayor riesgo”, resultando en una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el grupo “menor riesgo”. Aunado a lo anterior, de acuerdo con

investigaciones previas, uno de los factores en el surgimiento de la AS es el presentar una familia que ha usado como método de socialización la sobreprotección y la vergüenza como mecanismo de control y disciplina por parte de madres y padres (35, 149). Así mismo Olivares y Caballo en su modelo sobre la génesis de la AS, mencionan que el contexto social negativo en forma de un estilo parental “Autoritario” es un factor para el surgimiento de la AS, por lo que este resultado también era esperado.

Para el objetivo de desarrollar un modelo de predicción de la AS que incluyera a los estilos parentales y los estilos de afrontamiento al estrés, se aceptó la hipótesis alterna que menciona que los estilos parentales y los estilos de afrontamiento al estrés son predictores confiables para el surgimiento de síntomas asociados a la AS.

Por medio del análisis estadístico regresión múltiple, con el método “pasos sucesivos” que es usado para conocer si las variables independientes son predictoras confiables (estilos de afrontamiento y estilos parentales) sobre una variable dependiente (AS total), se encontró que en el caso de la muestra total, nueve fueron las variables que explicaron cerca del 15 % de la varianza de la AS total. Algunas variables tuvieron un comportamiento negativo (beta negativa) como el “afrontamiento externo”, la “red de apoyo percibida”, el “afrontamiento conductual”, y el “afrontamiento cognitivo” que predicen de manera inversamente proporcional la AS total, por ejemplo, a mayor afrontamiento externo, menor será el nivel de AS total en esta población y así sucesivamente. Las variables que tuvieron un comportamiento positivo (beta positiva) fueron: “estilo parental autoritario”, “retirada social”, “preparación para la acción”, “distracción” y “estilo parental con castigo”, las cuales predicen de manera directamente proporcional la AS total, por ejemplo, a mayor estilo parental autoritario, mayor será el nivel de AS total en esta población.

Como se dijo anteriormente existen diversas variables asociadas al surgimiento y mantenimiento de los síntomas de AS. Si bien el modelo general da a conocer un porcentaje de varianza explicada por debajo de lo esperado (no explica más del 50 %) estos resultados brindan un panorama sobre el comportamiento de la AS y abre la puerta a investigar acerca de otras variables que forman parte importante en la génesis y subsistencia de la misma. A continuación se explican los modelos de regresión por licenciatura.

En la licenciatura de Psicología, la regresión incluyó cuatro variables que explicaron el 24 % de la varianza. La “retirada social”, el “estilo parental autoritario” y la “preparación para la acción” presentaron betas positivas, no así el “afrontamiento cognitivo”. Como ya se mencionó anteriormente, variables contextuales y personales como ambos tipos de afrontamiento y los estilos parentales, guardan una estrecha relación con el surgimiento de los síntomas de AS. Esta relación ha sido explicada anteriormente.

En la licenciatura en Gerontología se observó que dos variables resultaron predictores confiables de los síntomas de AS. El “estilo parental coercitivo” cuya beta fue positiva y el “afrontamiento conductual” con una beta negativa. Estas dos variables explicaron cerca del 10 % de los síntomas de AS. Como ya se explicó anteriormente no se tienen datos sobre esta licenciatura. Debido a que en algunas partes del mundo es una especialidad de Medicina o Enfermería, sin embargo llama la atención que el factor “afrontamiento conductual” tiene un comportamiento diferente a lo antes mencionado acerca de que las personas con síntomas de AS suelen evitar las situaciones sociales, realizando otras conductas, esto es diferente debido a que en lo que refiere a la AS el afrontamiento desadaptativo está asociado a su surgimiento y mantenimiento y no al revés.

En la licenciatura de Enfermería se observó que las variables “estilo parental coercitivo” cuya beta es positiva y el “afrontamiento externo” cuya beta es negativa explicaron cerca del 13 % de la varianza de la AS total. Cabe señalar que el estilo coercitivo tiene como principal característica el uso de la conducta “golpear” para corregir la conducta de las y los hijos. Este resultado es congruente con lo establecido en la teoría que menciona que el rechazo paternal y los eventos altamente estresantes en el hogar son situaciones asociadas a la génesis y al mantenimiento de la AS y el mutismo selectivo (51).

En lo que respecta a la licenciatura de Medicina, se destaca la presencia de dos variables predictoras que son, el “afrontamiento externo” cuya beta es negativa y la “red de apoyo percibido” cuya beta también fue negativa, mismas que explicaron cerca del 18 % de la varianza de los síntomas de AS. Como ya se mencionó en resultados anteriores estas variables juegan un rol importante en el mantenimiento de los síntomas de AS, en forma de aislamiento y también en la búsqueda de una opinión externa para la solución de una problemática estresante. Cabe señalar que esta licenciatura no presentó algún estilo parental como predictor confiable.

En la licenciatura de Odontología, el modelo de regresión mostró a las variables “afrontamiento cognitivo” y la “red de apoyo” cuyas betas fueron negativas y a la “retirada social” (beta positiva) como predictoras confiables de los síntomas de AS, explicando cerca del 31 % de la varianza. En esta licenciatura no se encontró algún estilo parental como predictor confiable de la AS, sin embargo el afrontamiento al estrés y el apoyo social si lo fueron.

Finalmente en la licenciatura en Nutrición se encontró que el modelo de regresión explicó el 37 % de la varianza de la AS, en este modelo se incluyeron predictores como “retirada social”, “estilo autoritario”, “preparación para la acción” con betas positivas, y el “afrontamiento externo” y “estilo coercitivo” con betas negativas. Estos predictores como se ha revisado son congruentes con la teoría. De igual forma el estilo parental autoritario aparece como predictor confiable el cual está asociado al surgimiento y mantenimiento de la AS como se ha revisado anteriormente.

X CONCLUSIÓN

Uno de los aportes más importantes de la presente disertación fue la validación de las escalas propuestas para evaluar las Variables Independientes. La escala de Afrontamiento al estrés es una escala que dadas sus características psicométricas tendrá diversos usos y presencia en otros estudios que deseen conocer esta variable en contexto universitario. La escala de Estilos Parentales para universitarios es una escala que puede ser usada para evaluar esta misma variable en otros estudios, sin embargo es necesario hacer la aclaración de que en México existen otras escalas que evalúan el mismo constructo y que presentan mejores niveles de consistencia interna y varianza explicada, se sugiere su uso con responsabilidad debido a que no evalúa los cuatro estilos parentales básicos propuestos por Diana Baumrind.

Los modelos predictores de las regresiones no explicaron por arriba del 50 % de la variable dependiente (síntomas de AS) en los todos los participantes. Esto se puede deber a los instrumentos utilizados para evaluar las variables independientes (percepción de estilo parental y afrontamiento al estrés). Así mismo se pudo deber a la población y sus características no clínicas. Sin embargo es importante señalar que los estudios empíricos que involucran estas variables siguen siendo pocos y el presente estudio es valioso debido a la inclusión de variables predictoras sobre los síntomas de AS en población universitaria.

Las y los participantes que formaron parte de este estudio, mostraron diferentes modelos que involucraron diversos componentes de ambas variables independientes, lo que habla de la diversidad de personalidad, familia de origen, nivel socioeconómico, así como el perfil de ingreso y lo que espera cada licenciatura de sus recién ingresados. Si bien, los modelos propuestos no son robustos (en su porcentaje de varianza explicada), brindan un panorama de las características que pudieran estar interactuando para que los síntomas de AS se presenten en esta población. Así como la posibilidad de continuar explorando variables que pudieran explicar más detalladamente la AS.

Es importante señalar que el afrontamiento al estrés es una variable que está presente en la vida universitaria y que debe de ser estudiada en esta población debido a que

las chicas y los chicos pudieran estar presentando un estilo de afrontamiento centrado en conductas que no son del todo saludables (fumar, beber alcohol y hacer ejercicio en exceso) lo cual puede mermar o poner en riesgo su salud o ser el nicho para otros problemas físicos y psicológicos que involucren ansiedad y conductas riesgosas.

Los resultados del presente estudio constituyen un antecedente que permitirá el desarrollo de futuros modelos que pretendan explicar el surgimiento y mantenimiento de la AS en población universitaria. Para impactar en el índice de deserción escolar y generar estrategias para identificar con rapidez la presencia de síntomas de ansiedad social, así como para generar intervenciones que sensibilicen al docente y a la comunidad universitaria sobre esta problemática.

XI RECOMENDACIONES

Una de las principales recomendaciones para posteriores investigaciones es la de utilizar métodos de selección de la muestra para tener una muestra representativa y evitar la muerte experimental por posibles fallas en el llenado de instrumentos de medición. Así mismo se sugiere tener un método de diagnóstico más completo para poder diferenciar entre aquellas personas con AS y aquellas con síntomas de AS y tener estudios que hagan comparaciones entre ambas poblaciones.

Otra recomendación para futuras investigaciones es la del uso de diversas pruebas que midan otras posibles variables predictoras de la AS, las cuales puedan estar asociadas al surgimiento y mantenimiento de la misma y así reunir más evidencia empírica de la población y al problema de investigación.

Se sugiere también trabajar con población de menor nivel educativo, debido a que se sabe que el presentar AS suele ser un predictor para la deserción escolar, y es necesario estudiar a las personas que tienen síntomas ansiosos, antes de que pasen el filtro del ingreso a niveles de educación superior como la universidad.

Otra sugerencia es tener una aplicación espaciada de los instrumentos de evaluación para evitar el cansancio de las y los participantes y así tener mejor control y evitar cualquier tipo de sesgo en las respuestas.

Finalmente se sugiere usar otros instrumentos que también evalúen la AS, los estilos de afrontamiento al estrés y los estilos parentales para tener datos más grandes que puedan ser comparables. Así mismo se sugiere incluir el mismo número de hombres y mujeres para poder hacer comparaciones por sexo.

XII BIBLIOGRAFÍA

1. Association AP. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®: American Psychiatric Pub; 2014.
2. Butler G, Wells A, Heimberg R, Liebowitz M, Hope D, Schneier F. Cognitive-behavioral treatments: Clinical applications. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. 1995;310-33.
3. Quero S, Baños RM, Botella C, Gallardo M. Delimitación de subtipos clínicos en la fobia social. *Psicología Conductual*. 2003;11(3):429-58.
4. Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*. 2009;3(1):20-9.
5. Panayiotou G, Karekla M, Panayiotou M. Direct and indirect predictors of social anxiety: The role of anxiety sensitivity, behavioral inhibition, experiential avoidance and self-consciousness. *Comprehensive psychiatry*. 2014.
6. Casas CJA, Álvarez MdCD, López LJG, Aranda BE. Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012;12(1):35-48.
7. Fehm L, Pelissolo A, Furmark T, Wittchen H-U. Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*. 2005;15(4):453-62.
8. Garcia-Lopez LJ, Bermejo RM, Hidalgo MD. The Social Phobia Inventory: screening and cross-cultural validation in Spanish adolescents. *The Spanish journal of psychology*. 2010 Nov;13(2):970-80. PubMed PMID: 20977044.
9. Osório FL, Crippa JAS, Loureiro SR. Evaluation of the psychometric properties of the Social Phobia Inventory in university students. *Comprehensive psychiatry*. 2010;51(6):630-40.
10. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz C, Benjet C, Jaimes JB. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*. 2003;26(4):1.
11. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*. 2005;35(12):1773-83.
12. Eysenck M. *Anxiety and cognition: A unified theory*: Psychology Press; 2014.
13. Antona CJ. *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Ciudad de México: Trillas 2009.
14. Olivares Rodríguez J, Piqueras Rodríguez J, Rosa Alcázar A. Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*. 2006;18(2):207-12.
15. Moreno Gil PJ, Méndez Carrillo FX, Sánchez Meca J. Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*. 2000;12(3):346-52.
16. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*. 1985;42(7):729.
17. Echeburúa E. *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid, España Pirámide; 2002.

18. Gray JA. The psychology of fear and stress: CUP Archive; 1987.
19. Fong G, Garralda E. Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*. 2005;4(8):77-81.
20. Dadds M, Seinen A, Roth J, Harnett P. Early Intervention for Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Approaches to Early Intervention in Child and Adolescent Mental Health, Volume 2*: ERIC; 2000.
21. Botella C, Baños RM, García-Palacios A, Quero S. El servicio de asistencia psicológica de la universitat jaume i psychological services at the universitat jaume i. 2009.
22. Justicia FJ, Estupiñá J, Vera MPG. Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*. 2010;22(4):619-26.
23. Bogels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, et al. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and anxiety*. 2010 Feb;27(2):168-89. PubMed PMID: 20143427.
24. Heimberg RG, Holt CS, Schneier FR, Spitzer RL, Liebowitz MR. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of anxiety disorders*. 1993;7(3):249-69.
25. Gil-Bernal F, Hernández-Guzmán L. Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de psicología*. 2009;40(1):89-104.
26. Bados A. Fobia Social. Madrid Síntesis.; 2001.
27. Zubeidat I, Fernández Parra A, Sierra JC, Salinas JM. Evaluación de factores asociados a la ansiedad social ya otras psicopatologías en adolescentes. *Salud mental*. 2008;31(3):189-96.
28. Marks I, Gelder M. Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*. 1966;123(2).
29. Öhman A, Dimberg U, Öst L. Animal and social phobias: Biological constraints on learned fear responses. *Theoretical issues in behavior therapy*. 1985:123-75.
30. Öhman A. Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*. 1986;23(2):123-45.
31. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*: Guilford press; 2004.
32. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF. A direct interview family study of social phobia. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(4):286.
33. Bruch MA, Gorsky JM, Collins TM, Berger PA. Shyness and sociability reexamined: A multicomponent analysis. *Journal of personality and social psychology*. 1989;57(5):904.
34. Arrindell WA, Kwee M, Methorst G, Van der Ende J, Pol E, Moritz B. Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1989;155(4):526-35.
35. Parker G. Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *The British Journal of Psychiatry*. 1979;135(6):555-60.
36. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2002;105(2):84-93.
37. Torgersen S. The nature and origin of common phobic fears. *The British Journal of Psychiatry*. 1979;134(4):343-51.
38. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet*. 2008 Mar 29;371(9618):1115-25. PubMed PMID: 18374843.

39. Moro M, Botella C, Ballester R, editors. Personalidad y cambio en pacientes con fobia social. Comunicación presentada en el I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Madrid, España; 1997.
40. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. 1995;69-93.
41. Butler G. Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour research and therapy*. 1985;23(6):651-7.
42. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1969;33(4):448.
43. MacLeod C, Mathews A, Tata P. Attentional bias in emotional disorders. *Journal of abnormal psychology*. 1986;95(1):15.
44. Dalgleish T, Watts FN. Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression. *Clinical psychology review*. 1990;10(5):589-604.
45. OBanion K, Arkowitz H. Social anxiety and selective memory for affective information about the self. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 1977;5(2):321-8.
46. Rodríguez JO, Caballo VE. Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*. 2003;11(3):483-515.
47. Turner SM, Beidel DC, Epstein LH. Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 1991;5(2):151-66.
48. La Greca AM, Lopez N. Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of abnormal child psychology*. 1998 Apr;26(2):83-94. PubMed PMID: 9634131.
49. García-López L, Olivares J, Vera-Villarroel PE. Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003;35(2):151-60.
50. Rodríguez Jo, Carrillo Fxm, Antón Dm. Mutismo Selectivo. Un Modelo Explicativo.
51. Hayden TL. Classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1981;19(1):118-33.
52. Van Der Kooy D, Webster C. A rapidly effective behavior modification program for an electively mute child. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 1975;6(2):149-52.
53. Caballo V. Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*. 1993;1(1):73-99.
54. Mellings T, Alden LE. Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour research and therapy*. 2000;38(3):243-57.
55. Roth D, Antony MM, Swinson RP. Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behaviour research and therapy*. 2001;39(2):129-38.
56. Levine S. The influence of social factors on the response to stress. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1993;60(1):33-8.
57. Barlow DH, Lehman CL. Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders: implications for national health care. *Archives of general psychiatry*. 1996.

58. Greist JH, Kobak KA, Jefferson JW, Katzelnick DJ, Chene RL. The clinical interview. Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment New York: Guilford. 1995:185-201.
59. Bados López A. Fobia social: naturaleza, evaluación y tratamiento (2009). 2009.
60. Rodríguez JO, Alcázar AIR, García-López LJ. Fobia social en la adolescencia: El miedo a relacionarse ya actuar ante los demás 2004.
61. Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological medicine*. 1999 Jan;29(1):199-212. PubMed PMID: 10077308.
62. Zubeidat I, Salinas JM, Sierra JC, Fernandez-Parra A. Psychometric properties of the Social Interaction Anxiety Scale and separation criterion between Spanish youths with and without subtypes of social anxiety. *Journal of anxiety disorders*. 2007;21(5):603-24. PubMed PMID: 17084589.
63. Hart EA, Leary MR, Rejeski WJ. The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and exercise Psychology*. 1989;11(1):94-104.
64. Turner SM, Beidel DC, Dancu CV, Stanley MA. An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989;1(1):35.
65. Liebowitz MR. Social phobia. *Modern problems of pharmacopsychiatry*. 1987.
66. Glass CR, Merluzzi TV, Biever JL, Larsen KH. Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive therapy and research*. 1982;6(1):37-55.
67. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(4):379-86.
68. Newman MG, Kachin K, Zuellig A, Constantino M, Cashman-McGrath L. The Social Phobia Diagnostic Questionnaire: Preliminary validation of a new self-report diagnostic measure of social phobia. *Psychological medicine*. 2003;33(04):623-35.
69. Caballo VE, Salazar IC, Arias B, Irurtia M, Calderero M. Validación Del "Cuestionario De Ansiedad Social Para Adultos"(Caso-A30) En Universitarios Españoles: Similitudes Y Diferencias Entre Carreras Universitarias Y Comunidades Autónomas. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2010 (1):5-34.
70. Caballo VE, Salazar IC, Irurtia MJ, Arias B, Hofmann SG. The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior therapy*. 2012;43(2):313-28.
71. Antony MM, Swinson RP. The shyness & social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears: New Harbinger Publications; 2000.
72. Abrams K, Kushner M, Lisdahl Medina K, Voight A. The pharmacologic and expectancy effects of alcohol on social anxiety in individuals with social phobia. *Drug and alcohol dependence*. 2001;64(2):219-31.
73. Buckner JD, Ledley DR, Heimberg RG, Schmidt NB. Treating Comorbid Social Anxiety and Alcohol Use Disorders Combining Motivation Enhancement Therapy With Cognitive-Behavioral Therapy. *Clinical case studies*. 2008;7(3):208-23.
74. Purdon C, Antony M, Monteiro S, Swinson RP. Social anxiety in college students. *Journal of anxiety disorders*. 2001;15(3):203-15.

75. Baptista CA, Loureiro SR, de Lima Osório F, Zuardi AW, Magalhães PV, Kapczinski F, et al. Social phobia in Brazilian university students: prevalence, under-recognition and academic impairment in women. *Journal of affective disorders*. 2012;136(3):857-61.
76. Tillfors M, Furmark T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42(1):79-86.
77. Gültekin BK, Dereboy IF. The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2011;22(3):150-8.
78. Russell G, Shaw S. A study to investigate the prevalence of social anxiety in a sample of higher education students in the United Kingdom. *Journal of mental health*. 2009;18(3):198-206.
79. Baeza-Velasco C, Fénérier C, Gély-Nargeot M-C. Diferenças da ansiedade social auto-informada entre estudantes universitários chilenos e franceses. *Cuadernos de neuropsicología*. 2012;6(2):39-47.
80. Martínez AC. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas*. 2010;6(1):111-21.
81. Jiménez Rodríguez D, Hernández Moctezuma I. Intervención Clínica A Díadas Madre-Hijo Para Mejorar La Conducta Social y El Aprovechamiento Escolar En Nivel Básico. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*. 2011;14(2).
82. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*. 1993;113(3):487.
83. Mann L. Elementos de la psicología social México ed1980.
84. Proshansky H, y Seidenberg, B. . Estudios Básicos de la Psicología Social. Madrid: Tecnos 1973.
85. Mack WyP, J. . Sociología y vida social. España: Uteha; 1980.
86. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Argentina: Paidós; 2002.
87. Baumrind D. New directions in socialization research. *American Psychologist*. 1980;35(7):639.
88. Andrade P. P.(1998). El ambiente familiar del adolescente: Tesis de Doctorado. México: UNAM.
89. Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family process*. 1983;22(1):69-83.
90. Beavers WR, Voeller MN. Family models: Comparing and contrasting the Olson circumplex model with the Beavers systems model. *Family Process*. 1983;22(1):85-97.
91. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*. 2000;22(2):144-67.
92. Barnes H, Olson DH. Parent-adolescent communication scale: Life Innovations; 2003.
93. Beavers R, Hampson RB. The Beavers systems model of family functioning. *Journal of Family Therapy*. 2000;22(2):128-43.
94. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*. 1986;22(6):723.
95. Nardone G, Giannotti E, Rocchi R. Modelos de familia. Barcelona: Herder. 2003.

96. Díaz-Guerrero R. Mexican ethnopsychology. *Revista Puertorriqueña de psicología*. 2013;8(1).
97. Díaz-Guerrero R. Origins and development of Mexican ethnopsychology. *World Psychology*. 1995;1:49-67.
98. Díaz-Guerrero R. A Mexican psychology. *American psychologist*. 1977;32(11):934.
99. Díaz-Guerrero R, Peck RF, editors. *Respeto y posición social en dos culturas*. Sociedad Interamericana de Psicología: VII Congreso Interamericano de psicología, Liverpool; 1963.
100. Díaz Loving R. De la psicología universal a las idiosincrasias del mexicano. *Etnopsicología Mexicana: Siguiendo la huella teórica y empírica de Díaz-Guerrero*. 2008:25-41.
101. González Hernández C, Castellano B. *Sexualidad y género. Hacia su reconceptualización y educación en los umbrales del tercer milenio* Editorial Magisterio Colección Mesa Redonda Santa Fé de Bogotá, Colombia. 2000.
102. Díaz-Guerrero R, Peck R. Estilo de confrontación y aprovechamiento: un programa de Investigación. *Revista interamericana de Psicología*. 1967;1(2):127-36.
103. Rogelio DG. *Psicología del mexicano*. Ed Trillas, México. 1997.
104. Medina JC, editor *Estilos educativos paternos*. Pedagogía familiar; 1993: Narcea.
105. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Developmental psychology*. 1971;4(1p2):1.
106. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic psychology monographs*. 1967.
107. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*. 1966:887-907.
108. Steinberg L, Darling N. The broader context of social influence in adolescence. *Adolescence in Context: The Interplay of Family, School, Peers, and Work in Adjustment* New York: Springer-Verlag Inc. 1994.
109. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology*. 1983;4:1-101.
110. Herman MR, Dornbusch SM, Herron MC, Herting JR. The influence of family regulation, connection, and psychological autonomy on six measures of adolescent functioning. *Journal of Adolescent Research*. 1997;12(1):34-67.
111. Aguilar J, Valencia, A. Sarmiento, S. . *Relaciones familiares y ajuste personal escolar y social en la adolescencia* México DF: UNAM; 2007.
112. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child development*. 1991;62(5):1049-65.
113. Buri JR. Parental authority questionnaire. *Journal of personality assessment*. 1991;57(1):110-9.
114. Gerard AB. *Parent-child relationship inventory*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services. 1994.
115. Robinson CC, Mandleco B, Olsen SF, Hart CH. Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological reports*. 1995;77(3):819-30.

116. Estévez A, Calvete E. Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza Cognitive Schemata in people suffering from pathological gambling and their. *Clínica y Salud*. 2007;18(1):23.
117. Reitzle M, Metzke CW, Steinhausen H. Parents and children: the Zurich brief questionnaire for the assessment of parental behaviors. *Diagnostica*. 2001;47(4):196-207.
118. Musitu G, García F. *Espa29: escala de estilos de socialización parental en la adolescencia: manual*: Tea; 2001.
119. Schaefer ES. Children's reports of parental behavior: An inventory. *Child development*. 1965;413-24.
120. Aguilar J, Aguilar A. Validez de constructo de la Escala de Autoridad Parental para Adolescentes Mexicanos. *Acta de investigación psicológica*. 2013;3(3):1228-37.
121. Andrade Palos P, Betancourt Ocampo D, Vallejo Casarín A, Ochoa C, Segura B, Rojas Rivera RM. Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud mental*. 2012;35(1):29-36.
122. López ST, Calvo JVP, Caro MI. Estilos de educación familiar. *Psicothema*. 2008;20(1):62-70.
123. Rodríguez Aguilar B, van Barneveld HO, González Arratia López Fuentes NI, Unikel Santoncini C. Desarrollo de una escala para medir la percepción de la crianza parental en jóvenes estudiantes mexicanos. *Pensamiento Psicológico*. 2011;9(17):9-20.
124. Ramírez MG, Hernández RL. Diferencias en la percepción de estilos parentales entre jóvenes y adultos de las mismas familias. *Summa Psicológica*. 2012;9(1):53-64.
125. Barnhart CM, Raval VV, Jansari A, Raval PH. Perceptions of parenting style among college students in India and the United States. *Journal of child and family studies*. 2013;22(5):684-93.
126. González Ramírez MT, Landero Hernández R. Diferencias en la percepción de estilos parentales entre jóvenes y adultos de las mismas familias. *Summa Psicológica UST*. 2012;9(1):53-64.
127. Burchinal MR, Peisner-Feinberg E, Pianta R, Howes C. Development of academic skills from preschool through second grade: Family and classroom predictors of developmental trajectories. *Journal of School Psychology*. 2002;40(5):415-36.
128. Balzano S. Las construcciones culturales sobre el éxito y el fracaso escolar y sus implicaciones sobre los modelos educativos en la Argentina. *Cultura y Educación*. 2002;14(3):283-96.
129. Cava MJ, Murgui S, Musitu G. Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*. 2008;20(3):389-95.
130. López EE, Pérez SM, Ruiz DM, Ochoa GM. Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*. 2007;19(1):108-13.
131. Wintre MG, Yaffe M. First-year students' adjustment to university life as a function of relationships with parents. *Journal of adolescent research*. 2000;15(1):9-37.
132. Bersabé R, Fuentes MJ, Motrico E. Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*. 2001;13(4):678-84.
133. Smetana JG. Parenting styles and conceptions of parental authority during adolescence. *Child development*. 1995;66(2):299-316.

134. Wolfradt U, Hempel S, Miles JN. Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and individual differences*. 2003;34(3):521-32.
135. Gonzales NA, Cauce AM, Mason CA. Interobserver Agreement in the Assessment of Parental Behavior and Parent-Adolescent Conflict: African American Mothers, Daughters, and Independent Observers. *Child development*. 1996;67(4):1483-98.
136. Andrade P, Díaz-Loving R. Ambiente familiar y características de personalidad de los adolescentes. *Revista de psicología social y personalidad*. 1998;13:199-219.
137. Andrade P, Betancourt O, Rivera A, Díaz-Loving R, Reyes I, Sánchez A, et al. Prácticas parentales: Una medición integral. *La psicología social en México XII México: AMEPSO*. 2008.
138. Palacios D, Andrade P. Escala de estilos parentales en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 2006;22:49-64.
139. Betancourt O, Andrade P, Orozco M. Control parental y depresión en adolescentes. Andrade PP, Cañas MJL, Betancourt OD (comp) *Investigaciones psicosociales en adolescentes México: UNICACH*. 2008.
140. Aguilar J, Valencia A, Martínez M, Romero P, Lemus L. Estilos parentales y medidas de desarrollo psicosocial en estudiantes universitarios. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*. 2004;12(1):69-81.
141. Alloy LB, Abramson LY, Tashman NA, Berrebbi DS, Hogan ME, Whitehouse WG, et al. Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognitive therapy and research*. 2001;25(4):397-423.
142. Cheng H, Furnham A. Perceived parental rearing style, self-esteem and self-criticism as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*. 2004;5(1):1-21.
143. Driscoll AK, Russell ST, Crockett LJ. Parenting styles and youth well-being across immigrant generations. *Journal of Family Issues*. 2007.
144. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2003;44(1):134-51.
145. Kimmel DC, Weiner IB, Ascaso LE. *La adolescencia: una transición del desarrollo: Ariel*; 1998.
146. Rice FP. *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*: Pearson Educación; 1997.
147. Gómez JF, Posada A, Ramírez H. *Puericultura: El arte de la crianza*. Colombia: Editorial Médica Panamericana. 2000.
148. Hernandez-Guzman L, Sanchez-Sosa JJ. Parent-child interactions predict anxiety in Mexican adolescents. *Adolescence*. 1996 Winter;31(124):955-63. PubMed PMID: 8970666.
149. Arrindell WA, Kwee M, Methorst G, Van der Ende J, Pol E, Moritz B. Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1989;155(4):526-35.
150. Parker G. Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *The British Journal of Psychiatry*. 1979;135(6):555-60.
151. Arrindell WA, Emmelkamp PM, Monsma A, Brilman E. The role of perceived parental rearing practices in the aetiology of phobic disorders: a controlled study. *The British Journal of Psychiatry*. 1983;143(2):183-7.

152. Melfsen S, Osterlow J, Florin I. Deliberate emotional expressions of socially anxious children and their mothers. *Journal of anxiety disorders*. 2000;14(3):249-61.
153. Sierra JC, Zubeidat I, Fernández Parra A. Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar e Subjetividade*. 2006;6(2):472-517.
154. Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical psychology review*. 1997;17(1):47-67.
155. Rapee RM, Melville LF. Recall of family factors in social phobia and panic disorder: Comparison of mother and offspring reports. *Depression and anxiety*. 1997;5(1):7-11.
156. Knappe S, Beesdo-Baum K, Fehm L, Lieb R, Wittchen H-U. Characterizing the association between parenting and adolescent social phobia. *Journal of anxiety disorders*. 2012;26(5):608-16.
157. Ogden J. *Health psychology a textbook*. England McGraw-Hill; 2012. Available from: <http://books.google.com.mx/books?id=MYzFQWZ6GxQC&printsec=frontcover&dq=health+psychology&hl=es&sa=X&ei=zMnBUeP7N8Tq0QHL6oCwCw&ved=0CD8Q6AEwAg#v=onepage&q=health%20psychology&f=false>.
158. Martz E, Livneh H, Wright B. *Coping with chronic illness and disability*: Springer; 2007.
159. Cannon WB. *The wisdom of the body*. 1932.
160. Selye H. *The stress of life*. 1956.
161. Krohne HW. Stress and coping theories. *The international encyclopedia of the social and behavioral sciences*. 2001;22:15163-70.
162. Markenson DS. *Asistencia pediátrica prehospitolaria*: Elsevier; 2007.
163. Marks D, Frías MG, Fuentes SV. *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica: Manual Moderno*; 2008.
164. Mason JW. A re-evaluation of the concept of 'non-specificity' in stress theory. *Journal of psychiatric research*. 1971;8:323-33.
165. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*. 1967;11(2):213-8.
166. Ferrero BS. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud= International journal of clinical and health psychology*. 2003;3(1):141-57.
167. Casals P. *Taller de memoria: ejercicios prácticos*: Horsori Editorial, Sl; 2005.
168. Lazarus RS, Folkman S. *The concept of coping*. 1991.
169. Everly Jr GS, Lating JM. *A clinical guide to the treatment of the human stress response*: Springer Science & Business Media; 2012.
170. Del Castillo A, Martinez, C., García, M. y Guzmán, R. *Intervención Cognitivo conductual para modificar el nivel de distress en pacientes con diabetes tipo 2.: Manual Moderno* 2012.
171. White RW. Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. *Coping and adaptation*. 1974;47:68.
172. Lazarus RS, DeLongis A. Psychological stress and coping in aging. *The American psychologist*. 1983 Mar;38(3):245-54. PubMed PMID: 6870040.
173. Lazarus RS, Cohen JB. *Environmental stress. Human behavior and environment*: Springer; 1977. p. 89-127.

174. Lazarus RS. Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of personality*. 2006 Feb;74(1):9-46. PubMed PMID: 16451225.
175. Lazarus RS. Toward better research on stress and coping. *The American psychologist*. 2000 Jun;55(6):665-73. PubMed PMID: 10892209.
176. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*. 1993 May-Jun;55(3):234-47. PubMed PMID: 8346332.
177. Lazarus RS. Coping with the stress of illness. WHO regional publications European series. 1992;44:11-31. PubMed PMID: 1514969.
178. Lazarus RS. The psychology of stress and coping. *Issues in mental health nursing*. 1985;7(1-4):399-418. PubMed PMID: 3854019.
179. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. 1966.
180. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*. 1981;4(2):139-57.
181. Billings AG, Moos RH. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of personality and social psychology*. 1984;46(4):877.
182. Moos RH, Schaefer JA. The crisis of physical illness. *Coping with physical illness*: Springer; 1984. p. 3-25.
183. Folkman S, Lazarus RS, Pimley S, Novacek J. Age differences in stress and coping processes. *Psychology and aging*. 1987 Jun;2(2):171-84. PubMed PMID: 3268206.
184. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*. 1985 Jan;48(1):150-70. PubMed PMID: 2980281.
185. Cohen F, Lazarus RS. Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic medicine*. 1973 Sep-Oct;35(5):375-89. PubMed PMID: 4803347.
186. Del Castillo Arreola A, Morales Téllez O, Solano Solano G. Malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*.3(1).
187. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*. 1986 Mar;50(3):571-9. PubMed PMID: 3701593.
188. Mechanic D. Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions. *Coping and adaptation*. 1974:32-44.
189. Janis IL, Mann L. Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment: Free Press; 1977.
190. Lazarus RS, Folkman S. Stress. Appraisal, and coping. 1984;725.
191. Frydenberg E, Lewis R. ACS: escalas de afrontamiento para adolescentes: manual: TEA Ediciones; 1996.
192. Librán EC. Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*. 2002;14(3):544-50.
193. Heckman T, Kochman A, Sikkema K, Kalichman S, Masten J, Bergholte J, et al. A pilot coping improvement intervention for late middle-aged and older adults living with HIV/AIDS in the USA. *AIDS care*. 2001;13(1):129-39.

194. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*. 1993;36(6):725-33.
195. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Wigal JK. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive therapy and research*. 1989;13(4):343-61.
196. Miller SM. Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of personality and social psychology*. 1987;52(2):345.
197. Moos RH, Schaefer JA. Life transitions and crises. *Coping with life crises*: Springer; 1986. p. 3-28.
198. Endler NS, Kocovski NL. State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*. 2001;15(3):231-45.
199. Billings DW, Folkman S, Acree M, Moskowitz JT. Coping and physical health during caregiving: the roles of positive and negative affect. *Journal of personality and social psychology*. 2000;79(1):131.
200. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*. 1990;58(5):844.
201. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989;56(2):267.
202. Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate behavioral research*. 1985;20(1):3-26.
203. Cíongora C. A., y Reyes-Lagunes, i.(1998). El "enfrentamiento a los problemas" en jóvenes yucatecos. *Revista la psicología social en México*.118-23.
204. Moos RH, Cronkite R, Billings A, Finney J. *Health and daily living form*: Stanford University, Stanford; 1984.
205. Sosa JJS, Manzanera FA, Rosas AR. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International journal of clinical and health psychology*. 2005;5(3):445-62.
206. López-Vázquez E, Marván ML. Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud publica de Mexico*. 2004;46(3):216-21.
207. Credé M, Niehorster S. Adjustment to college as measured by the student adaptation to college questionnaire: a quantitative review of its structure and relationships with correlates and consequences. *Educational Psychology Review*. 2012;24(1):133-65.
208. Palmer A, Rodger S. Mindfulness, stress, and coping among university students. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*. 2009;43(3).
209. Por J, Barriball L, Fitzpatrick J, Roberts J. Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse Education Today*. 2011;31(8):855-60.
210. Perera HN, McIlveen P. The role of optimism and engagement coping in college adaptation: A career construction model. *Journal of Vocational Behavior*. 2014;84(3):395-404.
211. Bogdan C, Rioux L, Negovan V. Place attachment, proactive coping and well-being in university environment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012;33:865-9.
212. Chinaveh M. The Effectiveness of Problem-solving on Coping Skills and Psychological Adjustment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013;84:4-9.

213. Villegas-Gold R, Yoo HC. Coping with discrimination among Mexican American college students. *Journal of counseling psychology*. 2014;61(3):404.
214. Schnider KR, Elhai JD, Gray MJ. Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*. 2007;54(3):344.
215. Norberg MM, Norton AR, Olivier J. Refining measurement in the study of social anxiety and student drinking: who you are and why you drink determines your outcomes. *Psychology of addictive behaviors*. 2009;23(4):586.
216. Terlecki MA, Ecker AH, Buckner JD. College drinking problems and social anxiety: The importance of drinking context. *Psychology of addictive behaviors*. 2014;28(2):545.
217. Thomas SE, Randall CL, Carrigan MH. Drinking to cope in socially anxious individuals: A controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2003;27(12):1937-43.
218. Kocovski NL, Endler NS, Rector NA, Flett GL. Ruminative coping and post-event processing in social anxiety. *Behaviour research and therapy*. 2005;43(8):971-84.
219. Gautreau CM, Sherry SB, Mushquash AR, Stewart SH. Is self-critical perfectionism an antecedent of or a consequence of social anxiety, or both? A 12-month, three-wave longitudinal study. *Personality and individual differences*. 2015;82:125-30.
220. Lewis KM, Byrd DA, Ollendick TH. Anxiety symptoms in African-American and Caucasian youth: Relations to negative life events, social support, and coping. *Journal of anxiety disorders*. 2012;26(1):32-9.
221. Kupfer DJ, First MB, Regier DA. A research agenda for DSM V: American Psychiatric Pub; 2008.
222. Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*. 2009;3(1):20-9.
223. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Pan American Health Org; 2009.
224. Caballo VE, Rodríguez JO. Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2003 (3):483-516.
225. Inglés CJ, Piqueras JA, García-Fernández JM, García-López LJ, Delgado B, Ruiz-Esteban C. Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*. 2010;22(3):376-81.
226. Caster JB, Inderbitzen HM, Hope D. Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of anxiety disorders*. 1999;13(3):237-51.
227. Bögels SM, van Oosten A, Muris P, Smulders D. Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour research and therapy*. 2001;39(3):273-87.
228. del Castillo Arreola A, Saldaña RG, Meraz MG, Bautista CM, editors. Intervención cognitiva-conductual para modificar el nivel de distrés en pacientes con diabetes tipo II. *Estrés y salud: investigación básica y aplicada*; 2012.
229. Arreola ADC, Téllez OM, Solano GS. Malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. *Revista*

Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine. 2013;3(1):24-30.

230. Mikulic IM, Crespi MC. Adaptación y validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. Anuario de investigaciones. 2008;15:0-.

231. Reyes Lagunes I, García y Barragán L. Hacia un procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante. La Psicología Social en México. 2008;12:625-30.

232. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. International journal of behavioral medicine. 1997;4(1):92-100.

233. Musitu G, García F. Español: escala de estilos de socialización parental en la adolescencia: manual: Tea; 2001.

234. Romero JG, Betanzos JDF, Salido LCO, Armenta MF, Osorio NC. Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. 2006.

235. Caballo V, Salazar I, Irurtia M, Arias B, Hofmann S. the CISO-A Research Team (2010a). Measuring social anxiety in 11 countries: Development and validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults. European Journal of Psychological Assessment. 26:95-107.

236. Caballo VE, Salazar IC, Irurtia MJ, Arias B, Hofmann SG. Measuring social anxiety in 11 countries. European Journal of Psychological Assessment. 2010;26(2):95-107.

237. De Lima Osório F, Crippa JA, Loureiro SR. A study of the discriminative validity of a screening tool (MINI-SPIN) for social anxiety disorder applied to Brazilian university students. European Psychiatry. 2007;22(4):239-43.

238. Maldonado I, Reich M. Estrategias De Afrontamiento Y Miedo A Hablar En Público En Estudiantes Universitarios A Nivel De Grado. Ciencias Psicológicas. 2013;7(2):165-82.

239. Inglés CJ, Martínez-Monteagudo MC, Delgado B, Torregrosa MS, Redondo J, Benavides G, et al. Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: un estudio comparativo. Infancia y Aprendizaje. 2008;31(4):449-61.

240. Saura CJI, Rodríguez JAP, Fernández JMG, López LJG, Domenech BD, Esteban CR. Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. Psicothema. 2010;22(3):376-81.

241. Cabanach RG, Millán PG, Rodríguez CF. El afrontamiento del estrés en estudiantes de ciencias de la salud: Diferencias entre hombre y mujeres. Aula abierta. 2009;37(2):3-10.

242. Sapranaviciute L, Padaiga Z, Pauzienie N. The Stress Coping Strategies and Depressive Symptoms in International Students. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;84:827-31.

243. Bogdan C. Learning Experience, Proactive Coping, High Standards and Undergraduate Students' Initial Orientation toward the Graduate Studies Programs in Psychology. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;187:647-52.

244. Soliman M. Perception of stress and coping strategies by medical students at King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. Journal of Taibah University Medical Sciences. 2014;9(1):30-5.

245. Al-Sowaygh ZH. Academic distress, perceived stress and coping strategies among dental students in Saudi Arabia. The Saudi dental journal. 2013;25(3):97-105.

246. Joana Fornés-Vives GG-B, Dolores Frias-Navarro, Gerard, Rosales-Viladrich. Coping, stress, and personality in Spanish nursing students: A longitudinal study. *Nurse Education Today*. 2015.
247. Díaz R. *Psicología del mexicano*. Psicología del mexicano. 1982.
248. Rocha T, Díaz-Loving R. *Identidades de género: más allá de cuerpos y mitos*. México: Trillas; 2011.
249. Barbería E, Fernández-Frías C, Suárez-Clúa C, Saavedra D. Analysis of anxiety variables in dental students. *International dental journal*. 2004;54(6):445-9.
250. Chamberlain T, Catano V, Cunningham D. Personality as a predictor of professional behavior in dental school: comparisons with dental practitioners. *Journal of Dental Education*. 2005;69(11):1222-37.
251. Prinz P, Hertrich K, Hirschfelder U, de Zwaan M. Burnout, depression and depersonalisation—Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*. 2012;29(1).
252. Karibe H, Suzuki A, Sekimoto T, Srithavaj MT, Iamaroon A, Warita S, et al. Cross-cultural comparison of the attitudes of dental students in three countries. *Journal of dental education*. 2007;71(11):1457-66.
253. Karibe H, Kawakami T, Suzuki A, Warita S, Ogata K, Aoyagi K, et al. Career choice and attitudes towards dental education amongst dental students in Japan and Sweden. *European Journal of Dental Education*. 2009;13(2):80-6.
254. Aggarwal A, Mehta S, Gupta D, Sheikh S, Pallagatti S, Singh R, et al. Dental Students' Motivations and Perceptions of Dental Professional Career in India. *Journal of dental education*. 2012;76(11):1532-9.
255. Stewart F, Drummond J, Carson L, Reddick GH. The future of the profession—a survey of dental school applicants. *British dental journal*. 2004;197(9):569-73.
256. Bernabe E, Icaza J, Delgado-Angulo E. Reasons for choosing dentistry as a career: a study involving male and female first-year students in Peru. *European Journal of Dental Education*. 2006;10(4):236-41.
257. Borja LEA, Tapia MdlÁF. Características de personalidad del estudiante de la carrera de Cirujano Dentista de la FES Iztacala, UNAM. *Revista odontológica mexicana*. 2014;18(1):19-26.
258. Cassaretto M. Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*. 2003;21(2):363-92.
259. Viñas Poch F, Caparrós Caparrós B. Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología*. 2000;4(1).
260. Wolf L, Stidham AW, Ross R. Predictors of Stress and Coping Strategies of US Accelerated vs. Generic Baccalaureate Nursing Students: An Embedded Mixed Methods Study. *Nurse education today*. 2015;35(1):201-5.
261. Lo R. A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal of advanced nursing*. 2002;39(2):119-26.
262. Jones MC, Johnston DW. Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of advanced nursing*. 1997;26(3):475-82.
263. Park CL, Adler NE. Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health psychology*. 2003;22(6):627.

264. Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu V, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Medical education*. 2007;7(1):26.
265. Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Gronvold NT, Ekeberg O. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. *Addiction*. 1998;93(9):1341-9.
266. Shaikh BT, Kahloon A, Kazmi M, Khalid H, Nawaz K, Khan N, et al. Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani medical school. *Education For Health-Abingdon-Carfax Publishing Limited-*. 2004;17:346-53.
267. Newbury-Birch D, White M, Kamali F. Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug and alcohol dependence*. 2000;59(2):125-30.
268. Huang L, Wang Z, Yao Y, Shan C, Wang H, Zhu M, et al. Exploring the association between parental rearing styles and medical students' critical thinking disposition in China. *BMC medical education*. 2015;15(1):88.
269. Vargas R. Jóvenes universitarios testigos y víctimas de violencia intrafamiliar. *Rev Fac Nac Salud Pública Vol*. 2012;30(Supl 1).
270. Gantiva Díaz CA, Bello Arévalo J, Vanegas Angarita E, Sastoque Ruíz Y. Historia de maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*. 2009;12(2):127-34.
271. Foa EB, Franklin ME, Perry KJ, Herbert JD. Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of abnormal psychology*. 1996;105(3):433.
272. Storch EA, Masia-Warner C. The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of adolescence*. 2004;27(3):351-62.