

ANÁLISIS PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO “ESCALA DE EVALUACIÓN DE
ANSIEDAD SOCIAL EN ADULTOS”

LUISA MARÍA SUÁREZ RODRÍGUEZ

STEFANNY VÉLEZ RESTREPO

MARIO ANDRÉS CUARTAS VELÁSQUEZ

Trabajo de grado para obtener el título de:
PSICÓLOGO.

Asesor: RODRIGO MAZO ZEA
Psicólogo

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MEDELLÍN

2018

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 Justificación.....	8
1.2 Antecedentes	10
1.3 Planteamiento de problema.....	14
1.4 Objetivos	16
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 Contextualización histórica.....	17
2.2 Fobia social o ansiedad social	20
2.3 Consecuencias de la ansiedad social	24
2.4 Teorías sobre las causas de la fobia social	26
2.5 Ansiedad social en manuales diagnósticos.....	28
3. MARCO METODOLÓGICO.....	36
3.1 Método.....	36
3.1.1 Diseño metodológico.....	36
3.1.2 Enfoque investigativo.....	36
3.1.3 Tipo de investigación	37
3.2 Participantes	38
3.2.1 Caracterización de la población.....	38
3.2.2 Caracterización de la muestra.....	39

3.3 Instrumento	42
3.3.1 Construcción y adaptación de la prueba	42
3.3.2 Verificación de confiabilidad y validez	45
3.3.3 Establecimiento de normas aplicadas al instrumento.....	46
3.4 Procedimiento	48
4. RESULTADOS	50
4.1 Análisis de frecuencia	50
4.2 Análisis de fiabilidad.....	53
4.3 Análisis de Medias	57
4.4 Baremos globales de la prueba.....	68
5. DISCUSION Y CONCLUSIONES	69
6. RECOMENDACIONES	72
7. REFERENCIAS	73
8. ANEXOS	78
8.1 Anexo 1: Cuestionario tipo rejilla adaptado.....	78
8.2 Anexo 2: Consentimiento informado	81

TABLA DE CONTENIDO GRAFICOS, FIGURAS Y TABLAS

1. GRAFICOS

Grafico 1: Cantidad de la muestra según su sexo.....	40
Grafico 2: Cantidad de la muestra según su rango de edad.....	40
Grafico 3: Cantidad de la muestra según su ocupación.....	41

2. TABLAS

Tabla 1: Criterios diagnósticos para la fobia social (DSM-III).....	30
Tabla 2: Criterios diagnósticos para la fobia social (DSM-IV).....	31
Tabla 3: Criterios diagnósticos para la fobia social (DSM-V).....	34
Tabla 4: Población del Área Metropolitana del Valle de Aburrá.....	38
Tabla 5: Escalas de medición de la prueba.....	44
Tabla 6: Frecuencia de la muestra según su sexo.....	50
Tabla 7: Frecuencia de la muestra según su edad.....	51
Tabla 8: Frecuencia de la muestra según su ocupación.....	52
Tabla 9: Resumen de procesamiento de casos	53
Tabla 10: Estadísticas de fiabilidad.....	53
Tabla 11: Resumen estadísticas de fiabilidad.....	54
Tabla 12: Estadísticas de fiabilidad por variables	55
Tabla 13: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Pareja * Sexo.....	57
Tabla 14: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Pareja * Edad	58

Tabla 15: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Pareja * Ocupación	59
Tabla 16: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Amigos * Sexo.....	60
Tabla 17: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Amigos * Edad.....	61
Tabla 18: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Amigos * Ocupación	62
Tabla 19: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Desconocidos * Sexo	63
Tabla 20: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Desconocidos * Edad.....	63
Tabla 21: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Desconocidos * Ocupación.....	64
Tabla 22: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Autoridad * Sexo	65
Tabla 23: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Autoridad * Edad	66
Tabla 24: Análisis de medias y desviación estándar en cruce Autoridad * Ocupación.....	66
Tabla 25: Baremos globales de la prueba	68

1. Introducción

La ansiedad social junto a sus manifestaciones, etiología, comorbilidad con otros trastornos, sus mecanismos de diagnóstico y su incidencia en la población han sido foco de múltiples estudios e intentos de clarificación a lo largo de la historia.

Se ha analizado ampliamente dentro de los contextos en los cuales se mueven los individuos para los procesos necesarios de socialización y exposición a otros, con el fin de determinar aquello que entra en lo normal y aquello que puede considerarse como un síntoma desadaptativo, una alteración o una disfuncionalidad en el devenir de estas situaciones sociales. Para esto la psicología unida a las ramas de la estadística y la medición, crean una de las maneras más seguras y confiables de hacer esta distinción entre lo normal y lo alterado, desarrollado investigaciones con el fin de diseñar, validar, estandarizar y analizar los instrumentos de evaluación en los que apoyarse y ser utilizados en los diferentes procesos relacionados con los distintos trastornos, en este caso específico, con la ansiedad social.

Teniendo en cuenta lo anterior se desarrolla este trabajo de grado cuyo título es: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO “ESCALA DE EVALUACIÓN DE ANSIEDAD SOCIAL EN ADULTOS” el cual se inicia como una propuesta de estandarizar y analizar para el Área Metropolitana del Valle de Aburrá un instrumento de evaluación que ya había sido diseñado, validado y estandarizado, pero en una población universitaria con una muestra de 247 estudiantes. Este trabajo surge con el cuestionamiento de analizar esta prueba a un nivel un poco más amplio y de observar que resultados se obtenían de la aplicación del instrumento revisado y reestructurado en

una muestra significativa de 670 personas mayores de edad, teniendo en cuenta las variables de edad, sexo y ocupación.

Después de haber observado, adaptado, aplicado y analizado satisfactoriamente la herramienta se puede concluir que este trabajo de grado contribuye a la línea de investigación en psicología clínica y salud mental, ya que tanto el instrumento como los resultados y su reanálisis, son una innovación en el proceso de diseño y ejecución de nuevas estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de la comunidad, tanto de aquellos que son casos clínicos ya clarificados, como de las personas que aun sufren de este tipo de problemáticas y aun no recurren a buscar una ayuda.

1.1 Justificación

“El trastorno de ansiedad social o fobia social, se caracteriza por un miedo persistente y acusado ante una amplia variedad de situaciones sociales, en las que la persona puede ser evaluada negativamente por otras” (American Psychiatric Association, 2014 pág. 202). Está considerada entre los trastornos de ansiedad más frecuentes, y de acuerdo con diversos estudios, su presencia está asociada a un deterioro en la calidad de vida, con una baja tasa de apoyo social y con dificultades académicas, laborales y sociales. Además, la ansiedad social se asocia frecuentemente a otros padecimientos, siendo los trastornos comórbidos más comunes: otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de abuso de sustancias (Acarturk, Graaf, Straten, Have, & Cuijpers., 2008; Wong, Sarver, & Beidel, 2012).

Dado que la fobia social es una condición potencialmente tratable, su identificación temprana puede ayudar a prevenir estas complicaciones y a mejorar la calidad de vida de muchas personas (Labrador & Ballesteros, 2011). Por lo que es fundamental contar con instrumentos adecuados que evalúen la presencia y gravedad de este trastorno, tanto para la detección de casos como para la evaluación de la eficacia de los tratamientos empleados.

Según el panorama planteado, anudado a la necesidad de instaurar nuevos y mejorados instrumentos evaluativos de la ansiedad social que sean funcionales y prácticos, este trabajo de grado pretende un desarrollo en los procesos investigativos que permita el mejoramiento de los instrumentos de medición de la ansiedad social que se encuentran en el terreno de los test psicológicos, y que no solo puedan aplicarse a la comunidad académica sino a una población general.

La adaptación y mejoramiento de este instrumento evaluativo tipo rejilla es un aporte sustancial de la academia a la psicología clínica, ya que, por medio de un análisis combinado de variables, se llega a una ampliación del marco de evaluación; además se pretende que este instrumento y su guía de elaboración, sirvan como referente para el diseño de nuevas herramientas dirigidas a la evaluación de este y otros trastornos.

1.2 Antecedentes.

La utilización de los distintos tipos de ayudas evaluativas es una de las técnicas que los profesionales emplean con mayor frecuencia para comprender mejor algunos trastornos incluyendo la ansiedad social. Esto se debe a que dicha estrategia puede proporcionar datos sobre las autopercepciones del evaluado, a pesar de los inconvenientes que el proceso de diseño psicométrico plantea. En este sentido, se han diseñado desde instrumentos de autorreporte específicos a la ansiedad social y otros problemas asociados, pasando por escalas que examinan las habilidades sociales en general, hasta inventarios centrados en la disfunción producida por la ansiedad social (Caballo et al., 2002).

Haciendo una búsqueda bibliográfica se encontró que los cuestionarios sobre ansiedad (fobia) social más usados y conocidos son:

- **Inventario de Ansiedad y Fobia Social (Social Fobia and Anxiety Inventory, SPAI):**

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

- **Cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO):**

Está formado por 30 ítems que evalúan la ansiedad social global y cinco dimensiones de la misma: hablar en público/interacción con personas de autoridad, interacción con el sexo opuesto, expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, quedar en evidencia o en ridículo e interacción con desconocidos. Cada dimensión tiene seis ítems distribuidos aleatoriamente en el cuestionario, que se responden utilizando una escala Likert de cinco puntos (desde 1 = «nada/muy poco» hasta 5 = «mucho/muchísimo») para indicar el nivel de malestar, tensión o nerviosismo en la situación. La estructura pentafactorial se ha mostrado sólida y estable (explicando del 40.80% al 54.39% de la varianza acumulada). El alfa de Cronbach para la puntuación total está entre 0.88 y 0.93 y para las dimensiones entre 0.64 y 0.90. Los coeficientes de fiabilidad tienen un comportamiento similar a los de consistencia interna, oscilando entre 0.82 y 0.91 para la puntuación total y entre 0.57 y 0.95 para las dimensiones (Caballo et al., 2012; Caballo, Salazar, Arias et al., 2010; Caballo, Salazar, Irurtia et al., 2010).

- **Escala de ansiedad social de Liebowitz- versión de autoinforme (LSAS-SR):**

Está formada por 24 ítems que evalúan el grado de temor/ansiedad (subescala de ansiedad) y la frecuencia de evitación (subescala de evitación) de situaciones sociales. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de cuatro puntos (de 0 = «ninguno/nunca» a 3 = «grave/habitualmente») y sumando las puntuaciones directas se obtiene una puntuación para cada subescala y para la escala total. La versión española parece estar formada por cuatro o cinco factores. Los niveles de consistencia interna se sitúan entre 0.83 y 0.92 para las subescalas y entre 0.90 y 0.95 para la escala

total. La fiabilidad (Guttman) de la puntuación total de la LSAS-SR está entre 0.79 y 0.94 y para las subescalas entre 0.69 y 0.94 (Liebowitz, 1987).

- **Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory, SPIN):**

Este instrumento evalúa los diferentes aspectos asociados al espectro de la ansiedad social (i. e. síntomas conductuales, fisiológicos y cognitivos). Asimismo, ha demostrado, en muestras de distintos países, una alta consistencia interna, una adecuada confiabilidad test-retest y evidencias sólidas de validez convergente y discriminante. El SPIN ha sido validado en otros países como Canadá, Finlandia, Brasil y España. Las principales ventajas de este instrumento son: 1) Permite distinguir entre personas con trastorno de ansiedad social de aquellas que no lo padecen, a partir del establecimiento de puntos de corte. 2) Es una medida que permite identificar la severidad de los síntomas de la ansiedad social. 3) Tanto la puntuación total como las puntuaciones de las subescalas han demostrado ser sensibles a los cambios clínicos debidos a tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos (Connor, et al., 2000).

- **Inventario de Fobia Social (IFS):**

El IFS es una prueba de autoinforme que mide las respuestas de ansiedad ante diversas situaciones sociales. El IFS fue diseñado para servir como herramienta de evaluación para diferenciar individuos con trastorno de ansiedad social de los que no poseen el trastorno, y ser una medida válida de severidad de síntomas de ansiedad social. El IFS mide el constructo de ansiedad social tomando en consideración tres dimensiones: miedo, evitación y malestar fisiológico. La primera dimensión se refiere al miedo a personas con autoridad, fiestas y eventos sociales, ser criticado,

hablar con extraños, y temor de ser avergonzado. La segunda dimensión es de evitación social al momento de hablar con extraños, ir a actividades sociales, ser el centro de atención, realizar presentaciones orales. La tercera dimensión es malestar fisiológico que consiste en sonrojarse, sudar, palpitaciones y temblar ante otras personas. El IFS está compuesto de 17 reactivos (6 reactivos miden miedo social, 7 miden evitación social y 4 miden malestar fisiológico en situaciones sociales) (García-López, et al., 2010).

1.3 Planteamiento del problema

Como se menciona Kessler y sus colaboradores (2005), “la ansiedad social se presenta ahora como uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población. Su tasa de prevalencia oscila entre el 3% y el 13%, siendo este el trastorno de ansiedad más frecuente tanto en población clínica como comunitaria, y ocupando el tercer lugar entre los de mayor prevalencia” (pág. 598). Según este mismo autor sus diferentes tipos de síntomas y manifestaciones traen a la persona consecuencias como retraimiento social, lo que a su vez se asocia con otros trastornos como la depresión y un abuso de sustancias psicoactivas, entre otros. Estas personas suelen verse afectadas tanto a un nivel personal, como familiar, laboral y social, pues adecuan y organizan su vida de tal manera que no aparezca el malestar que la ansiedad les genera.

Para comparar estas cifras generales a nivel nacional, se recurrió al Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia (2003), donde se encontró que la prevalencia vital de fobia social tanto en varones como en mujeres es del 5,1%, y la prevalencia anual, del 2,1% en varones y el 2,8% en mujeres; la edad de inicio presentó una mediana de 14 años y la prevalencia es más alta entre solteros (6,1%) que entre los casados (4,5%). En el estudio de salud mental realizado en la ciudad de Medellín en 2011-2012, se encontró que, en el total de la población, la prevalencia anual fue del 3,04%, el 3,38% de las mujeres y el 2,47% de los varones.

Siendo unos de los trastornos más frecuentes a nivel mundial y viendo su impacto en la ciudad de Medellín, se hace necesario poder tener a la mano instrumentos de ayuda evaluativa que en primer lugar sean tipificados en un contexto específico; en segundo lugar que tengan en cuenta más que el caracterizar y clasificar a la persona, poder comprender su trastorno a la luz de múltiples variables analizadas en los distintos contextos sociales en los que esta se desenvuelve, y por último, que sean

herramientas prácticas, amigables con el analizador y el encuestado y seguras en su resultado. Pues será a partir de estas que se podrán generar nuevas intervenciones específicas y que se podrá llevar a cabo un seguimiento del trastorno para medir el impacto de las mismas. Además, se podrán generar herramientas más claras para futuras propuestas de promoción y prevención de este trastorno.

Esta investigación pretende revisar, adaptar y estandarizar el cuestionario de ansiedad social multivariante o de cruce de variables, ya que según lo investigado, en el medio no existe una prueba integral que tenga las características mencionadas para la ciudad de Medellín y su área metropolitana. Al mismo tiempo se explorará teóricamente sobre el tema y se analizará el impacto de las manifestaciones ansiosas a nivel familiar, laboral, académico y de pareja con el fin de poder identificar más que esas características personales, aquellas características del contexto que se hacen susceptibles a la ansiedad social.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general:

Realizar un análisis preliminar de las propiedades psicométricas de “La escala de evaluación de ansiedad social en adultos”, un cuestionario tipo rejilla que permite evaluar el grado de malestar en situaciones sociales asociadas a la ansiedad social, en personas mayores de edad de la ciudad de Medellín y su área metropolitana.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Realizar una aplicación piloto de la prueba para hacer los ajustes necesarios previos al análisis general de la prueba.
- Estimar los baremos del cuestionario mediante su aplicación -virtual y manual- a la población adulta del Valle de Aburrá.
- Definir las propiedades de confiabilidad y validez del cuestionario, para establecer de manera preliminar la calidad de la prueba.

2. Marco Teórico

Para el desarrollo del marco de referencia de este estudio se tuvo en cuenta varios puntos importantes para la comprensión general del trastorno delimitado. El primero de ellos está definido como una pequeña contextualización histórica del trastorno. Después se hace una conceptualización acerca de la fobia o ansiedad social y de las teorías que sustentan su diagnóstico.

También, se tiene en cuenta las consecuencias generales que implica sufrir este malestar, así como las teorías que sustentan la causa de su aparición. Igualmente se hace una diferenciación del concepto teórico a la luz de la evolución de los manuales diagnósticos en especial del DSM y se mira cuáles son los cambios que se han dado con el tiempo en los criterios diagnósticos.

2.1 Contextualización histórica.

Estados emocionales desagradables y comportamientos desadaptativos asociados a situaciones sociales siempre han sido reconocidos como problemas significativos que afectan la vida de las personas, y como una fuente de estudio y análisis importante para aquellos interesados por las conductas personales y sociales. Peña Salas junto a sus colaboradores (2013) hacen un recuento histórico sobre el trastorno y afirman que la definición de fobia o ansiedad social que conocemos hoy en día se remonta a 1966, año en el que Marks y Geldre describieron pacientes con “ansiedades sociales” para definir un tipo de fobia a las situaciones sociales, con variables observables como timidez, miedo por sonrojarse en público cuando se come en restaurantes, conocer hombres o mujeres, ir a bailes o fiestas, o temblar cuando se es el centro de atención. Aseguran que sin embargo, el concepto de fobia o ansiedad social había tomado cierta forma mucho tiempo atrás: Robert Burton (1645), en Anatomía de la Melancolía, realiza descripciones detalladas sobre el tema.

En 1807, Pitres y Regis describieron casos de angustia social denominándola ereutofobia o miedo a sonrojarse; para 1875, Westphal detallaba el primer caso de agorafobia. En 1903, Janet acuñó el término *phobie des situations* con el ánimo de detallar el comportamiento de personas que tenían miedo extremo a hablar en público, tocar el piano o escribir mientras los están observando.

Pero fue hasta años después, en 1970 que intentando esclarecer más aún la clasificación de las fobias sociales y separándolas por completo de las fobias con animales y agorafobia, Marks notó que los pacientes con fobia social tenían miedo de comer, beber, sonrojarse, temblar, hablar y escribir solo en presencia de otras personas; es decir, cuando el individuo se somete al escrutinio de los otros mientras realiza una tarea específica. Nichols, en 1974, agregó que, acerca de la fobia social, es esencial tener en cuenta la excesiva sensibilidad a la desaprobación, la crítica, una baja autoevaluación y ansiedad anticipatoria (Leibowitz MR; Barlow D., 2000).

Este tipo de “desorden” es común alrededor del mundo. De manera interesante, hay preocupaciones sociales que disponen de un carácter cultural importante: En Corea y Japón, se denomina *taijin kyofusho* a la preocupación por llevar a cabo alguna acción o conservar una apariencia que pueda hacer sentir mal o avergonzar a los demás. Este temor incluye emitir olores ofensivos, mirar de forma intrusiva a los demás, o presentar una expresión facial inapropiada. Sin embargo, sigue siendo incierto si tales preocupaciones son culturalmente específicas, u ocurren en todas las culturas (con pequeñas variaciones) (Hofmann & Barlow, 2002). A su vez, la cultura maorí en Nueva Zelanda tiene el concepto de *whakama*, que une los conceptos de timidez, vergüenza, sentimientos de inadecuación, de pena y de ser perturbados. Una severa variante de esta condición incluye *whakapeke*, que significa huir y esconderse, lo que se asemeja considerablemente a las conductas escapatorias de la Ansiedad social (McNeil, 2010).

No se han encontrado estudios epidemiológicos suficientes para concluir la dimensión sociocultural a tener en cuenta para el trastorno de ansiedad social. Se considera, por tanto, sumamente esencial el contexto inmediato del sujeto al que se le diagnostica Ansiedad Social.

2.2 Fobia o ansiedad social.

Como parte fundamental del estudio de los trastornos de ansiedad y específicamente de los trastornos fóbicos, se debe tener en cuenta, en primer lugar, la diferencia entre miedo, ansiedad y fobia. El primero, Sánchez y Martínez (2009) lo definen como “una emoción de tipo defensivo provocada por la aparición (real o simbólica) de un estímulo que supone una amenaza, real o imaginada, para el sujeto” (pág. 45). El miedo, por lo tanto, tiene la función de proteger al organismo de peligros potenciales para su supervivencia.

La ansiedad está descrita como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de disforia y/o síntomas somáticos de tensión, mientras que la fobia se configura como un tipo especial de miedo cuya característica principal es su irracionalidad, es decir, que no justifica la aparición de dicho miedo desde la perspectiva de la supervivencia del sujeto, y que se acompaña de una sobre activación del sistema de defensa del organismo (Sánchez y Martínez, 2009).

Este trabajo está especialmente enfatizado hacia la ansiedad, específicamente a aquella de tipo social, de la cual se deriva igualmente la fobia social. Actualmente, estas se definen como el temor acusado y persistente -o la anticipación a este- por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar y a la posible evaluación de los demás. La persona teme actuar de manera humillante o vergonzosa ante los demás, y pueden producirse crisis de angustia tan importantes que podrían derivar en crisis de pánico. Todo ello terminaría generando una significativa disfuncionalidad familiar, laboral y social (Leibowitz MR; Barlow D., 2000).

La APA (2000) afirma que el trastorno de ansiedad social (fobia social) consiste en un miedo intenso a una o más situaciones sociales, donde el individuo está expuesto a la probable evaluación de otras personas y teme mostrar síntomas de ansiedad que sean valorados. En este sentido una persona que sufre de ansiedad social seguramente tiene la idea que las personas son muy competentes en público. Pequeños errores que se cometan pueden parecerle mucho más exagerados de lo que en realidad son. Puede parecerle muy vergonzoso ruborizarse y siente que todas las personas están mirando. Puede tener miedo de estar con personas que no sean las más allegadas a ella.

Varios autores Bados (2001); Beidel, Turner, y Dancu (1985); Caballo, Andrés, y Bas (2002) afirman que la ansiedad social responde al triple sistema de respuesta (fisiológico, conductual y cognitivo) que plantea la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang (1968, 1971), al punto de que la interrelación entre los aspectos cognitivos, las respuestas fisiológicas y las conductas de evitación es lo que explicaría su mantenimiento. En tal sentido, los síntomas somáticos que caracterizan la ansiedad social son: palpitaciones, temblores, sudoración, tensión muscular, sensación de vacío en el estómago, sequedad bucal, sensación de frío o calor, enrojecimiento facial y dolor de cabeza (Amies, Gelder, & Shaw, 1983). Desde el punto de vista conductual, la respuesta más frecuente es la evitación de las situaciones temidas, es decir, de las interacciones sociales o actuaciones delante de otras personas, por miedo a que resulten embarazosas (Caballo, 1995; Caballo et al., 2002; Echeburúa, 1993). En otras palabras, los individuos temen actuar de una manera que los demás valoren negativamente (que sea humillante o avergonzante, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas). Por su parte, los factores cognitivos que pueden estar implicados en la ansiedad social son numerosos, entre ellos se encuentran: la sobrestimación de los aspectos negativos de la propia conducta, la excesiva conciencia de sí mismo, el consabido temor a la evaluación negativa

por parte de los demás, los elevados estándares de desempeño, la percepción de falta de control personal sobre la conducta, etcétera (Caballo et al., 1995).

Aunque este trastorno frecuentemente se confunde con la timidez, no es lo mismo. Las personas tímidas pueden sentirse muy incómodas cuando están con otras personas, pero no experimentan la extrema ansiedad al anticipar una situación social y no necesariamente evitan circunstancias que las haga sentirse cohibidas. Las personas con ansiedad social no necesariamente son tímidas. Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales, como caminar por un pasillo con personas a los lados o dar un discurso, pueden sentir intensa ansiedad (Gregory, 2003)

Barlow y Hofmann (2002) sostienen que las personas con ansiedad social tienden a mostrar un trato inofensivo en cuanto a las relaciones interpersonales, siendo más amables, sonríen cortésmente, hacen gran uso de un repertorio amplio de excusas y disculpas, se involucran poco en acciones de cooperación o de dominancia y muestran a conductas de evitación y escape.

Según (Caballo, 1993), hasta hace unos pocos años el trastorno de ansiedad social era el más olvidado y el menos investigado; solo fue reconocido oficialmente hasta la publicación el DSM-III en 1980, produciendo que en los últimos años haya aumentado el interés por la investigación y tratamiento de este trastorno. Afirma que la tardanza en el reconocimiento del trastorno se ha dado por varios factores entre los cuales se pueden nombrar la falta de información adecuada sobre el tratamiento, la dificultad para interactuar con extraños incluyendo el terapeuta, la frecuente comorbilidad con otros trastornos que la hacen parecer efecto secundario, entre otras.

Aunque el sentir ansiedad en diferentes situaciones sociales es tan común entre las personas, esta ansiedad no interfiere en la capacidad de un individuo para funcionar adecuadamente en los diferentes contextos. Lo que hace la diferencia de un episodio de ansiedad normal ante el trastorno de ansiedad según Labrador y Ballesteros (2011) es “cuánta ansiedad experimenta, cuánto dura el episodio de ansiedad, con qué frecuencia vuelve a ocurrir dicha ansiedad, qué grado de conducta de evitación desadaptativa provoca esa ansiedad y cómo evalúa la ansiedad el individuo que la padece” (pág. 562).

2.3 Consecuencias de la ansiedad social.

Según explica Vicente Caballo y sus colaboradores (2002), el trastorno podría estar presente en hasta un 6% o 7% de la población. El diagnóstico de los casos es más reducido ya que estas personas temen el hecho de ser evaluados por lo que difícilmente acuden a consulta con un médico o psicólogo. "Muchos de ellos acuden a consulta tras muchos años, incluso tras 12 o 14 años sufriendo el problema, cuando toda su vida está organizada alrededor de la fobia. Acuden entonces forzados por algún familiar o cuando ya no aguantan más"(pág. 32), señala Caballo que hace especial énfasis en que el tratamiento de la patología es más fácil y eficaz de lo que en principio pudieran creer quienes la padecen.

Este tipo de trastorno social tiene múltiples implicaciones y consecuencias negativas sobre la persona y su contexto social más cercano. Al ser una enfermedad con inicios en la adolescencia, las personas que la sufren deben sobrellevarla por varias etapas evolutivas y los procesos sociales que estas implican. Por ejemplo, se ha estudiado sobre las consecuencias de la ansiedad en el ámbito académico, concluyendo que esta no solo genera malestar emocional en esta población, sino que también representa un obstáculo importante hacia la consecución de un buen rendimiento académico. Esto se afirma debido a que la dinámica escolar exige el cumplimiento de ciertas demandas o tareas como participar en clase, rendir exámenes orales, realizar trabajos en equipo, etc. que los estudiantes con altos niveles de ansiedad social probablemente evitarían (Cejudo & Fernández, 2015; Morales, 2011; Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez, & Páez, 2008).

Otro ejemplo de las consecuencias de la ansiedad social tiene lugar en el ámbito laboral, pues las personas que la padecen tienden a ser víctimas del denominado *Mobbing* o acoso laboral. Como lo explica Jiménez, (2006) en los resultados de su estudio el cual mostró que además de la asertividad, la ansiedad social modera la relación entre el acoso y la sintomatología asociada. En este sentido, encontraron que la ansiedad social moderaba la relación entre el acoso psicológico y distintas medidas de salud psicológica y somática. Relacionado con este hallazgo, estudios previos han mostrado que las víctimas de acoso poseen una pobre auto-imagen, al igual que una alta ansiedad en las situaciones sociales (Einarsen et al., 1994).

Otras consecuencias que tiene en cuenta la APA (2000), son que las personas que padecen fobia social acostumbran a disponer de un escaso apoyo social y tienen menos probabilidades de casarse. En los casos más serios estos individuos son expulsados de la escuela o despedidos del trabajo con la posibilidad de no poder reincorporarse a estas actividades por la dificultad y ansiedad que les supone acudir a entrevistas de selección; puede que no tengan ningún amigo o no puedan aferrarse a nadie no logrando nunca completar una relación; pueden abstenerse de concertar cita alguna, o pueden permanecer toda la vida con los padres.

2.4 Teorías sobre las causas de la Fobia Social.

- **Teoría que sustenta las causas hereditarias:** Se considera que los sentimientos de ansiedad y miedo son desarrollados en la evolución del ser humano para permitirle reconocer y reaccionar ante los peligros de la vida. El problema es cuando estos miedos empiezan ser ciertamente excesivos, y en lugar de ayudar al sujeto a reaccionar, lo imposibilitan. Se diría que al fóbico social le exaspera enormemente la idea de una buena posición en la manada y consecuentemente desarrolla un desmesurado miedo de estar excluida de ella, llegándose a aislar (Scholing y Emmelkamp, 2003)

- **Teoría que sustenta las causas ambientales:** Las causas ambientales, especialmente durante la infancia pueden tener un papel relevante en el desarrollo de la fobia social. En esta óptica, los padres desempeñan un papel primario, puede ser incluso en este caso que los padres tengan también en algún grado fobia social.

Por ejemplo, los padres demasiado protectores que se preocupan demasiado por lo hijos o que ellos mismos son tímidos y suelen evitar ciertas situaciones sociales, pueden transmitirles a los hijos las sensaciones y convicciones que pueden llevar a una persona a la fobia social.

Si a esto por ejemplo se le adiciona que la persona durante la infancia haya tenido que pasar por situaciones traumáticas de importancia, es posible que pueda desarrollar la fobia social (Scholing y Emmelkamp, 2003).

- **Teoría que sustenta la causa neurológica:** En recientes investigaciones como las de Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer y Liebowitz (1994) se ha podido determinar que la fobia social también puede surgir como consecuencia de un desbalance químico en el cerebro. Este desbalance se debe a

una distribución deficiente de una sustancia llamada serotonina a través de las neuronas o células cerebrales.

2.5 Ansiedad social en los manuales diagnósticos

La creación, implementación y posterior uso de los manuales diagnósticos surgió gracias a la necesidad, en primer lugar, de llevar un control estadístico de las enfermedades en general, y más tarde se hizo énfasis en la importancia de clasificar también las enfermedades mentales. En segundo lugar, los manuales también sirvieron como una ayuda a profesionales, investigadores y administrativos para comprender la etiología, fenomenología y curso de los distintos trastornos, tópicos en los que se centraron para crear las primeras dos versiones del DSM y CIE.

El DSM-III introdujo una serie de innovaciones importantes, incluidos criterios de diagnóstico explícitos, un sistema de evaluación de diagnóstico multiaxial y un enfoque que intentó ser neutral con respecto a las causas de los trastornos mentales. Este esfuerzo fue ayudado por un extenso trabajo en la construcción y validación de los criterios de diagnóstico y el desarrollo de entrevistas psiquiátricas para investigación y usos clínicos. (APA website).

La CIE-9 no incluyó los criterios de diagnóstico ni un sistema multiaxial en gran parte porque la función principal de este sistema internacional era definir categorías para la recopilación de estadísticas básicas de salud. En contraste, el DSM-III se desarrolló con el objetivo adicional de proporcionar definiciones precisas de trastornos mentales para médicos e investigadores.

La ansiedad o fobia social se incluyó como categoría diagnóstica en el DSM-III en 1980 por estudios previos de Marks y Gelder en 1966 y se consolidó más tarde por el primero en 1970. Esto representa el primer adelanto conceptual que proporciona a este trastorno un avance en el criterio diagnóstico que es a la vez importante para su tratamiento.

La experiencia con el DSM, en su tercera edición (DSM-III) reveló inconsistencias en el sistema e instancias en las que los criterios de diagnóstico no eran claros. Por lo tanto, la APA designó un grupo de trabajo para revisar el DSM-III, que desarrolló las revisiones y correcciones que condujeron a la publicación del DSM-III-R en 1987.

El DSM-III-R agrega a esta clasificación de la ansiedad social otro subtipo al que denominan como "específico", "no generalizado", "circunscrito" o "limitado". Según esto, la ansiedad social puede tomar dos formas: específica y generalizada. La primera hace referencia a una serie de estímulos concretos productores de ansiedad, tales como hablar, comer, beber, escribir o asearse en público, mientras que la segunda está relacionada con una variedad de situaciones sociales, donde el trastorno se manifiesta en la mayor parte de las interacciones interpersonales, sin limitarse a determinadas situaciones específicas (Mattick y Peters, 1988).

El DSM- III (1980) tiene una concepción de trastorno muy simple y el de fobia social muy incompleto: "La característica esencial es un miedo persistente e irracional a un deseo compulsivo evitar, situaciones en las que el individuo puede estar expuesto al escrutinio de otros. También existe el temor de que el individuo se comporte de una manera que será humillante o embarazosa. La ansiedad anticipada marcada ocurre si el individuo se enfrenta a la necesidad de entrar en tal situación, y él o ella, por lo tanto, trata de evitarlo" (Pag. 227).

En este manual no existe aún información sobre los factores predisponentes del trastorno, proporción de sexos, patrón familiar y los criterios diagnósticos solo son cuatro.

Tabla 1:**Criterios diagnósticos para la fobia social (DSM-III).**

A. Un miedo persistente e irracional a la situación y un deseo compulsivo de evitarla en el que el individuo está expuesto a un posible escrutinio por parte de otros y teme que él o ella pueda actuar de una manera que sea humillante o embarazosa.
B. angustia significativa debido a la perturbación y el reconocimiento por el individuo que su miedo es excesivo o irrazonable.
C, No debido a otro trastorno mental, como Depresión mayor o Desorden de personalidad evasiva.
C, No debido a otro trastorno mental, como Depresión mayor o Desorden de personalidad evasiva.

Tomado de: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)

En 1994 se hace la primera publicación de la nueva actualización de este manual, el DSM-IV. Este clasifica los trastornos de ansiedad en tres grandes grupos: agorafobia, fobia específica y fobia social. Contiene más trastornos de ansiedad como el estrés postraumático, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. Este manual expone en el principio de la sección la crisis de angustia y la agorafobia por separado, pues considera que están presentes en todos los trastornos de ansiedad.

La concepción de la fobia social o trastorno de ansiedad social es mucho más compleja desde este manual, define muchas características diagnosticas que permiten comprender mejor el trastorno, hace una descripción muy detallada de los diagnósticos diferenciales, síntomas, su curso y los

criterios diagnósticos pasan de cuatro a ocho, así mismo hace una contextualización general de los síntomas de acuerdo con la cultura, edad y sexo. Estas modificaciones fueron realizadas para brindar un mejor diagnóstico, para un mayor y mejor estudio del trastorno y claramente para el desarrollo de nuevos tratamientos.

Es en esta versión donde surge la necesidad de diferenciar este trastorno a nivel de adultos con sus características en la infancia. Sobre esto la APA (2000) afirma que “En los niños las fobias sociales pueden tomar forma de lloros, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos y abstención de mantener relaciones con los demás hasta llegar incluso al mutismo. Los niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludir los contactos con los demás, rehusar participar en juegos de equipo y mantenerse típicamente en una posición de segunda línea en las actividades sociales, procurando aferrarse siempre a sus familiares de mayor edad” (pág. 421).

Tabla 2:

Criterios diagnósticos para la fobia social (DSM-IV).

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación

con un adulto.
B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.
D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo
F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio

A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Tomado de: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)

La última versión del DSM fue la quinta, publicada en 2014. Especifica mejor las generalidades de todos los trastornos de ansiedad y luego describe brevemente cada uno a manera de introducción, pues el análisis propiamente dicho de cada trastorno de ansiedad es muy minucioso. De igual manera este manual ofrece una escala que sirve como ayuda para caracterizar mejor la gravedad de los trastornos y captar las variaciones del mismo a lo largo del tiempo, pues permite un análisis completo mediante puntuaciones de los síntomas conductuales, cognitivos y físicos relevantes de cada trastorno.

Los criterios diagnósticos para la fobia social en esta ocasión pasan a ser diez. Agrega otras categorías para el análisis y comprensión del trastorno como algunos especificadores, el desarrollo de la enfermedad, algunos factores de riesgo y pronóstico, además de especificar por separado los aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, el sexo y la edad. Brinda las consecuencias funcionales del trastorno, así como la comorbilidad con otras enfermedades. Esto hace de este manual la versión más completa y mejorada hasta ahora.

Tabla 3**Criterios diagnósticos para la fobia social (DSM-V).**

<p>A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej. Comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).</p> <p>Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su mismo edad y no solamente en la interacción con los adultos.</p>
<p>B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).</p>
<p>C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.</p> <p>Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.</p>
<p>D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.</p>
<p>E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.</p>
<p>F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.</p>
<p>G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.</p>

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

J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad: desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.

Tomado de: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)

3. Marco Metodológico

3.1 Método

3.1.1 Diseño metodológico.

Para llevar a cabo esta investigación, se optó por tomar un enfoque cuantitativo. Este enfoque posibilita la recolección de datos para probar hipótesis con base en medición y análisis estadísticos, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

La principal característica de este enfoque investigativo es la rigurosidad que soporta para el proceso de investigación procurando el máximo control, debido a que la recolección de información se hace de manera sistemática y estructurada (los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado, y se debe tener presente que las decisiones críticas se efectúan antes de recolectar los datos) permitiendo contrastar la información recolectada con otros estudios y/o replicarlos; y se usa con el fin de evaluar de manera objetiva la realidad, evitando la mayor cantidad posible de sesgos que influyan en los resultados de la investigación.

3.1.2 Enfoque investigativo.

Se parte del paradigma empírico analítico. En este trabajo investigativo se parte inicialmente con la premisa de: los investigadores tienen una postura neutral y objetiva, asumiendo que el conocimiento

equivale a formulaciones generales de regularidades entre propiedades objetivas, que estas son internamente consistentes, y corresponden a la manera en que las cosas verdaderamente son.

Este método permite mostrar las relaciones y características esenciales del objeto de estudio (en este caso, la ansiedad social), susceptibles de ser observables y cuantificables, mediante procedimientos prácticos. También, supone rigurosidad: no se refutan las hipótesis por sentido común o algún dogmatismo, sino mediante un trabajo meticuloso de contraste de pruebas mediante la evaluación de comportamientos observables.

3.1.3 Tipo de investigación.

Se parte de un estudio denominado transversal, siendo este un diseño observacional que suele tener componentes descriptivos y analíticos. Cuando predomina el primer componente se habla de estudios transversales descriptivos o de prevalencia, cuya finalidad es el estudio de la frecuencia y distribución de eventos de salud y enfermedad. El objetivo de este diseño es medir una o más características en un momento específico.

También, este estudio permite estimar la prevalencia de eventos evaluables en una población (es decir, la cantidad de individuos que sufre el evento en una población en un momento determinado), así como identificar posibles factores de riesgo para algunas enfermedades.

3.2 Participantes

3.2.1 Caracterización de la población.

La población que se eligió para la aplicación del instrumento rediseñado es la población mayor de dieciocho (18) años del área metropolitana del Valle de Aburrá.

Según el estudio por quinquenios del DANE, la población en el quinquenio 2005-2015 por municipios se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 4:

Población del Área Metropolitana del Valle de Aburrá

Municipio	Hombres	Mujeres
Barbosa	24.892	25.160
Girardota	26.717	27.523
Copacabana	33.821	36.348
Bello	220.515	235.350
Medellín	1.159.759	1.304.563
Itagüí	130.540	137.311
Envigado	107.141	115.314
Sabaneta	24.219	27.641
La Estrella	30.538	31.810
Caldas	188.729	207.346
Total	1.946.871	2.148.366

Datos poblacionales del DANE.

3.2.2 Caracterización de la muestra.

Para la consecución de los objetivos propuestos, se procedió a tomar una muestra representativa de la población referencia, lo cual permite sacar inferencias a partir de los resultados obtenidos.

La fórmula utilizada para definir el tamaño muestral fue la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{E^2}$$

Donde Z es el nivel de confianza prefijado.

p es la probabilidad de que cada sujeto cumpla con la variable en estudio.

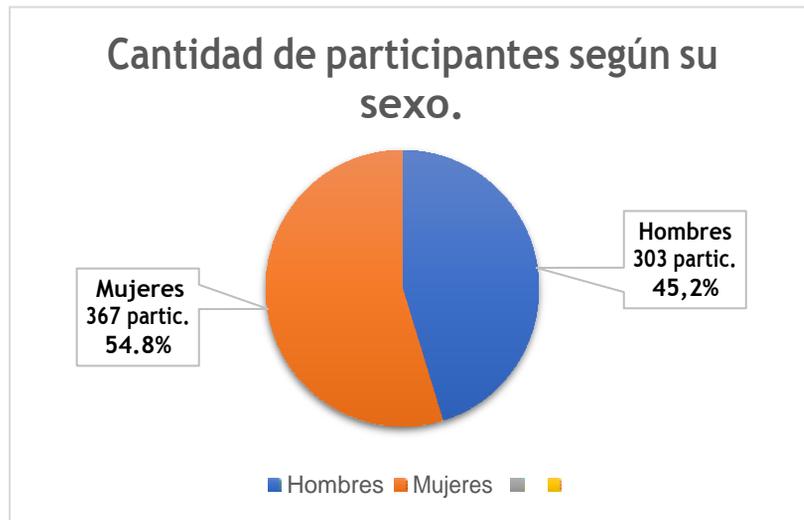
q es la probabilidad de que cada sujeto no cumpla con la variable en estudio.

E es el error estimado de la prueba.

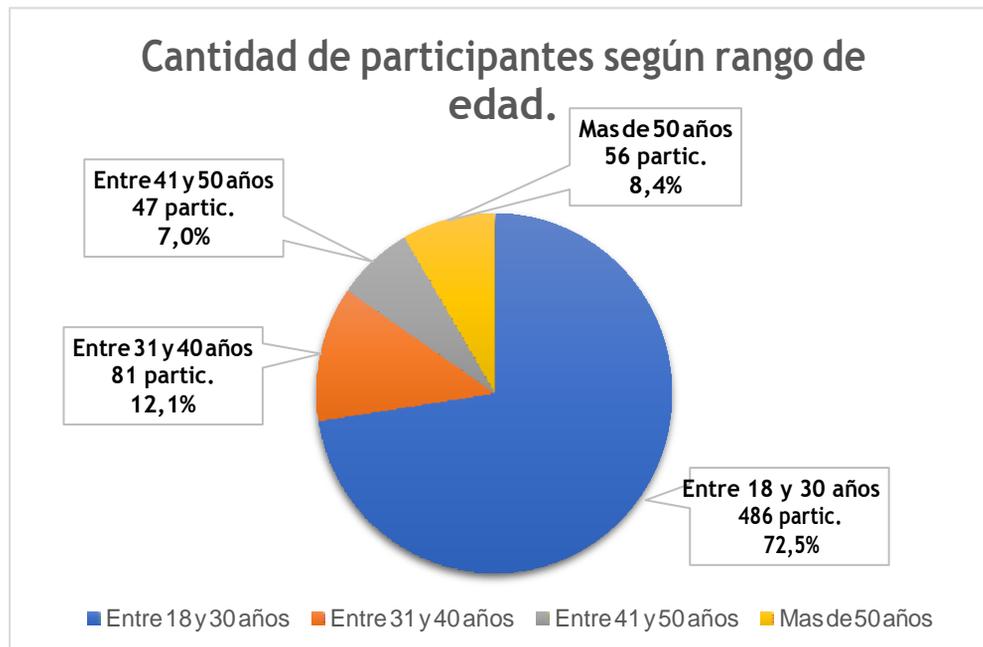
Según este cálculo, el tamaño muestral debe ser mínimo de 600 personas, con un margen de error de 6% y un nivel de confianza de 94%. En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 670 personas que cumplen los criterios de inclusión requeridos.

Los elementos estadísticos y de muestreo no se desarrollan a través de cálculos matemáticos, sino a través de la técnica muestral no probabilística, es decir, los elementos de la muestra fueron seleccionados intencionalmente, ya que son parte proporcional de la población.

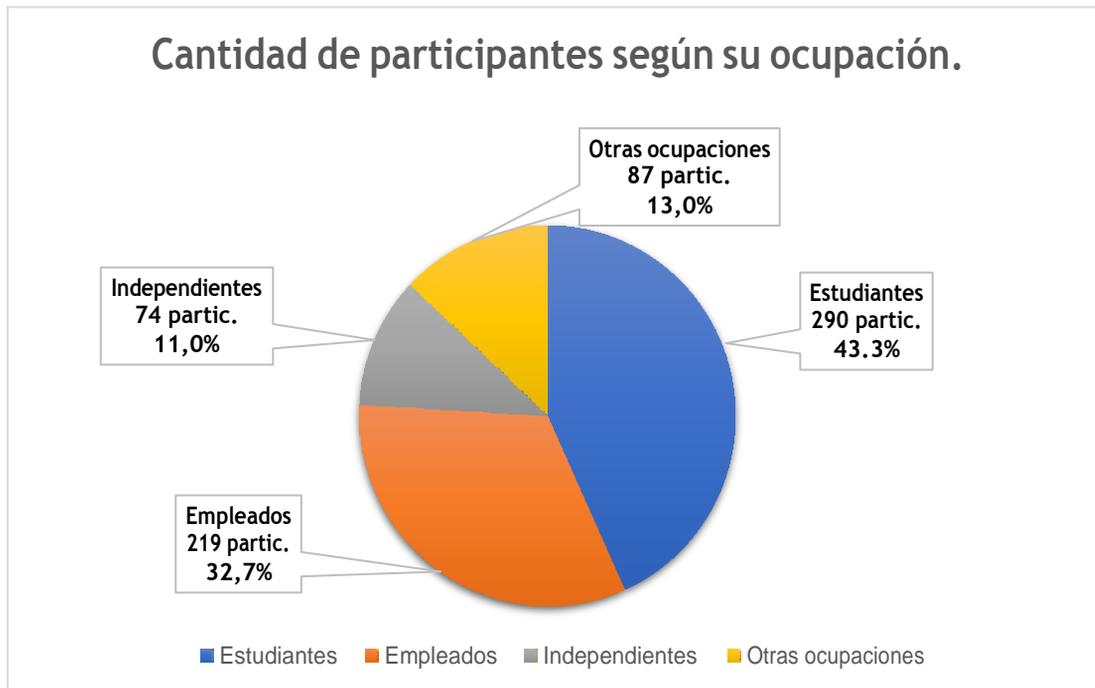
En este caso, el muestreo tuvo en cuenta las variables edad, sexo y ocupación. Las siguientes graficas muestran los datos cuantitativos de dichas variables:

Grafico 1:**Cantidad de la muestra según su sexo.**

Tomado de: Análisis estadístico en SPSS

Grafico 2:**Cantidad de la muestra según su rango de edad.**

Tomado: Análisis estadístico en SPSS

Grafico 3:**Cantidad de la muestra según su ocupación**

Tomado de: Análisis estadístico en SPSS

3.3 Instrumento

3.3.1 Construcción y adaptación de la prueba.

La creación y posterior adaptación de la prueba se iniciaron con una exhaustiva exploración teórica sobre la fobia o ansiedad social y los instrumentos de diagnóstico de la misma, donde se encontraron algunas características particulares, que posteriormente sirvieron para la definición de las variables.

En la propuesta de diseño original se dividieron esas características en seis variables principales: Personas con autoridad, Familia, Pareja, Amigos, Compañeros y Desconocidos. La adaptación solo requirió de 4 de estas variables: pareja, amigos o compañeros, desconocidos y personas con autoridad; pues pareció oportuno agrupar o sintetizar algunas de estas para no hacer el cuestionario tan cargado de información.

Para lograr la validez de contenido ambos procesos fueron sometidos a un juicio del asesor Rodrigo Mazo, quien evaluó los enunciados y determinó que solo se realizaran las correcciones de forma pertinentes.

Las variables manejadas durante el estudio son de tipo discreto, ya que es posible cuantificar los resultados obtenidos por medio de la encuesta tipo rejilla.

Las variables son:

- **Pareja:** novio, novia, esposo o compañero sentimental.
- **Amigos:** personas cuya relación se establezca de manera cercana y emotiva, ya sea de manera espontánea o mediada por responsabilidades y actividades académicas o laborales.
- **Desconocidos:** personas con las cuales no se ha establecido una relación específica.
- **Personas con autoridad:** Personas que en el orden jerárquico de una organización ocupan puestos o cargos de poder y ante quienes la persona evaluada guarda (en la realidad o de manera supuesta), respeto por la posición que ocupan).

El diseño y adaptación del instrumento tipo rejilla dirigido al proceso de identificación de las manifestaciones interpersonales relacionadas con la fobia o ansiedad social, se direccionaron y reajustaron siguiendo la satisfacción de un objetivo preciso, estructurar un cuestionario altamente eficaz y eficiente, que permita considerar más de una variable de evaluación del trastorno de ansiedad social.

En este sentido, el instrumento desarrollado para su validación y estandarización está constituido por ciertas variables, que no cambia su estructura de manera significativa en su adaptación, las cuales representan varios contextos en los cuales los individuos presentan manifestaciones relacionadas con la fobia social.

Cada contexto corresponde a una unidad de análisis, por lo tanto, se tiene que la compilación de una variable se denomina cruce de variables. Además, para su reajuste se incluyen otras variables demográficas como la edad, el sexo y la ocupación de la muestra que permiten tener más información que analizar sobre la eficacia y pertinencia de esta prueba.

Este cruce permite identificar mediante solo una encuesta, la presencia del objeto de estudio, en este caso la ansiedad social. Adicionalmente, el instrumento diseñado propone 27 situaciones que son en sí, manifestaciones de la fobia social. La adaptación no hizo modificaciones más allá de algunas de redacción, en estas 27 situaciones ya revisadas y avaladas.

El instrumento denominado como cuestionario tipo rejilla con cruce de variables, se caracteriza por el establecimiento de una escala de medición cualitativa, representada en 5 modalidades, las cuales reflejan el grado de malestar o dificultad que cada situación le genera al encuestado.

Dicha escala se detalla a continuación:

Tabla 5:

Escalas de medición de la prueba.

MALESTAR O DIFICULTAD	GRADO O CALIFICACIÓN
Nada de malestar o dificultad	1
Casi nada de malestar o dificultad	2
Un poco de malestar o dificultad	3
Evidente malestar o dificultad	4
Excesivo malestar o dificultad	5

Fuente: Autoras del trabajo de grado.

Téngase en cuenta que la escala se presenta siendo 1 la menor dificultad o malestar, y siendo 5 el mayor grado de malestar.

El instrumento diseñado presenta 27 situaciones que para efectos de la encuesta, son consideradas como preguntas cerradas las cuales son respondidas o calificadas por los encuestados a través de las escalas anteriormente planteadas.

Como objetivo del instrumento, se tiene que valorar el estatus quo, es decir, que desea determinar las actitudes y opiniones actuales de la muestra seleccionada con respecto a las manifestaciones interpersonales relacionadas con la fobia social. Para mayor ilustración, remitirse al anexo A, instrumento diseñado y adaptado.

3.3.2 Verificación de la confiabilidad y la validez.

Para el proceso de verificación de la validez, se utilizó la fundamentación de tres tipos de evidencia: constructo, contenido y criterio. Cabe anotar que esta sección se toma literal del trabajo original, pues la forma del cuestionario es la misma y no se hicieron modificaciones en su estructura.

Inicialmente se relacionaron las variables y situaciones con los constructos teóricos específicos de la fobia social, lo que llevó a identificar en los resultados, la alta incidencia de algunos factores sobre otros.

Posteriormente la validez del contenido se ejecutó al indagar acerca de situaciones relacionadas con la fobia social y su verdadera existencia dentro de los contextos reales de los encuestados.

Finalmente, se acudió a la validez de criterio, cuando se aplicó por segunda vez el cuestionario a las 10 personas que hicieron parte de la prueba piloto, lo que posibilitó obtener información similar en un 98.3% de los resultados obtenidos previamente.

3.3.3 Establecimiento de normas aplicadas al instrumento.

El diseño del instrumento tipo rejilla con base en el cruce de variables requiere para s aplicación:

- A. Una amplitud no mayor a 40 minutos.
- B. La identificación y caracterización del encuestado, es decir, compilar los datos socio demográficos.
- C. La anotación de observaciones por parte del encuestador.
- D. Un tratamiento conciso de las preguntas.
- E. Un proceso de sistematización basado en el orden y aplicación de medidas propias de la investigación social (moda, mediana, representatividad y algunas desviaciones cuando sea necesario.
- F. Es preciso realizar un análisis basado en los objetivos planteados para el estudio.
- G. No pueden incluirse nuevas variables ni contextos, sin una elaboración previa de su justificación y viabilidad.
- H. Al momento de realizar el análisis estadístico, no se deberá utilizar ningún tipo de verificación o cálculo manual, dado las inconsistencias que se pueden generar

al momento de realizar el análisis de forma sistematizada.

I. Se seleccionará una herramienta informática o software especializado, ya sea

hoja de cálculo, SPSS, Stat Graphics entre otras para el análisis estadístico.

J. Los resultados siempre tendrán una base estadística y su correspondiente explicación.

K. Los resultados siempre tendrán una base estadística y su correspondiente explicación.

L. Pueden incluirse normas de acuerdo con el mejoramiento del instrumento.

3.4 Procedimiento

Al comienzo, se contó con la ayuda del especialista Rodrigo Mazo para llevar a cabo un trabajo de grado de corte estadístico, siendo él quien sugirió efectuar una revisión y posterior edición de un trabajo de grado que anteriormente había asesorado, llamado “DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FOBIA SOCIAL EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA”, elaborado por Alejandra Palomares y Juliana Ramírez en 2007.

Las adaptaciones y correcciones que se hicieron a la prueba se efectuaron con el fin de conocer si los cambios incidían en la confiabilidad y validez de la prueba, optimizar el proceso de aplicación y recolección de datos, y poder contar con información que más adelante se podría correlacionar.

Inicialmente se hicieron cambios en la redacción de la prueba, con el fin de hacer una prueba más amena para la población a encuestar; y se agregaron datos demográficos que arrojarían datos con mayor relevancia (edad, ocupación y sexo). Posteriormente, se optó por eliminar la variable “Familia” de la prueba inicial, luego de un consenso en el grupo y al notar que la familia cercana no es un referente significativo que inhiba los comportamientos que evalúa la prueba. También, se agruparon las variables “Amigos” y “compañeros de estudio/trabajo” en una sola variable, que llamamos “Amigos o compañeros”, asumiendo que en el rango de estas relaciones no habría alteraciones significativas.

Al tener listas las modificaciones de la prueba, se procedió a elaborar el consentimiento informado (**ver Anexo 1**), y simultáneamente, se creó un formato de la prueba en una plataforma digital, con el fin de tener un acceso a mayor cantidad de información y una recolección de datos más sistematizada. Así, la prueba se aplicó en dos versiones: papel y lápiz y digital (**Ver Anexo 2**).

Para la aplicación de las encuestas se requirió de un año. En total, se lograron aplicar 670 pruebas (332 pruebas digitales y 338 físicas) de manera aleatoria. Para esta aplicación a la muestra poblacional se tomaron en consideración los siguientes criterios de exclusión:

- Personas que no supieran leer y/o escribir.
- Personas que sean de afuera del área metropolitana del Valle de Aburrá.
- Personas menores de 18 años.

Para realizar el análisis estadístico y cumplir con los objetivos propuestos en este trabajo de grado, se utilizó el programa estadístico informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). El análisis de datos se elaboró haciendo énfasis en las variables demográficas anexadas en esta nueva versión de la prueba. Y se efectuó un análisis minucioso del cruce de todas las variables, con el fin de inferir frecuencias, fiabilidad y medias de los datos obtenidos.

Por último, los resultados obtenidos a partir de los datos arrojados por la prueba y el análisis de datos estadísticos del SPSS son presentados en tablas, con el fin de enseñar una mejor descripción de la información recolectada.

4. Resultados

4.1 Análisis de frecuencia.

Tabla 6:

Frecuencia de la muestra según su sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	303	45,2	45,2	45,2
Mujer	367	54,8	54,8	100,0
Total	670	100,0	100,0	

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

En la tabla 1 se evidencia la frecuencia del estudio en cuanto al sexo de la muestra. En ella se observa que el número de participantes no difieren mucho en porcentajes con relación al género. Podría afirmarse que, si bien hubo más presencia femenina, la muestra analiza las reacciones ansiosas de ambos sexos de una manera significativa.

Tabla 7:**Frecuencia de la muestra según su edad.**

Años.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre 18 y 30	486	72,5	72,5	72,5
Entre 31 y 40	81	12,1	12,1	84,6
Entre 41 y 50	47	7,0	7,0	91,6
Entre 50 o más	56	8,4	8,4	100,0
Total	670	100,0	100,0	

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

En la tabla 2 se evidencia la frecuencia del estudio en cuanto a la edad de la muestra, arrojando una cantidad significativa de adultos jóvenes, quienes fueron la mayoría de las personas encuestadas. Si bien la intención de este proyecto era tener varias perspectivas y

reacciones evolutivas del trastorno, resultó que la concepción y análisis de las manifestaciones de la ansiedad social para efectos de este estudio surgirán mayormente de personas entre 18 y 30 años. El rango más bajito porcentualmente fue el de 41 a 50 años con tan solo 47 encuestas recolectadas.

Tabla 8.

Frecuencia de la muestra según su ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudiante	290	43,3	43,3	43,3
Empleado	219	32,7	32,7	76,0
Independiente	74	11,0	11,0	87,0
Otro	87	13,0	13,0	100,0
Total	670	100,0	100,0	

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

La tabla 3 especifica la frecuencia del estudio en cuanto a la ocupación de la muestra, destacando la participación de los estudiantes y empleados del Valle de Aburrá. Al ser los contextos más destacados y frecuentados en nuestro sistema social y económico fueron a los que más se tuvo acceso para la aplicación del cuestionario. Por otra parte, esta tabla nos muestra la poca presencia de personas que trabajan de manera independiente en nuestro estudio.

4.2 Análisis de fiabilidad

Tabla 9.

Resumen de procesamiento de casos.

		N	%
Casos	Válido	665	99,3
	Excluido	5	0,7
	Total	670	100,0

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

Para este análisis de la prueba, el programa SPSS solo excluyó 5 casos de 670 que era la muestra total, debido a que consideró no cumplían los requerimientos básicos para un correcto estudio de fiabilidad. Sin embargo, este número de invalidación presupone un proceso normal en toda estandarización, es un margen de error que no distorsiona significativamente el análisis de la prueba.

Tabla 10.**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,967	108

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

El alfa de Cronbach total de todos los elementos contemplados para esta prueba corresponde a ,967, equivalente a 108 elementos analizados. Esto da cuenta del nivel de confiabilidad que arroja la prueba, el cual podría decirse es adecuado.

Tabla 11.**Resumen estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,937
		N de elementos	54
	Parte 2	Valor	,955
		N de elementos	54
	N total de elementos		108
Correlación entre formularios			
Coeficiente de	Longitud igual		,807
Spearman-Brown	Longitud desigual		,807

Coefficiente de dos mitades de Guttman	,783
--	------

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

Los niveles de confiabilidad de la prueba se ubican en el rango de alta confiabilidad y adecuada confiabilidad, al encontrarse un alfa de Cronbach general de ,967 y al repartirse por mitades los reactivos de la prueba los niveles encontrados fueron de ,937 y ,955 para los grupos aleatorizados de ítems. Esto se confirma al encontrarse un coeficiente de Spearman Brown de ,807 y en el coeficiente de dos mitades de Guttman se encontró una confiabilidad de ,783.

Tabla 12.

Estadísticas de fiabilidad por variables

Estadísticas de fiabilidad	Alfa de Cronbach	N de elementos
Pareja	,892	27
Amigos o compañeros	,891	27
Desconocidos	,907	27
Personas con autoridad	,926	27

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

Al calcularse el nivel de confiabilidad en cada una de las subvariables evaluadas, se encontró un nivel alto y adecuado en el coeficiente de Alfa de Cronbach, obteniéndose los siguientes niveles:

Subvariable pareja: ,892; subvariable Amigos o compañeros: ,891; subvariables desconocidos: ,907 y subvariables personas con autoridad: ,926.

Los coeficientes de fiabilidad (dos mitades de Guttman) y de consistencia interna (Alfa de Cronbach) demuestran que en general hay una adecuada confiabilidad en la prueba.

4.3 Análisis de medias.

Para comenzar es necesario presentar que el número de casos incluidos o válidos para este análisis fue de 668 del total de la muestra (670) lo que se representa en un 99,7%. Es decir que solo fueron excluidos 2 casos, que representa el 0,3% de la muestra. Esto significa que el análisis se hace sobre la mayor parte de la información recolectada y que el margen de error puede considerarse normal o hasta bajito frente un total significativo.

Se analizarán las medias en el cruce de las subvariables contextuales y las subvariables demográficas (Sexo, edad, ocupación)

Pareja (cruce de variables)**Tabla 13.****Análisis de medias y desviación estándar en cruce Pareja *****Sexo**

Sexo	Media	N	Desviación estándar
Hombre	51,03	301	14,791
Mujer	51,40	367	15,247
Total	51,23	668	15,033

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se observan diferencias significativas al compararse las medias obtenidas en hombres y mujeres, siendo estas de 51,03 y 51,40 correspondientemente. La desviación estándar esta de 14,791 para los hombres y 15,247 para mujeres.

Tabla 14.**Análisis de medias y desviación estándar en cruce Pareja * Edad.**

Edad	Media	N	Desviación estándar
Entre 18 y 30	51,47	485	14,857
Entre 31 y 40	50,23	81	15,389
Entre 41 y 50	48,96	46	13,100
Entre 50 o más	52,50	56	17,472

Total	51,23	668	15,033
-------	-------	-----	--------

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se evidencian significativas diferencias al comparar las medias obtenidas en distintos rangos de edad. Siendo la media más alta la del rango de edad entre 50 o más años con 52,50 y la más baja la del rango entre 41 y 50 años con 48,96. La desviación estándar más alta es la del rango de 50 años o más con 17,472 y la más baja la del rango entre 41 y 50 años con 13,100.

Tabla 15.

Análisis de medias y desviación estándar en cruce Pareja * Ocupación

Ocupación	Media	N	Desviación estándar
Estudiante	52,41	290	15,819
Empleado	48,56	217	13,371
Independiente	49,54	74	12,469
Otro	55,41	87	16,968
Total	51,23	668	15,033

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se logran identificar diferencias significativas al comparar las medias obtenidas en las ocupaciones. La media más alta es la ocupación que contempla otros oficios a parte de los planteados con 55,41 y la desviación estándar más alta corresponde a esta misma categoría con 16,96. La media más baja es la de empleados con 48,56 y con la desviación estándar más baja es la de independientes con 12,469.

Amigos o conocidos (cruce de variables)

Tabla 16.

Análisis de medias y desviación estándar en cruce Amigos * Sexo

Sexo	Media	N	Desviación estándar
Hombre	54,02	302	14,400
Mujer	56,16	366	15,545
Total	55,19	668	15,065

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se logró identificar diferencias significativas al comparar las medias de las variables Hombre y Mujer, las cuales corresponden a 54,02 y una desviación estándar de 14,400 para el género masculino y para el femenino una media de 56,16 y una desviación estándar de 15,545.

Tabla 17.

Análisis de medias y desviación estándar en cruce Amigos * Edad

Edad	Media	N	Desviación estándar
Entre 18 y 30	55,19	484	15,124
Entre 31 y 40	53,30	81	14,956
Entre 41 y 50	53,79	47	12,826
Entre 50 o más	59,11	56	16,063
Total	55,19	668	15,065

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se evidencian incongruencias significativas al comparar las medias referentes a los rangos de edad. La media y la desviación estándar más elevadas corresponden al rango de edad de 50 años o más con 59,11 y 16,063 respectivamente. La media más baja es de 53,30 y le corresponde al rango entre 31 y 40 años y la desviación estándar más baja le corresponde al rango de edad entre 41 y 50 años con 12,826.

Tabla 18.**Análisis de medias y desviación estándar en cruce Amigos * Ocupación**

Ocupación	Media	N	Desv. estándar
Estudiante	55,39	289	15,581
Empleado	53,09	218	13,789
Independiente	56,39	74	13,447
Otro	58,79	87	16,978
Total	55,19	668	15,065

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se identifican diferencias significativas al comparar las medias obtenidas de las ocupaciones. La media y la desviación estándar más altas son de los otros tipos de ocupaciones contempladas con 58,79 y 16,978 respectivamente. La media más baja la marcó la ocupación empleados con 53,09 y la desviación estándar más baja le corresponde a independiente con 13,447.

Desconocidos (cruce de variables)**Tabla 19.****Análisis de medias y desviación estándar en cruce Desconocidos * Sexo**

Sexo	Media	N	Desv. estándar
Hombre	70,82	302	18,656
Mujer	71,60	367	19,233
Total	71,25	669	18,965

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se logra evidenciar una diferencia significativa al comparar las medias obtenidas en Hombre y mujer siendo estas de 70,82 y 71,60 correspondientemente. La desviación estándar esta de 18,656 para los hombres y 19,233 para mujeres.

Tabla 20.**Análisis de medias y desviación estándar en cruce Desconocidos * Edad**

Edad	Media	N	Desv. Estándar
Entre 18 y 30	72,03	486	19,171
Entre 31 y 40	66,75	81	18,247

Entre 41 y 50	70,67	46	16,401
Entre 50 o más	71,46	56	19,688
Total	71,25	669	18,965

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se logran dilucidar diferencias significativas en la comparación de medias en relación con los rangos de edad. La media más alta le corresponde al rango de 18 a 30 años con 72,03 y la más baja es de 66,75 que le corresponde al rango entre 31 y 40 años. La desviación estándar más alta es la del rango de 50 años o más con 19,688 y la más baja es la del rango entre 41 y 50 años con 16,401.

Tabla 21.

Análisis de medias y desviación estándar en cruce Desconocidos * Ocupación

Ocupación	Media	N	Desv. Estándar
Estudiante	72,49	290	19,796
Empleado	68,08	218	17,346
Independiente	73,50	74	18,108
Otro	73,15	87	20,017
Total	71,25	669	18,965

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se logran identificar diferencias significativas en la comparación de medias obtenidas de la variable Ocupación. La media más alta es la de independiente con 73,50 y la desviación estándar más baja es la de empleados con 68,08. La media y la desviación estándar más baja la marcó la ocupación empleados con 68,08 y 17,346 respectivamente.

Personas con autoridad (cruce de variables)

Tabla 22.

Análisis de medias y desviación estándar en cruce Autoridad * Sexo

Sexo	Media	N	Desv. Estándar
Hombre	76,38	302	20,202
Mujer	79,98	367	21,863
Total	78,35	669	21,190

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se muestran diferencias significativas al comparar las medias obtenidas en Hombre y mujer siendo estas de 76,38 y 79,98 correspondientemente. La desviación estándar esta de 20,202 para los hombres y 21,863 para mujeres.

Tabla 23.**Análisis de medias y desviación estándar en cruce Autoridad * Edad**

Edad	Media	N	Desv. estándar
Entre 18 y 30	78,66	485	21,064
Entre 31 y 40	76,28	81	22,450
Entre 41 y 50	78,02	47	17,324
Entre 50 o más	78,96	56	23,604
Total	78,35	669	21,190

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se logra evidenciar una diferencia significativa en las medias obtenidas en los rangos de edad propuestos en la prueba. La media y la desviación estándar más elevadas corresponden al rango de edad de 50 años o más con 78,96 y 23,604 respectivamente. La media más baja es de 76,28 y le corresponde al rango entre 31 y 40 años; y la desviación estándar más baja le corresponde al rango de edad entre 41 y 50 años con 17,324.

Tabla 24.**Análisis de medias y desviación estándar en cruce Autoridad * Ocupación**

Ocupación	Media	N	Desv. Estándar
Estudiante	78,97	290	21,207

Empleado	75,75	219	20,693
Independiente	82,31	74	20,518
Otros	79,50	86	22,495
Total	78,35	669	21,190

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

No se muestran diferencias significativas al comparar las medias obtenidas en Ocupación. La media más alta le corresponde a independientes con 82,31 y la más baja le corresponde a empleados con 75,75. La desviación estándar más altas es la de los otros tipos de ocupaciones contempladas con 22,495 y la más baja le corresponde a independiente con 20,518.

4.4 Baremos

Tabla 25.

Baremos globales de la prueba.

Variable	Media	Desv. Estándar	Lim. inferior	Lim. superior
Pareja	51,23	15,03	36,20	66,26
Amigos	55,19	15,06	40,13	70,25
Desconocidos	71,25	18,96	52,29	90,21
Autoridad	78,35	21,19	57,16	99,54
TOTAL	256,02	70,24	185,60	326.26

Tomado de: Análisis estadístico de SPSS

Esta tabla agrupa la información de las medias, las desviaciones estándares y los límites de la prueba, tanto superiores como inferiores arrojados para todas las subvariables contextuales. Debido a que como se muestra anteriormente, no existen diferencias significativas entre sexo, edad y ocupación, es pertinente afirmar que estos baremos pueden ser globales para todas las personas mayores de edad que realicen este cuestionario.

5. Discusión y conclusiones

Al desarrollar la adaptación, aplicación y posterior análisis del instrumento tipo rejilla para la identificación de las manifestaciones interpersonales y comportamentales relacionadas con la ansiedad social presentes en las personas mayores de edad del Valle de Aburrá, se puede concluir que:

Según la información recolectada de la muestra escogida aleatoriamente podría afirmarse que el cuestionario “ESCALA DE EVALUACIÓN DE ANSIEDAD SOCIAL EN ADULTOS” podría llegar a ser una ayuda evaluativa confiable para la población de área metropolitana de la ciudad de Medellín. Gracias a que no se evidenciaron grandes diferencias en el análisis por variables demográficas podría decirse que el instrumento puede ser útil para todas las personas mayores de edad, sin distinguir la edad, el sexo o la ocupación.

La escala de evaluación de la prueba funciona con unos baremos generales determinados a partir del análisis estadístico que no distingue puntuaciones entorno al sexo, la edad y la ocupación, sino que evidencia de acuerdo con el puntajes mínimo (27) y al máximo (135) si una persona se encuentra dentro de la normalidad estadística o si por el contrario tiene algunas alteraciones que permita reconocer algunas dificultades relacionadas con la ansiedad social. Hay que tener en cuenta que esta distinción se hace por variables contextuales, por lo que es necesario reconocer que se cuenta como normal o alterado según las características sociales, en cada una de ellas.

En este sentido se puede evidenciar entonces, a partir del análisis y sus conclusiones, que la variable “personas con autoridad” presenta un rango elevado en las calificaciones o malestares más

significativos para la muestra encuestada y que por el contrario la variable “pareja” obtuvo las calificaciones más bajas. Esto da cuenta de que las personas en el Valle de Aburrá tienden a sentirse más cómodas para actuar cuando hay una cercanía afectiva y el vínculo que tienen con las otras personas les genera confianza. Contrario a esto es lo que sucede en las relaciones con desconocidos y autoridad, al no haber un contacto afectivo, al no saber sobre sus reacciones frente a determinadas situaciones y al no tener confianza en estos lazos, los índices en las puntuaciones de ansiedad social tienden ser más mucho más altos. Esto es lo que se debe tener en cuenta al momento de calificar e interpretar la prueba, pues puntajes altos de ansiedad social en vínculos de pareja y amigos no deben ser muy comunes, así como no debe serlo una puntuación significativamente elevada en los vínculos con desconocidos y autoridad.

Otra conclusión evidente es la necesidad de implementar conceptos netamente estadísticos y descriptivos que den sustento, validación y estandarización a los instrumentos, por lo tanto, es fundamental acceder a fuentes de información y sistemas de datos que permitan el desarrollo de procesos numéricos que den mayor confiabilidad a los datos obtenidos. Una sugerencia inicial para este proceso comprende la realización de un análisis estadístico diferencial del que se pueda crear otro tipo de análisis y llegar a conclusiones que permitan seguir comprendiendo el fenómeno de la ansiedad social.

Según el panorama, otro punto para la discusión radica en si la muestra y el análisis realizado tienen la fuerza suficiente para que el instrumento sea usado en contextos clínicos o si presupone más bien un avance y un aporte del estudio de las pruebas psicológicas sobre ansiedad social.

De acuerdo a esto puede asegurarse que la adaptación y análisis de este instrumento fueron plenamente sustentados desde lo teórico y lo práctico, que con cada estudio y análisis que se realizan se logra un avance para la comprensión del fenómeno de la ansiedad social aplicado a un

contexto específico y que siempre van a quedar abiertos los procesos de mejoramiento de los estudios realizados, y en especial para este trabajo, pues completar este análisis representa la creación de una prueba que realmente pueda ser usada y en la que se pueda confiar.

6. Recomendaciones

Al finalizar el proyecto de grado y gracias a la experiencia adquirida en el desarrollo del mismo, se puede decir que para los procesos investigativos que tienen como objetivo esencial la adecuación de instrumentos psicométricos y que por ende requieren del análisis de datos estadísticos con una complejidad importante, acatar las siguientes recomendaciones:

Se debe realizar una aplicación de la prueba en otras poblaciones que permitan establecer con suficiencia los criterios de calidad de la prueba y definirla como un instrumento adecuado para la valoración de la ansiedad social en distintos contextos sociales.

Se sugiere además que los instrumentos como lo son las encuestas tipo rejilla sean diseñados bajo la asesoría de especialistas y teniendo como base solo las variables indicadas para los posibles objetos de estudio. En este sentido también se hace la sugerencia de continuar con este o con otro estudio que ya haya sido diseñado y del que se tenga una información inicial. Pues tras esta experiencia se determinó que es mejor continuar un proceso, mejorarlo y poder hacerlo lo suficientemente consistente; que dejar propuestas y estrategias presentadas de una manera incompleta.

El tercer y último paso que se sugiere es el análisis adecuado de los datos obtenidos, ya sea que pertenezcan a la categoría cualitativa o a la cuantitativa, puesto que lo más importante es manejar los datos mediante criterios de confiabilidad que pueden ser establecidos por el equipo investigador o por los asesores pertinentes.

7. Referencias

- Acarturk, C., Graaf, R., Straten, A., Have, M. T., & Cuijpers, P. (2008). *Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, healthrelated quality of life and help seeking*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 273-279.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (cuarta edición, texto revisado)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amies, P., Gelder, M., & Shaw, P. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142(2), 174-179.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis
- Beidel, D., Turner, S., & Dancu, C. (1985). *Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety*. *Behaviour Research and Therapy*, 23(2), 109-117.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1995). *Fobia social*. En V. Caballo, G. Buena-Casal & J. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 285-340). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V., Andrés, V., & Bas, F. (2002). *Fobia social*. En V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 25-87). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Irurtia, M. J., Calderero, M., & CISO-A España, Equipo de Investigación. (2010). *Validación del Cuestionario de ansiedad social para*

- adultos (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 18(1), 5---34.*
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruetia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G., & the CISO-A Research Team. (2012). *The multidimensional nature and multicultural validity of a new measure of social anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-A30). Behavior Therapy, 43(2), 313---328*
 - Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruetia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G., & the CISO-A Research Team. (2010). *Measuring social anxiety in 11 countries: Development and validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults. European Journal of Psychological Assessment, 26(2), 95---107.*
 - Cejudo, R., & Fernández, A. (2015). *Fobia social: un fenómeno incapacitante. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 18(2), 836-851.*
 - Clay, R. (2011) *Revising the DSM: The new version is likely to offer tweaks rather than a complete overhaul. American Psychological Association. Recuperado de <http://www.apa.org/monitor/2011/01/dsm.aspx>*
 - Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). *Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). British Journal of Psychiatry, 176, 379-386.*
 - Echeburúa, E. (1993). *Fobia social. Barcelona: Martínez Roca*
 - Einarsen, S., Raknes, B. I., Matthiesen, S. B. y Hellesøy, O. H. (1994). *Mobbing og harde person konflikter. Helsefarlig samspill pa arbeidsplassen [Bullying and severe interpersonal conflicts. Unhealthy interaction at work]. Soreidgrend: Sigma Forlag.*

- García-López, L. J., Bermejo, R. M., & Dolores-Hidalgo, M. (2010). *The Social Phobia Inventory: Screening and crosscultural validation in Spanish adolescents*. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 970-980.
- Gregory, M.D. *Trastornos del estado de ánimo*. Michigan: MEDICS, 2003, Pág. 16.
- HEIMBERG, R. G., HOLT, C. S., SCHNEIER, F. R., SPITZER, R. L. AND LIEBOWITZ, M. R. (1993). *The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia*. *Journal of Anxiety Disorders, California*: En: Revista CEDEFOP No1. 1994, Págs. 7, 25, 249-269.
- Hofmann, S., & Barlow, D. (2002). *Social Phobia (Social Anxiety Disorder)*. En D. Barlow, *Anxiety and Its Disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (págs. 454 - 476). New York, United States: The Guilford Press.
- Morales, E. (2011). *La ansiedad social en el ámbito universitario*. *Revista Griot*, 4(1), 35-48.
- Kessler, R. C , Berglund, P., Dernier, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Labrador, F. J., & Ballesteros, F. (2011). *Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado*. *Psicothema*, 23(4), 560-565.
- Lang, P. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. In J. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lang, P. (1971). *The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification*. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 75-125). New York: Wiley.

- Leibowitz MR; Barlow D. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto revisado (DSM IV-TR); Trastornos de ansiedad*. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- Liebowitz, M. R. (1987). *Social phobia. Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141--173.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). *Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring*. *Journal Of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Moreno, Y., & Garrosa, E. (2006). *El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: dos estudios empíricos*. *Revista De Psicología Del Trabajo Y De Las Organizaciones*, 22(3), 363-380.
- Peña-Salas, G. F., Bareñob, J., Berbesi Fernández, D. Y., & Gaviria, S. L. (2013). *Prevalencia de abuso y dependencia de alcohol en adultos con fobia social en Medellín*. *Revista Colombiana De Psiquiatria*, 43(2), 66-72.
- Posada-Villa JA, Rodríguez-Ospina M.(2003). *Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia*. *NOVA*;4:33–41.
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Álvarez, M., & Páez, F. (2008). *Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas*. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 54-63.
- Sánchez Navarro JP & Martínez Selva JM. (2009). *Reactividad fisiológica y actividad cerebral en las fobias específicas*. *Escritos de Psicología*. 2009;3:43–54.

- SCHOLING, A. and EMMELKAMP, P. M. G. (2003). *Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment*. Behaviour Research and Therapy, 31, 667-681. Curlich Germany: PSICADECMIC, 2003, Págs. 236.
- Turner, S. M., Beidel, D. C , Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). *An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory*. Psychological Assessment, 1, 35-40.
- Wong, N., Sarver, D. E., & Beidel, D. C. (2012). *Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype*. Journal of Anxiety Disorders, 26(1), 50-57.

8. Anexos

8.1 Anexo 1: Cuestionario tipo rejilla adaptado.

CUESTIONARIO

FECHA

SEXO:

EDAD:

OCUPACIÓN:

En el siguiente cuadro se encuentran, de manera vertical, una serie de situaciones sociales y en el plano horizontal los contextos en que estas situaciones pueden presentarse. Usted deberá señalar el grado de malestar o dificultad que cada situación le genera según cada contexto, poniendo el número respectivo en cada cuadro de acuerdo con la siguiente escala:

MALESTAR O DIFICULTAD GRADO O CALIFICACIÓN

Nada de malestar o dificultad	1
Casi nada de malestar o dificultad	2
Un poco de malestar o dificultad	3
Evidente malestar o dificultad	4
Excesivo malestar o dificultad	5

Nota: En caso de no tener pareja actualmente, responda de acuerdo con como usted se percibe cuando está en una relación afectiva.

SITUACIÓN.	<i>PAREJA</i>	<i>AMIGOS O COMPAÑEROS</i>	<i>DESCONOCIDOS</i>	<i>PERSONAS CON AUTORIDAD</i>
Comer siendo observado por otros.				
Sentirse observado y criticado.				
Sostener la mirada en una conversación.				
Iniciar una conversación.				
Presentar o defender las propias opiniones.				
Ser el centro de atención.				

Hablar de temas íntimos o personales.				
Ser observado al bailar en público.				

MALESTAR O DIFICULTAD GRADO O CALIFICACIÓN

Nada de malestar o dificultad	1
Casi nada de malestar o dificultad	2
Un poco de malestar o dificultad	3
Evidente malestar o dificultad	4
Excesivo malestar o dificultad	5

SITUACIÓN	<i>PAREJA</i>	<i>AMIGOS O COMPAÑEROS</i>	<i>DESCONOCIDOS</i>	<i>PERSONAS CON AUTORIDAD</i>
Ser evaluado al realizar una tarea o labor determinada.				
Disculparse o admitir que no se tiene conocimiento suficiente frente a algo.				
Recibir críticas.				
Cometer un error.				
Disculparme ante otros.				
Halagar por algún motivo.				
Recibir halagos.				
Solicitar ayuda.				

Negar un favor, decir no.				
---------------------------	--	--	--	--

MALESTAR O DIFICULTAD GRADO O CALIFICACIÓN

Nada de malestar o dificultad 1

Casi nada de malestar o dificultad 2

Un poco de malestar o dificultad 3

Evidente malestar o dificultad 4

Excesivo malestar o dificultad 5

SITUACIÓN	<i>PAREJA</i>	<i>AMIGOS O COMPAÑEROS</i>	<i>DESCONOCIDOS</i>	<i>PERSONAS CON AUTORIDAD</i>
Delegar tareas.				
Rechazar una invitación.				
Si se agota el tema de conversación.				
Mantener un diálogo por largo rato.				
Dar explicaciones.				
Criticar algo o a alguien.				
Tomar iniciativa en algo.				
Expresar mi enojo.				
Cambiar una opinión personal.				
Contar chistes.				

8.2 Anexo 2: Consentimiento informado para la participación en la investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO INVESTIGACIÓN: ESCALA DE EVALUACIÓN DE ANSIEDAD SOCIAL EN ADULTOS 2017
<p>Por medio de este escrito, estas siendo invitado a participar en la investigación ‘Validación de la Escala tipo rejilla de Ansiedad Social en Adultos’, que se desarrolla en la ciudad de Medellín. Para establecer si decides participar en este estudio, daremos información acerca de la investigación y cual sería tu compromiso en la misma. Al final, si decides participar, debes firmar el presente consentimiento.</p> <p>Información sobre la investigación</p> <p>El objetivo de este estudio es realizar la adaptación y validación de la Escala tipo rejilla para evaluar ansiedad social en población adulta de la ciudad de Medellín.</p> <p>Participación voluntaria</p> <p>La participación en esta investigación es voluntaria, lo que significa que tienes la libertad para decidir si participas o no. También puedes retirarte de la investigación en cualquier momento, sin que esto tenga implicación alguna. Si en cualquier momento decides retirarte de la investigación, simplemente se lo haces saber a la persona que está aplicando la prueba. Esto no tendrá ninguna consecuencia ni efecto para ti.</p> <p>Beneficios</p> <p>Esta investigación traerá como beneficio fundamental disponer de una prueba validada para la ciudad de Medellín que permita evaluar la ansiedad social en diferentes contextos de cada persona. Para los participantes no implicará beneficios directos, en tanto no se implica remuneración monetaria alguna ni tampoco se darán a conocer los resultados obtenidos, por ser una prueba en proceso de experimentación.</p> <p>Riesgos</p> <p>El presente estudio se presenta como una investigación sin riesgo, por ser un estudio en el que se emplea el registro de datos a través de la aplicación de instrumento psicológico de diagnóstico sin causar daño en su salud física o mental.</p> <p>Confidencialidad</p> <p>Es importante que tengas en cuenta que toda la información recolectada a través de la prueba se mantendrá en la más absoluta reserva; sólo será conocida y analizada por los investigadores del estudio con fines académicos.</p> <p>Información adicional</p> <p>Si tienes cualquier duda o pregunta durante el transcurso de la información no dudes en realizarla. Tú tienes derecho a que se te resuelvan tus inquietudes en todo momento. Si tienes cualquier duda sobre la investigación puedes contactar equipo investigador: Stefanny Vélez Restrepo (stefanny.velez@udea.edu.co), Mario Cuartas Velásquez (mandres.cuartas@udea.edu.co), y Luisa María Suárez (luisam.suarez@udea.edu.co).</p> <p>Atentamente,</p> <p>_____</p> <p>Stefanny Vélez Restrepo</p> <p>_____</p> <p>Mario Andrés Cuartas Velásquez</p> <p>_____</p> <p>Luisa María Suárez rodríguez</p>

