



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

**“Evidencias de validez de la escala para la detección de
la ansiedad social en adolescentes del distrito de La
Esperanza”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

AUTORA

Luz Angélica Paredes Rengifo

ASESORES

Dra. Fernández Mantilla, Mirtha Mercedes

Dra. Orozco Saavedra, Pilar Hildegarda

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Psicometría

Trujillo – Perú

2018



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV

Código : F08-PP-PR-02.02
Versión : 09
Fecha : 23-03-2018
Página : 4 de 5

Yo Luz Angelica Paredes Rengifo identificado con DNI N° 46419142, egresado de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, autorizo () No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Evidencias de validez de la escala para la detección de la ansiedad social en adolescentes del distrito de Suyo" en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....


FRMA

DNI: 46419142.....

FECHA: 28 de Agosto del 2018.

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

PÁGINA DEL JURADO

Dra. Fernández Mantilla Mirtha Mercedes

Presidente

Dra. Orozco Saavedra Pilar Hildegarda

Secretaria

Mg. Tomás Caycho Rodríguez

Vocal

DEDICATORIA

Esta investigación la dedico a Dios por ser mi guía y protección en el proceso de desarrollo de este trabajo.

A mis padres por el apoyo incondicional y la motivación brindada en los momentos difíciles.

Para el amor de mi vida Angela Belén por ser el principal motivo para seguir adelante y así poder terminar este estudio.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a agradezco a Dios por haberme cuidado, dado la vida y las fuerzas para seguir cada día.

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional en lo económico y en la motivación.

Agradezco a mis asesores por su guía y enseñanzas en el trabajo realizado, así mismo por el apoyo brindado.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Luz Angélica Paredes Rengifo con DNI N° 46418142, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Asimismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento y omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas e la Universidad César Vallejo.

Trujillo, septiembre del 2018.



Luz Angélica Paredes Rengifo

DNI: 46418142

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

El cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Psicología de la Universidad César Vallejo, presento ante ustedes la tesis titulada: “Evidencias de validez de la escala para la detección de la ansiedad social en adolescentes del distrito de La Esperanza”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Licenciado en Psicología.

La autora.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DEL JURADO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	vi
PRESENTACIÓN.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
1.1 Realidad problemática.....	13
1.2. Trabajos previos	15
1.3. Teorías relacionadas al tema	17
1.4. Formulación del problema	23
1.5. Justificación del estudio	23
1.6 Objetivos	23
1.6.1 General	23
1.6.2 Específicos	23
II. MÉTODO	24
2.1. Diseño de investigación	24
2.2. Variables y Operacionalización	24
2.3. Población y Muestra.....	25
2.3.1. Población.....	25
2.3.2. Muestra.....	26
2.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	26
2.5. Métodos de análisis de datos	28
2.6. Aspectos Éticos	29
III. RESULTADOS	30
IV. DISCUSIÓN	33
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES.....	38
VII. REFERENCIAS	39
ANEXOS.....	45

Anexo 1: Instrumento.....	45
Anexo 2: Declaración de testigo	46
Anexo 3: análisis preliminar	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	22
Tabla 2. Índices de ajuste del AFC por método de cuadrados no ponderados para la valoración de la adecuación del modelo explicado al modelo teórico de la Escala para la Detección de Ansiedad Social en Adolescentes.....	27
Tabla 3. Matriz de cargas factoriales estandarizadas de la Escala para la Detección de Ansiedad Social en Adolescentes del Distrito de la Esperanza.....	28
Tabla 4. Índices de consistencia interna Omega de McDonald.....	29
Tabla 5. Validez basada en el contenido por medio de método de criterio de jueces de la Escala para la Detección de Ansiedad.....	43
Tabla 6. Análisis de los ítems de la Escala para la Ansiedad Social en Adolescentes.....	45

RESUMEN

Q

Palabras clave:

Confiabilidad, validez, ansiedad social, omega, análisis factorial confirmatorio.

ABSTRACT

The present investigation had as objective to know the evidences of validity of the Scale for the Detection of the Social Anxiety in adolescents of the district of the Hope. The research design was framed in the descriptive ones, developed in a sample of 500 adolescents from 3rd to 5th year of secondary school between 14 and 18 years of age, selected through to non-probability sampling for convenience. The results of the construct validity according to the confirmatory factor analysis found that the SRMR absolute adjustment indices of .05, the GFI of .92 and the AGFI of .90 through a single factor, whose standardized factorial loads oscillated between .28 and .58, Considering the reliability of the method of internal consistency with McDonald's Omega Coefficient, finding a value of .77, characterized as correct.

Key words:

Reliability, validity, social anxiety, omega, confirmatory factor analysis.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática

Hoy en día se observa que algunos adolescentes desertan del sistema de educación básica regular por diversos motivos como: dificultades en sus relaciones interpersonales, bajo desempeño académico, percepción de un sistema de enseñanza inadecuado, temores frente a situaciones que no puede resolver entre otros; repercutiendo negativamente en sus logros académicos y su vida cotidiana.

Estas causas podrían estar asociadas a diferentes factores de riesgos que van desde los aspectos personales hasta los sociales. Por ejemplo, la ansiedad social; la cual genera incapacidad en la generación de quehaceres diarios. El adolescente que la padece podría abandonar la escuela por bajo rendimiento en su desempeño académico; además, de manifestar disconformidad e insatisfacción con aspectos de su vida (Hollander y Simeon, 2004).

Adicionalmente, cabe destacar que aquel adolescente con ansiedad social estaría en situación de riesgo para desencadenar diferentes trastornos psicológicos (Botella, Baños y Perpiñá 2003). Otros de los inconvenientes concernientes a la ansiedad social es el consumo de alcohol, pues en estudios realizados por Stravynski, Lamontagne y Lavallo (1986) el 70% de los fóbicos sociales señalaron que el consumo de alcohol se incrementó posteriormente de aparecer los miedos sociales. Asimismo, Ruscio, Brown y Chiu (2008), señalan que el adolescente con fobia social presentan, frecuentemente, otros trastornos psiquiátricos especialmente depresión, ansiedad y abuso de sustancias; situación que agrava, aún más la salud mental de los adolescentes con este problema.

Frente a esto, resulta importante conocer los niveles de ansiedad social que los adolescentes pueden experimentar, especialmente en el contexto educativo; ya que, según estudios de Vivar (s.f.) en la costa peruana, especialmente en las ciudades de Arequipa, Ica, Trujillo, Chiclayo y Piura; la ansiedad social se ubica en segundo lugar en cuanto a trastornos psicológicos; además Pérez (2016), en sus investigaciones determinó que 43,1% de los adolescentes trujillanos presentan un nivel moderado de ansiedad; pudiendo desencadenar otros problemas de salud mental.

Ahora bien, teniendo en cuenta esto, es preocupante la realidad encontrada en el distrito de La Esperanza; ya que según el Informe de Salud Mental del presente año 2017 (enero – septiembre) de la Micro Red de Salud La Esperanza, en la población adolescente de 12 a 18 años se han registrado 14 casos con trastornos depresivos y 64 con trastornos de consumo de alcohol. Por otro lado, se ha identificado que existe un 26% de adolescentes que presentan un déficit de habilidades sociales; además Martínez (2016) al investigar la relación entre ansiedad social y el clima social familiar encontró que los adolescentes esperancinos presentan ansiedad en nivel moderado y severos, representados por 89,2% y 2,5% respectivamente; y, si consideramos la información párrafos arriba, estos podrían desencadenar trastornos psicológicos.

Por tanto, resulta importante contar con un instrumento adaptado, válido y confiable, para identificar la fobia social en adolescentes; considerando que además, existen porcentajes significativos de adolescentes con problemas psicológicos que podrían estar vinculados con dicha variable.

En tal sentido se ha indagado los diversos instrumentos existentes, encontrando el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) de Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989), el cual consta de 109 ítems directos que responden a una escala tipo Likert con un rango de 7 puntos. Se compone de una escala de la fobia social con 96 ítems. A partir de sus 109 ítems se definen tres puntuaciones: una de fobia social, otra de agorafobia y otra denominada puntuación de diferencia.

Las desventajas de este instrumento, radican en que se recomienda la aplicación individual; por lo que no sería funcional para contextos educativos; donde, por cuestiones de cobertura y tiempo, se requiere instrumentos de aplicación colectiva. Por otro lado, al ser una versión preliminar de la prueba, no se corroboraron adecuadas propiedades de validez a través del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), hallándose índices de ajuste de bondad del Índice de Ajuste de Bondad Comparativo (CFI) equivalente a .83 y Índice de Ajuste de Bondad Absoluto (GFI) con .76, considerados como insuficientes e indicando una deficiente validez, mientras que la confiabilidad por el método de consistencia interna según el Alfa de Cronbach fue de .91, siendo adecuado; asimismo, tiene demasiados ítems, dificultando su aplicación, en tanto que los alumnos no tengan disposición para responder a los ítems y lo hagan de manera trivial. Por otro lado, se encuentra la Escala de Ansiedad Social para adolescentes (SAS - A) realizada en el año 1998 y elaborada por La Greca y

López (1998), por tal razón no fue elegido para su adaptación en la Esperanza, ya que no se tiene evidencia suficiente de su aptitud para ser aplicada dentro de una población.

Por otro lado, se encuentra la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) diseñado y construido en España por Olivares y García (1998); el cual es sugerido para evaluar a adolescentes desde 14 hasta 18 años aproximadamente. El autoinforme de esta escala consta de 26 ítems; permitiendo descubrir de carácter rápido, fiable y válido a aquel adolescente con probabilidad de presentar ansiedad social o fobia social (American Psychiatric Association, 2000). Además, la prueba es de comprensión sencilla y clara por la composición de sus ítems; y, cuenta con validez con cargas factoriales mayores a .46 para ansiedad social y .54 y confiabilidad por Alfa de Cronbach de .92, los cuales son índices satisfactorios. Por ende, estas características y valores encontrados permitirían posibilidad de revisar sus propiedades psicométricas en otras realidades, como por ejemplo en el Perú, más específicamente en el distrito La Esperanza.

Por lo anteriormente expuesto, existe la necesidad de analizar las propiedades psicométricas de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social en el distrito de la Esperanza, debido a que en la zona no se cuenta con un instrumento adecuado para predecir la ansiedad social en los adolescentes; se eligió el mencionado instrumento para dicho análisis debido a que se ha comprobado en estudios anteriores su adecuada estructura factorial y confiabilidad.

1.2. Trabajos previos

Olivares, Piqueras, y Sánchez (2004) desarrollaron un estudio teniendo como objetivo analizar validez y la confiabilidad de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS). La cual fue utilizada en un grupo de 3181 españoles de educación secundaria. El AFE recogió 2 factores: Ansiedad Social e Interferencia, explicando el 40.52% de la varianza, cuyas cargas factoriales oscilaron entre .46 y .68 para el primer factor y .54 y .75 para el segundo factor. Los coeficientes de consistencia interna (Alfa de Cronbach) fueron: .92, para la escala total, .89 (Ansiedad Social) y .88 (Interferencia), considerándose como adecuados, es decir, son indicador de una adecuada validez y confiabilidad.

Vera-Villarroel, Olivares-Rodríguez, Kuhne, Rosa, Santibañez y López-Pina (2007) realizaron un estudio basado en las propiedades psicométricas de las Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) en 1040 adolescentes chilenos.

Según el análisis factorial exploratorio adjuntó escalas de: Evitación, Grado de ansiedad e Interferencia. Se explicó más de un 40 % de la varianza, cuyas factoriales para el primer factor oscilaron entre .44 y .76, el segundo entre .53 y .77, finalmente el tercer factor obtuvo cargas factoriales entre .62 y .82. Los coeficientes de fiabilidad se establecieron mediante el método de consistencia interna según el Alfa de Cronbach, hallándose valores de .82, .84 y .87, correspondientemente, siendo adecuados.

Piqueras, Olivares, Vera-Villaruel, Marzo y Kuhne (2012) examinaron la invarianza factorial de la Escala para la detección de Ansiedad Social (EDAS) en jóvenes chilenos y españoles. La muestra estuvo compuesta por 1185 adolescente españoles y 965 chilenos. Los resultados mostraron que los coeficientes de fiabilidad según el método de consistencia interna por el Alfa de Cronbach, fueron altos en las subescalas. Para la muestra española de .77, .83 y .87 y para la muestra chilena de .80, .83 y .86, respectivamente, calificándose como adecuadas.

Luis (2015) adaptó la Escala para la Detección de la Ansiedad Social en adolescentes de Colegios Nacionales en Florencia de Mora. La muestra fue de 394 estudiantes, el muestreo fue probabilístico sistemático. Entre los resultados, se halló la validez de constructo obtenida por medio de la correlación ítem –sub test total corregido, evidenciando en su totalidad los ítems son altamente significativos, no obstante los coeficientes de cada ítem están por encima de .24 siendo este un resultado válido. Asimismo, con respecto a la primera correlación, se encontró un índice de validez ítem sub test-total corregido entre .24 y .51 en la subescala de evitación, entre .35 y .57, en la subescala de nerviosismo y entre .46 y .60 en la subescala de interferencia. El cuestionario alcanza un nivel de fiabilidad mediante consistencia interna de buena ($\alpha=.81$).

Vásquez (2016) realizó un estudio de las propiedades de la Escala para la Detección de la Ansiedad social (EDAS), para lo cual se trabajó en una muestra de 310 alumnos, pertenecientes al distrito de Trujillo. Además, para lograr los objetivos establecidos, se analizó la validez de constructo a través del análisis ítem-test corregido, donde se observaron puntajes mayores a .20 y con respecto a la confiabilidad por consistencia interna, mediante el Alfa de Cronbach, se obtuvieron puntajes mayores a .70, correspondientes a una valoración aceptable.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Delimitación conceptual.

1.3.1.1 Definición de ansiedad social.

Olivares (2009) menciona que la fobia social o trastorno de ansiedad social constituye un problema en el que la persona, ante una o más situaciones sociales, experimenta temor a mostrarse en una circunstancia embarazosa en la cual otras personas se burlen.

La ansiedad y la fobia social son las mismas estructuras teóricas que se entienden como miedos intensos, persistentes y excesivos en respuesta a una o más situaciones sociales, en el que la persona se expone socialmente a otras personas desconocidas (Bados, 2009).

También Liebowitz (2000) contribuye a decir que el conocimiento del trastorno de ansiedad social, conocido oficialmente en la nosología psiquiátrica y concebida como fobia social (trastorno de ansiedad social), pero todavía hay ciertas áreas en la actualidad todavía están en discusiones y debates. Según Bados (2001) en primer lugar, el nombre del trastorno, y en segundo lugar, su precisión analítica versus el trastorno de la personalidad del trastorno de parálisis.

Con respecto a los factores de ese nombre, se recomienda para revertir la serie actual, este nuevo nombre, trastorno de ansiedad social (social), describe más énfasis en los aspectos clínicos de manifestaciones conductuales, y la disminución en el interior de la perturbación implica que los sustantivos actuales; es libre de indiferencia y falta de importancia en relación con los nombres anteriores, y permite distinguir más fácilmente la fobia social (Echeburúa y Salaberría, 1991).

La ansiedad y la fobia social están determinadas por diversos aspectos de la acción y la comunicación en situaciones sociales, ya que el miedo y la evitación de las cosas descritas por el sujeto se vuelven importantes. Diferentes factores de desarrollo, familia, ambiente, desarrollo, salud mental, neurociencias (desórdenes genéticos, biológicos y neurológicos), psicológicos y sociales están asociados con este desorden y lo hacen muy complejo (Essau, Conradt y Petermann, 1999).

Jame, Talarn, Armayones, Horta y Requena (2006) indican que la fobia social, el temor central del paciente, es que el modo de acción lo avergüenza a los demás.

Los pacientes con fobia social temen y evitan diversas situaciones, ya que tendrían que trabajar en presencia de otra persona.

Salaberría y Echeburúa (1995) señalan que la fobia social típica es el miedo a hablar, comer o escribir en público y al uso del tracto urinario general, además de asistir a fiestas o entrevistas. Además, los temores comunes de las personas con discapacidades sociales son que las personas pueden informar y aliviar sus ansiedades en las condiciones sociales.

Caballo, Salazar, López, Irurtia y Arias (1966) quienes definieron a la fobia social como el recelo a comer, beber, temblar, abochornarse, delante de otros, con la características esencial del miedo a parecer ridículo ante otros. En general, el individuo se vuelve muy ansioso en situaciones en las que está sujeto al escrutinio por parte de otras personas mientras realiza una tarea.

Machleidt, Aliño, Bauer, Lamprecht, Rose y Dachser (2004) denominan a la fobia social como “neurosis social y antropofobia” se circunscribe al temor a ser el centro de atención en un grupo de personas y ser sometido a las miradas valorativas de los demás. Se puede traducir en la aparición de síntomas como enrojecimiento facial, temblor de manos, náuseas o urgencia miccional. El enfermo siente que sus temores son irracionales y superables, pero no consigue hacer nada para evitarlos. Caballo, Olivares, López-Gollonet, Irurtia y Rosa (2003) mencionan que la fobia social se suele asociar con una autoestima baja y un temor exagerado ante las críticas. Los comportamientos evitativos que genera van aumentando el aislamiento social del enfermo.

Tallo (2015) describe que el sujeto con fobia social puede limitar mucho su vida, en un intento de restringir su contacto social tan sólo a personas de su entorno familiar; puesto que los seres humanos son sociales y constantemente estamos expuestos a contextos de interacción.

En resumen, la fobia social interfiere en la vida del sujeto que la padece y por ende perjudica las relaciones con sus pares y los ámbitos en los cuales se desenvuelve (colegio, hogar, centro de labores, etc.) cotidianamente, del mismo modo estos autores hacen referencia que los sujetos con este trastorno tienen énfasis en el temor a la situación en sociedad (Sandín, 1997).

1.3.1.2 Características

Jame, et al. (2006) quien dice que la sudoración, el enrojecimiento y la sequedad de boca son comunes en la ansiedad social. La ansiedad puede ocurrir en personas con un desorden social en respuesta a las temidas circunstancias sociales. Las personas que solo tienen una fobia social en una situación pueden vivir de forma relativamente asintomática, excepto cuando se enfrentan a una situación de desmayo. Asimismo, Olivares y Caballo (2003) señalan que cuando se enfrentan a tales situaciones, a menudo tienen una gran preocupación. El hecho de que haya muchas fobias sociales puede conducir a una desmoralización prolongada, aislamiento social y discapacidad.

El alcohol y los sedantes se pueden usar para reducir al menos la parte preventiva de este trastorno de ansiedad, que a veces conduce al abuso de sustancias psicotrópicas (Wittchen, Stein y Kessler, 1999).

Amies, Gelder y Shaw (1983, citados en Caballo, 1995) refieren que los síntomas somáticos más frecuentes de la respuesta de temor en estos sujetos son: palpitaciones (79%), temblar (75%), sudar (74%), tensión muscular (64%), sensación de vacío en el estómago (63%), boca seca (61%), sentir frío/calor (57%), ruborizarse (51%) y tensión/dolores de cabeza (46%).

Caballo (1995) argumenta que el problema conductual más común de la fobia social es evitar situaciones temidas. Por definición, las personas con fobia social temen o evitan situaciones donde es posible el examen de los demás.

Por edad, Olivares, Rosa y Piqueras (2006) en España, en promedio, 9 años informaron a adolescentes de 14 a 17 años que cumplían las condiciones para el diagnóstico de fobia social, mientras que autores como Beidel y Turner (2005) establecen valores iniciales entre 11 y 12 años. Los participantes que informan la aparición de disturbios antes de los 14 años tienen cursos a largo plazo y nocivos, y tienen más probabilidades de padecer trastornos conspirativos y problemas en áreas que, como las relaciones académicas y sociales, se consideran muy importantes para el desarrollo social y emocional de los adolescentes.

Kessler, Wittchen y Fehm, (2003, citado en Olivares, y Piqueras 2006) quienes manifiestan que la importancia clínica de la fobia social viene dada por su interferencia en el trabajo diario. Los estudios muestran que los niños y adolescentes que están luchando con sus compañeros corren un mayor riesgo de sufrir problemas emocionales y sociales.

Todos estos resultados proporcionan una intervención temprana en un lugar privilegiado que reduce / elimina los efectos del trastorno y lo pierde, previene la interferencia clínicamente significativa con el desarrollo de los adolescentes sobre las emociones y el posterior funcionamiento diario de los adultos (García-López, Olivares y Vera-Villaruel, 2003).

Hazen y Stein, (1995, citados en Caballo, Andrés y Bas, 2007), indican que las condiciones sociales más atemorizadas por las personas con fobia social son: Comenzar y / o mantener conversaciones, quédese con alguien (reunión), asistencia a fiestas, actuar activamente (Por ej., discrepancia o denegar solicitud), marcar un celular (especialmente aquellos que no saben), hablar con personas que tienen autoridad, devolver el producto a la tienda donde se compró el producto, mirar a los ojos a otros, asistir a reuniones y sesiones plenarias, hablando en público (por ejemplo, grupos grandes o pequeños), actuar antes que los demás, se el centro de atención (por ejemplo, cuando las personas ya están sentadas en la sala), comer / beber del público, escribir y trabajar mientras se les observa y usar un urinario público

Las personas con fobia social tratarán de evitar estas circunstancias, pero a veces no tendrán otra opción que soportarlas, aunque con gran ansiedad (Rosa, Olivares y Méndez, 2004).

Caballo (1995) argumenta que el problema conductual más común de la fobia social es evitar situaciones que generan temor. Las personas con fobia social temen o evitan situaciones en las que es posible el examen de los demás.

Los componentes cognitivos que influyen en la fobia social son la sobreestimación de los aspectos negativos de sus conductas, la autoconciencia, el miedo a los alimentos negativos, las demandas excesivas para evaluar el rendimiento y la falta de control sobre sus propios comportamientos (Stein y Kean, 2000; Beidel y Turner, 1998).

Horse, Andrew y Bas (2007) describen los fundamentos teóricos que tratan que la ansiedad social se puede tratar de manera efectiva hoy mediante intervenciones cognitivo-conductuales. Si bien todavía hay muchos problemas por resolver, se puede señalar que el

estado del comportamiento mental aumenta la experiencia de los tratamientos confirmados de fobia social. Luego presentamos algunos fundamentos teóricos en los que se basa la aplicación de diferentes métodos de tratamiento para la fobia social.

1.3.1.3. Modelo teórico de la ansiedad social

Las medidas para detectar la ansiedad social se refuerzan en términos del modelo integrado de comportamiento cognitivo (Olivares, Méndez y Macia, 2003).

1.3.1.3.1. El modelo cognitivo-conductual integrador

Anteriormente, algunos de los principios rectores de los modelos cognitivo-conductuales (conductas conductuales y cognitivas), el papel de las emociones los ha colocado en un segundo plano para considerar el comportamiento y las cogniciones. Se sabe que afecta las acciones y los pensamientos. Lo que se hace trae cambios en los niveles cognitivos, y los efectos pueden cambiar las percepciones. Por otro lado, existe una cierta relación recíproca entre cognición, influencia, comportamiento y ambiente (Olivares, et al. 2003).

Debido a la relación causal, los agentes mutuos desean integrarse entre ellos, el comportamiento y las emociones o el afecto con diferentes grupos de variables. Es debido a las cogniciones, que explican que las variables de organismo y respuesta están integradas entre sí. Una evaluación o medición de los parámetros de un organismo se considera una unidad porque se realiza a través de las respuestas emitidas por ese organismo. Además, este modelo es una representación en la que los tres componentes básicos (cogniciones, comportamiento explícito y estado emocional) se ubican en el mismo nivel y continúan interactuando (Olivares et al., 2003).

Por lo tanto, Olivares et al. (2003) sostiene que no implica que los mismos tres componentes necesariamente deben especificar el mismo período, frecuencia e intensidad, ya que la ecuación anterior depende de cada caso de los requisitos ambientales, que pueden ser actuales o pasados.

El modelo de comportamiento cognitivo integrador explica que el comportamiento puede verse como la respuesta global del organismo a diversos estímulos ambientales, tanto en el sujeto mismo, tanto externo como interno, y por lo tanto se puede establecer o implícito para ser activado por uno o múltiples factores (Masia, Klein, Storch y Corda, 2001). Los

temas pueden incluir un historial de creencias y procesos cognitivos, factores biológicos o psicofisiológicos específicos, resultados conductuales y de aprendizaje de emociones específicas o estados emocionales (Olivares, et al., 2003).

1.3.1.4 Dimensiones

Según Olivares, Piqueiras y Sánchez-García (2004), las dimensiones establecidas son:

1.3.1.4.1. Ansiedad social

Relacionada con la periodicidad de evitación (componente motor de ansiedad) de las circunstancias sociales y el grado de malestar o sobreactivación experimentado en diversas situaciones sociales, tanto de actuación (ejemplo: escribir, hablar, beber o comer el público), como de relación (asistir a fiestas o reuniones sociales o relacionarse con figuras de autoridad).

1.3.1.4.2. Interferencia

Relacionada con el grado de interferencia que el miedo a la evaluación negativa, la sobreactivación somática (neurovegetativa y muscular) y la evitación social producen en la vida de los sujetos (García-López, Piqueras, Díaz e Ingles, 2008).

1.3.1.5. La ansiedad social en la adolescencia

En los adolescentes, la ansiedad social estará en su nivel más alto debido a un aumento en las necesidades sociales. En este proceso, los individuos ya han adquirido el componente cognitivo necesario para el desarrollo de la discapacidad (Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Sánchez-Arribas, 1999).

También pueden saber que su apariencia y comportamiento son los cimientos de las evaluaciones de los demás y que sus opiniones pueden ser contradictorias con las opiniones de los demás (Botella et al., 2003).

En la adolescencia temprana, se comienza a exigir desafíos sociales para niños y jóvenes. Necesitan un proceso de evaluación (por ejemplo, responder preguntas en una clase, grupo, informe oral, etc.) (Albano, Marten, Holt, Heimberg y Barlow, 1995).

Sin embargo, las personas que experimentan un cierto nivel de ansiedad social durante la pubertad no necesariamente causan fobia social. Además de los factores

psicológicos y sociales, la intervención es esencial en términos de vulnerabilidad biológica (Spence, Donovan y Brechman-Toussaint, 2000; Botella et al., 2003).

1.4. Formulación del problema

¿Cuáles son las evidencias de validez de la Escala para la detección de la ansiedad social en adolescentes del distrito de La Esperanza?

1.5. Justificación del estudio

La presente investigación se justifica metodológicamente porque contribuirá como una herramienta para ser utilizada en estudios posteriores garantizando que posee evidencias válidas que respalden su uso.

Contribuir con información para que aquellos investigadores que estén encaminados en la línea psicométrica contando con esta investigación como un aporte o antecedente para futuras investigaciones.

Finalmente a nivel social, se contará con un instrumento para evaluar y estimar la ansiedad social en los adolescentes, con el fin de identificar el origen y naturaleza de estos problemas comunes en dicha etapa y planificar / organizar con un equipo multidisciplinario programas de tratamiento eficientes a fin de ayudar a mejorar su bienestar personal.

Asimismo, se corroborarán o contrastarán las teorías ya existentes acerca de la ansiedad social, aportando un valor teórico.

1.6 Objetivos

1.6.1 General

Determinar las evidencias de validez de la escala para la detección de la ansiedad social en adolescentes del distrito de la Esperanza.

1.6.2 Específicos

- Determinar la evidencia de validez basada en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio de la Escala para la detección de la ansiedad social en adolescentes del distrito de la Esperanza.

- Estimar la confiabilidad mediante el método de consistencia interna con el coeficiente omega de escala para la detección de la ansiedad social en adolescentes del distrito de la Esperanza.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación

El diseño es descriptivo, cuyo objetivo es definir, clasificar y categorizar los sucesos a fin de describir procesos psíquicos y comportamientos manifestados, sin el requerimiento de una hipótesis (Ato, López y Benavente, 2013, p. 1153).

Según León y Montero (2007), se refieren a la investigación instrumental como una clasificación destinada a probar y desarrollar dispositivos, incluyendo el análisis de sus propiedades adaptativas y de medición psicológica.

2.2. Variables y Operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
----------	-----------------------	------------------------	-------------	-------------	--------------------

Ansiiedad Social	Olivares (2009) menciona que la fobia social o trastorno de ansiedad social constituye un problema en el que la persona, ante una o más situaciones sociales, experimenta temor a mostrarse en una circunstancia embarazosa en la cual otras personas se burlen.	La ansiedad social se medirá según las puntuaciones obtenidas en la Escala para la detección de Ansiedad Social.	Ansiiedad social: Relacionada con la frecuencia de evitación (componente motor de ansiedad) de las situaciones sociales y el grado de malestar o sobreactivación experimentado en diversas situaciones sociales, tanto de actuación, como de relación. (Olivares ,et al 2004).	De intervalo 3,4,6,7,9,10,12, 13,15,16,18,192 1,22,24,25,
	Interferencia: Relacionada con el grado de interferencia que el recelo a la valoración negativa, la sobreactivación somática (neurovegetativa y muscular) y la evitación social producen en la vida de los sujetos (Olivares, et al 2004).	5,8,11,14,17,20, 23,26		

2.3. Población y Muestra

2.3.1. Población

Estuvo comprendida por 1070 adolescentes entre 3° a 5° año del nivel secundario de tres colegios nacionales, cuyos intervalos de edad oscilan entre 14 y 18 años.

2.3.2. Muestra

La muestra fue de 500 adolescentes entre 3° a 5° año del nivel secundario de tres colegios nacionales, cuyos intervalos de edad oscilan entre 14 y 18 años.

2.3.3. Muestreo

Se hizo uso del muestreo no probabilístico por conveniencia, considerado la clasificación otorgada por Comrey y Lee (1992, citados en Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014), quien señala que tamaño adecuado en una muestra es considera muy buena cuando es de 500 participantes.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes de 14 a 18 años de ambos sexos de tercero a quinto grado de secundaria.
- Adolescentes inscritos en el año lectivo 2018, registrados en las nóminas de matrícula de cada institución parte de la investigación.
- Adolescentes que deseen participar de forma voluntaria.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que hayan respondidos de manera inadecuada (dos marcaciones para un ítem y dejar ítem sin contestar).
- Alumnos que manifiesten o expresen que no desean participar en la evaluación.

2.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1 Técnicas

Evaluación psicométrica: Las técnicas psicométricas incluyen: "Gestión, modificación e interpretación: una evaluación completamente estandarizada de las pruebas de diagnóstico utilizando un proceso estadístico Ballesteros (2000, citado en Cardona, Chiner y Lattur, 2006, p. 74).

2.4.2 Instrumento

La escala para la detección de Ansiedad social (EDAS) fue diseñado por Olivares y García-López en 1998 (manuscrito inédito). Seguido por una presentación de un formato simple que puede ser detectado con válida y fiable para la juventud en 2004. Se verificó en la población española, teniendo alta probabilidad de una escala localizada para estimarla fobia social o trastorno de ansiedad social; Puede ser una aplicación individual o en grupo entre las edades de 14 y 18 (Olivares et al.2004).

La escala para detectar la ansiedad social (EDAS) se compone de 26 ítems, que evalúan la discapacidad, el trastorno de ansiedad social o la fobia social que presenta elementos cognitivos en 2 (sí / no) (Association American Psychiatric, 2005); Los 24 ítems restantes se proporcionan según el formato de las cinco respuestas (rango 1-5) y la escala Likert. Estos 24 utilizando el elemento sujeto situación social el estándar B y fobia social E generalmente temido, y cada uno de los cuales se evalúa los trastornos de evitación causados sobreactivación y la interferencia de un objeto, proporcionado realización (Olivares et al., 2004).

La Escala de Ansiedad Social (EDAS) consiste en dos subescalas o factores. La ansiedad social se deriva de sumar el puntaje en las ocho situaciones sociales que se muestran en la columna relacionadas con la evitación y las tensiones de los componentes. El alcance de esta subescala puede oscilar entre 0-64 o 16-80 si el criterio de límite inferior es 1. El rango de escalas de esta subescala en relación con el segundo factor de interferencia es la escala (Olivares et al., 2004).

En cuanto a la puntuación total, se obtiene a través de la suma de los valores alcanzados por cada subescala, de modo que la escala se encuentra en cada subescala, por lo que el rango es 24 y 120, y el límite inferior es 1. Cabe señalar que las dos primeras veces de la prueba son cualitativas y no es necesario marcar una subescala o la puntuación total (Olivares et al., 2004).

2.4.3 Validación y confiabilidad del instrumento

Se validó en 3.181 estudiantes españoles de entre 14 y 18 años. Validez del instrumento paquete estadístico SYSTAT 7.0. Para la definición de la solución del factor explora la estructura básica de la escala de caballos VARIMAX rotación incluye el elemento común de análisis (D), el análisis factorial exploratorio de uso repetido, cuando el valor del artículo

es mayor o igual a 0,40 (Olivares et al., 2004), la carga seleccionada y el factor de autosaturación.

El análisis del producto también se llevó a cabo mediante un programa estadístico de homogeneidad de análisis Factor 2.0., de los 24 ítems objetivo de la versión final del EDAS. Con respecto a la confiabilidad del instrumento, y el coeficiente de coherencia interna está dado por alfa de Cronbach (α) y Spearman-Brown (Olivares et al., 2004).

Por otro lado se efectuó la validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio, hallándose una varianza acumulada del 40.03% con cargas factoriales que oscilaron entre .46 y .68 para el primer factor de ansiedad social y cargas factoriales entre .54 y .75 para el factor interferencia.

La confiabilidad se halló a través del método de consistencia interna según el Alfa de Cronbach, hallándose para la escala total .92 y para sus factores ansiedad social (.89) e interferencia (.88).

2.5. Métodos de análisis de datos

El análisis de datos, se realizó con ayuda de los programas informáticos y estadísticos MS Excel, SPSS IBM v.24.0 y IBM AMOS v.24.0. La sabana de datos se procesó en el programa Excel, en el cual se realizó un filtro de datos para determinar aquellos sesgados, los cuales fueron codificados según la naturaleza del instrumento. Luego se procesaron los datos en el programa estadístico SPSS IMB v. 24.0 y IBM AMOS v.24.0, el cual ayudó a realizar los procesos estadísticos.

De la estadística descriptiva se utilizó medidas de tendencia central como son la media aritmética, mediana y moda; también medidas de dispersión como la desviación estándar para caracterizar la muestra de estudio.

Para hallar si la muestra se ajusta al supuesto de normalidad multivariada, esto se realizó teniendo en cuenta los valores de asimetría y curtosis.

Por otro lado, se hizo uso del análisis factorial confirmatorio de los ítems, para ratificar la estructura establecida del instrumento por los autores y determinar los índices de ajuste: ajuste absoluto (GFI= >.90; SRMR=<.08; AGFI= <.90) y ajuste comparativo NFI= >.90 (Schumacker, y Lomax, 2016), procesado a partir del programa estadístico AMOS, en

el cual se utilizó el estimador de mínimos cuadrados no ponderados para obtener dichos índices. Finalmente, la confiabilidad por consistencia interna se determinó mediante el coeficiente omega.

2.6. Aspectos Éticos

En relación con aspectos éticos; inicialmente, se solicitó el permiso al director de cada uno de las instituciones educativas. Se explicó de qué estaba compuesto el estudio, cuál era el objetivo, la aplicabilidad de la herramienta y la información obtenida era completamente anónima. Luego se les dijo a los participantes que es completamente voluntario para ellos, solicitando permiso y usar información confidencialmente y participar en la investigación a través de un consentimiento informado.

III. RESULTADOS

Tabla 2.

Índices de ajuste del modelo propuesto

Índices de Ajuste	Resultados de AFC
Ajuste Absoluto	
χ^2 Ji cuadrado	430.03
gl Grados de libertad	230
GFI Índice de bondad de ajuste	.92
SRMR Raíz cuadrática residual estandarizada	.05
AGFI Índice ajustado de bondad de ajuste	.90

En la tabla 2, se aprecia los índices de ajuste del modelo planteado de la Escala de Detección de Ansiedad Social en Adolescentes, en donde se obtuvo un índice de bondad de ajuste GFI de .92, Raíz cuadrática residual estandarizada SRMR de .05 , siendo adecuado.

Tabla 3

Cargas factoriales estandarizadas de la Escala para la Detección de Ansiedad Social en Adolescentes del Distrito de la Esperanza.

Ítems	Ansiedad Social
	Cargas Factoriales Estandarizadas
3	.28
4	.31
5	.37
6	.17
7	.34
8	.32
9	.25
10	.37
11	.33
12	.29
13	.37
14	.34
15	.31
16	.39
17	.33
18	.34
19	.39
20	.39
21	.36
22	.46
23	.38
24	.44
25	.58
26	.48

En la tabla 3 se muestra las cargas factoriales estandarizadas de la Escala para la Detección de Ansiedad en Adolescentes del distrito de la Esperanza, encontrándose cargas factoriales estandarizadas entre .28 y .58, tomando como modelo de referencia de un solo factor. Asimismo, se eliminó el ítem 6 para mejorar los índices de ajuste, dado que evidenciaba una carga factorial baja de .17., correlacionándose la mayoría de ítems de forma satisfactoria.

Tabla 4

Índices de consistencia interna Omega de McDonald

Factores	ω Omega	IC 95%	
		LI	LS
Ansiedad Social	.77	.73	.81

Nota: ω =Coeficiente Omega; IC95%=intervalos de confianza al 95%; LI=Límite Inferior; LS=Límite Superior.

En la tabla 4 se muestran el índice de consistencia interna Omega (Ventura-León & Caycho, 2017), se obtuvo un índice de .77 para el factor ansiedad social, siendo una confiabilidad correcta.

IV. DISCUSIÓN

La Escala de Ansiedad Social (EDAS), desarrollada a partir de una muestra de 500 adolescentes del nivel secundario de 3° a 5° de edades entre 14 y 18 años. En primer lugar, cabe destacar que Olivares (2009) menciona que la fobia social o trastorno de ansiedad social constituye un problema en el que la persona, ante una o más situaciones sociales, experimenta horror por temor a mostrarse en una circunstancia embarazosa ante la cual otras personas se burlen. Por tanto, se refiere al conjunto de alteraciones relacionadas con el miedo persistente que experimenta el sujeto frente a situaciones de sociabilización, cuyo miedo se basa en la burla que puedan cometer otros de él.

De acuerdo al objetivo general, se conocieron las evidencias de validez del EDAS en adolescentes del distrito de la Esperanza, corroborándose que cuenta con adecuadas evidencias de validez y confiabilidad en los adolescentes que conformaron la muestra. Se concluyó que el instrumento cuenta con adecuadas evidencias de validez y confiabilidad bajo el modelo hipotético de un factor, por tanto, dicho modelo es el que mejor representa al modelo teórico en el cual se basa la construcción de la prueba. Los hallazgos son similares a los de Olivares, Piqueras y Sánchez (2004), Vera-Villaruel, et al. (2007), Luis (2015) y Vásquez (2016) quienes comprobaron que el EDAS cuenta con adecuadas evidencias de validez y confiabilidad, que fueron comprobados con diferentes métodos psicométricos. En lo sucesivo, de acuerdo a los objetivos específicos, se hará una mayor profundización acerca de tales resultados y comparaciones.

De acuerdo a los objetivos específicos, se analizó el análisis factorial confirmatorio, puesto que como señalan los autores Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010) y Batista-Fogueta, Coenders y Alonso (2004), este análisis es complementario del AFE, puesto que se aboca a comparar la concordancia entre el modelo teórico y el modelo hipotético. Así también se estudió ya que según Elosua y Bully (2011), es una técnica de mayor veracidad para verificar la validez del instrumento de acuerdo a la población (García, 2012). De forma general se halló que los índices de ajuste del modelo planteado de la Escala de Detección de Ansiedad Social en Adolescentes, en donde se obtuvo un índice de bondad de ajuste GFI de .92, valor que al evaluarse por medio de los criterios de Kramp (2008) y García (2012), demuestra un ajuste considerado como aceptable en la correspondencia de los datos empíricos y el modelo hipotético (estructura del EDAS) planteado por los autores del

instrumento. La estructura factorial de un factor se justificaría teóricamente, con respecto a los factores de ese nombre, se recomienda para revertir la serie actual, este nuevo nombre, trastorno de ansiedad social (social), describe más énfasis en los aspectos clínicos de manifestaciones conductuales, y la disminución en el interior de la perturbación implica que los sustantivos actuales; es libre de indiferencia y falta de importancia en relación con los nombres anteriores, y permite distinguir más fácilmente la fobia social (Echeburúa y Salaberría, 1991). Los resultados de validez son similares a los de Vera-Villarroel, et al. (2007) en su estudio se explicó más de un 40 % de la varianza, cuyas factoriales para el primer factor oscilaron entre .44 y .76, el segundo entre .53 y .77, finalmente el tercer factor obtuvo cargas factoriales entre .62 y .82. Las diferencias halladas obedecerían a las características demográficas y culturales de ambas muestras.

Asimismo, las cargas factoriales estandarizadas se ubicaron entre .28 y .58, siendo la mayoría superiores a .30, tomando como modelo de referencia de un solo factor. Estas puntuaciones indicarían que la mayoría de ítems se correlacionan apropiadamente con el constructo teórico de la ansiedad social, ya que desde el punto de vista de Dorantes (2018), se considera a una carga factorial adecuada cuando es superior a .30.

Cabe destacar que la validez fue sometida al análisis factorial exploratorio en un primer momento, con dos y tres factores, obteniendo reportes de la varianza explicada menor al 50% y cargas factoriales menores a .15 para la mayoría de los ítems, además de una confiabilidad insuficiente. Por tales razones, se creyó conveniente realizar el análisis unidimensional del instrumento, obteniendo mejores reportes de validez, lo cual se podría justificar en la conclusión de Villarroel et al. (2007), quien obtuvo en su estudio un modelo de tres factores, pero recalca que al ser utilizado como un instrumento de detección podríamos aplicar una sola subescala en vez de las tres, ya que las tres sub escalas fácilmente podrían reagruparse para medir el mismo constructo a través de una sola dimensión de ansiedad social.

Se revisó la consistencia interna, método estadístico que considera a la capacidad de un ítem para recoger datos libres de errores de medida (Oviedo y Campo, 2005). Teniendo en cuenta lo mencionado, existen formas de medirla como por ejemplo, mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, la cual indica cuánto covarían los ítems (Morales, 2007), sin embargo en los artículos publicados en la Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, refieren que presenta limitaciones, ya que se ve afectado por la cantidad

de ítems (Ventura-León y Caycho-Rodríguez, 2017). Asimismo, el coeficiente Omega resulta ser más jerárquico y por tanto sería un índice más apropiado del alcance en el cual todos los ítems en una prueba miden para la misma variable latente.

Debido a estos criterios se utilizó como medida de consistencia el coeficiente Omega de McDonald (1999), el cual de acuerdo a Timmerman (2005) refleja una medida de la consistencia más veraz, debido a que trabaja con las cargas factoriales (Gerbing y Anderson, 1988), las cuales son ponderadas, haciendo más estable el cálculo. Los resultados, tras el cálculo ofrecieron valores

Sin embargo, cabe destacar que debido al criterio sobre la teoría psicométrica, a partir del cual se recomienda la utilización de instrumentos para investigaciones teóricas o grupales cuando los valores de Omega se hallan entre .65 y .85, y no para uso clínico de la prueba a fin de estimar la ansiedad o fobia social (Morales, 2013), la confiabilidad hallada en esta investigación, equivalente a .77, con un límite inferior de .73 y con el límite superior de .81, sugiere la utilización del EDAS, a fin de elaborar hipótesis o realizar formulaciones teóricas a partir de la recolección de datos un conjunto de individuos (Aliaga, 2008). Los resultados son similares a los de Vásquez (2016), quien halló respecto a la confiabilidad por consistencia interna, mediante el Alfa de Cronbach, se obtuvieron puntajes mayores a .70, correspondientes a una valoración aceptable. Asimismo con los de Olivares, Piqueras, y Sánchez (2004) los coeficientes de consistencia interna (Alfa de Cronbach) fueron: .92, para la escala total, .89 (Ansiedad Social) y .88 (Interferencia), considerándose como adecuados, es decir, son indicador de una adecuada confiabilidad.

V. CONCLUSIONES

- Se determinó la evidencia de validez basado en la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio encontrándose índices de ajuste adecuado (GFI = .92, SRMR =.050) para el modelo de un solo factor.
- Se estimó la confiabilidad por consistencia interna omega obteniéndose un valor adecuado ($\omega = .77$).

VI. RECOMENDACIONES

- Evaluar la estructura interna del instrumento mediante análisis factorial confirmatorio evaluando la pertinencia de re-especificaciones del modelo.
- Estimar la confiabilidad mediante el enfoque de estabilidad temporal con el método test-retest.

VII. REFERENCIAS

- Albano, A., Marten, P. y Holt, C., Heimberg, R. y Barlow, D. (1995). Cognitivebehavioral group treatment for social phobia in adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656.
- Aliaga, T. (2008). *Psicometría: Test Psicométricos, Confiabilidad y Validez*. Recuperado de: <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401517/1U2LibroEAPAliaga.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. Barcelona, España: MASSON, S.A
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, vol. 29 (3), pp. 1038-1059. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Bados, A. (2001). *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Batista-Fogueta, J., Coenders, G. & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio, su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122 (1), 21-27.
- Beidel, D. y Turner, S. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: APA.
- Botella, C., Baños, R. y Perpiñá, C. (2003). *Una propuesta para comprender la fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V. Buela-Casal, G. y Carroble, J. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V., Andrés, V. y Bas, F. (2007). *Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos*. (1ª ed.) España: Siglo XXI de España Editores S. A.
- Caballo, V., Olivares, J., López-Gollonet, C., Iruñia, M. y Rosa, A. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11 (3), 539-562.

- Caballo, V., Salazar, I., López, L., Irurtia, M. y Arias, B. (1966). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos*. (1a ed.). Madrid: Pirámide.
- Cardona, M., Chiner, E. y Lattur, A. (2006). *Diagnostico psicopedagógico. Conceptos básicos y aplicaciones*. San Vicente, España: Editorial Club Universitario.
- Dorantes, C. (2018). *El proyecto de investigación en psicología: de su génesis a la publicación*. México: Universidad Iberoamericana.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico. *Psicothema*, 3, 7-23.
- Elosua, P. y Bully, P. (2011). *Prácticas de Psicometría: Manual de Procedimiento (Primera ed.)*. Leioa: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco UPV/EHU. Recuperado de: <http://www.ehu.eus/gip/publicaciones/articulos/2011/6.pdf>.
- Essau, C., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Ferrando, P. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- García, M. (2012) *Análisis causal con ecuaciones estructurales de la satisfacción ciudadana con los servicios municipales*. (Trabajo de maestría). Universidad Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- García-López, L., Olivares, J. y Vera-Villaruel, P. (2003). Revisión de instrumentos de evaluación de la fobia social validados para población de habla española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 151-160.
- García-López, L., Piqueras, J., Díaz, M., & Inglés, C. (2008). Trastorno de la Ansiedad Social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral psychology*, 16(3), 501-533.
- Gerbing, D. y Anderson J. (1988). An update paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment. *Journal of Marketing Research*, 25 (2), pp. 186-192.
- Hollander, E. y Simeon, D. (2004). *Guía de Trastornos Ansiedad*. Madrid: El sevier.
- Jame, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. (1a ed.). Barcelona: Eureka Media, SL.

- Kramp, U. (2008). Equivalencia entre los modelos de análisis factorial de los ítems y teoría de respuesta a los ítems en la evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición psicológica. *Revista Peruana de Psicometría*, 1(1).
- La Greca, A. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9634131>
- León, O. y Montero, I. (2004). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. (3a ed.). Madrid. Mc Graw Hill.
- Liebowitz M., Heimberg R., Fresco D., Travers J. y Stein, M. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Arch Gen Psychiatry*, 57, 191-2.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30 (3), 1151-1169. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731690031
- Luis, L. (2015). *Propiedades Psicométricas de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social en adolescentes de Colegios Nacionales en Florencia de Mora*. (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- Machleidt, W., Aliño, J., Bauer, M., Lamprecht, F., Rose, H. y Dachser, C. (2004). *Psiquiatría Trastornos Psicossomáticos y Psicoterapia*. (7a ed.). Barcelona: Masson, S.A.
- Martínez, W. (2016). *Relación entre clima social familiar y ansiedad en adolescentes de una institución educativa-Trujillo, 2014*. (Tesis de licenciatura). Universidad Los Ángeles de Chimbote, Chimbote. Recuperado de: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/713>
- Masia, C., Klein, R., Storch, E. y Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 40, 780-786.
- McDonald, R. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Mokuolu, B. (2013). Assessment of social anxiety and its correlates among undergraduates in southwestern Nigeria. *Ife Psychologia*, 21, 324-345.
- Morales, P. (2007). *La fiabilidad de los tests y escalas*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Olivares, J. Méndez, F. y Maciá, D. (2003). *Tratamiento conductuales en la infancia y adolescencia*. (2ªed). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Olivares, J. Piqueras, J. y Sánchez-García, R (2004). Escala para la detección de la ansiedad social (EDAS): estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años. *Psicología Conductual*, 12, 251-268. Recuperado de:https://www.academia.edu/428278/Social_Anxiety_Screening_Scale_EDAS_reliability_and_factorial_Structure_in_a_sample_of_adolescentes_age_d_between_14_to_18_years_old
- Olivares, J. y Caballo, V. (2003). Un modelo tentativo sobre la génesis, desarrollo y mantenimiento de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11 (3), 483-515.
- Olivares, J. y García-López, L. J. (1998). *Escala para la Detección de la Ansiedad social*. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- Olivares, J.(2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40, 7-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97020402002>
- Olivares, J., Piqueras, J. A. y Sánchez-García, R. (2004). Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS): Estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años. *Psicología Conductual*, 12, 251-268.
- Oviedo, H. y Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 34 (4), 572 – 580.
- Pérez, S. (2016). *Conducta social y victimización escolar (bullying) en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Trujillo*. (Tesis de licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. Recuperado de: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2455/1/RE_PSICO_SAMMY.PEREZ_CONDUCTA.SOCIAL.Y.VICTIMIZACION.ESCOLAR%28BULLYING%29.EN.ADOLESCENTES_DATOS.PDF

- Piqueras, J., Olivares, J., Vera-Villarroel, P., Marzo, J. y Kuhne, W. (2012). Invarianza factorial de la Escala para la Detección de Ansiedad Social (EDAS) en adolescentes españoles y chilenos. *Anales en Psicología*, 28, 203-214. Recuperado de http://revistas.um.es/anales_ps/article/viewFile/140682/126772
- Rosa, A., Olivares, J. y Méndez, F. (2004). *Introducción a las técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Ruscio, A., Brown T., y Chiu, W. (2008). Social fears and social phobia in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*; 38 (1), 15-28.
- Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Sánchez, R., Olivares, J. (2009). Intervención Temprana en Niños y Adolescentes con Fobia Social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 75-88. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=97020402006
- Sandín, B. (1997). *Fobia Social*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R., Santed, M. y Sánchez-Arribas, C. (1999). Estructura factorial de la escala de ansiedad social para niños-revisada (SASC-R). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 105-113.
- Schumacker, R., y Lomax, R. (2016). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. New York: Routledge.
- Spence, S., Donovan, C. y Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training based cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.
- Stein, M. y Kean, Y. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613.
- Stravynski, A., Lamontagne Y., y Lavalley, Y. (1986). Clinical phobias and avoidant disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry*. 31, 714-719.

- Tallo, M. (2015). *Psicopatología Clínica Adaptada al DSM-5*. (1a ed.). España: Pirámide.
- Timmerman, M. (2005). Factor analysis. *Communication Research*, 32(6), pp. 683-725. Recuperado de <http://www.ppsw.rug.nl/~metimmer/FAMET.pdf>.
- Turner, S., Beidel, D., Dancu, C. y Stanley, M. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the social phobia and anxiety inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/232597778_An_Empirically_Derived_Inventory_to_Measure_Social_Fears_and_Anxiety_The_Social_Phobia_and_Anxiety_Inventory
- Vásquez, S. (2016). *Propiedades Psicométricas de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social en adolescentes de Colegios Nacionales de Trujillo*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad César Vallejo, Trujillo Perú.
- Ventura-León, J. y Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627
- Vera-Villaruel, P. Olivares-Rodríguez, J., Kuhne, W. Rosa, A., Santibañez, C. y López-Pina, J. (2007). Pruebas psicométricas de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) en una muestra de adolescentes chilenos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 795-806. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770315>
- Vivar, R. (s. f.). *Trastornos de ansiedad en jóvenes y adolescentes*. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, Lima. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Trastorno%20de%20Ansiedad%20Vivar%20Cuba.pdf>
- Wittchen, H., Stein, M. y Kessler, R. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento

Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) (Olivares y García-López, 1998)

EDAD: _____ COLEGIO: _____ GRADO: _____ SEXO: F () M ()

Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, contesta cada frase tan sinceramente como puedas. Marca tu elección (SI o NO) con una X.

Hay personas que se ponen nerviosas cuando están con gente que no conocen bien. Esto les ocurre si están con una o más personas extrañas o poco conocidas. No importa el lugar. Se pueden sentir mal en una fiesta, en un bar o simplemente mientras se habla en grupo aunque ello no le obligue a uno a participar.

1. ¿Te ocurre algo de esto a ti? SI ____ NO ____
2. ¿Generalmente te preocupa cuando tienes que decir o hacer algo porque piensas que ello te puede poner en evidencia ante los demás? SI ____ NO ____

3. Teniendo en cuenta el cuadro de SITUACIONES que te presentamos más abajo, nos gustaría que valoraras el grado de nerviosismo que sientes en esas situaciones, la frecuencia con que te pasa y en qué medida interfiere en tu vida cotidiana el miedo y la evitación que estas situaciones te generan. Para ello, usa las escalas que te presentamos a continuación:

<i>)Con qué frecuencia intentas evitar (no hacer) esta situación?</i>	<i>)Qué grado de nerviosismo te produce esta situación?</i>	<i>)Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana?</i>
1 = Nunca 2 = Pocas Veces 3 = Algunas Veces 4 = Bastantes Veces 5 = Siempre	1 = Ninguno 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho 5 = Muchísimo	1 = Nada 2 = Un Poco 3 = Bastante 4 = Mucho 5 = Muchísimo

Por favor, tacha con una X el número que mejor te describe en cada situación.

SITUACIONES	<i>Con qué frecuencia intentas evitar, no hacer, lo que se describe en esta situación?</i>	<i>Qué grado de «nerviosismo» te produce esta situación?</i>	<i>Cuánto interfiere esta situación en tu vida cotidiana?</i>
Iniciar una conversación	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mantener una conversación	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ir a fiestas o reuniones sociales	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hablar en público	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Escribir, comer o beber delante de gente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Defender mis derechos ante otras personas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Relacionarme con figuras de autoridad (padre, profesores, personas mayores, etc.)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Relacionarme con personas del sexo opuesto	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Anexo 2: Declaración de testigo

DECLARACIÓN DE TESTIGO

LUGAR Y FECHA: La Esperanza, 09 de mayo del 2018

Yo, Silva Neyra Vasquez Por medio de la presente, autorizo que a los alumnos de 3.º D Del nivel secundario de la Institución Educativa "Dios es Amor", participen en el trabajo de investigación que tiene como título : " **Evidencias de validez de la escala para la detección de la ansiedad social en adolescentes del distrito de la Esperanza**"; conducido por : **Luz Paredes Rengifo**, estudiante del último ciclo de la carrera profesional de psicología, perteneciente a la Facultad de Humanidades de la Universidad César Vallejo de Trujillo.

La participación de los alumnos de mi representación consistirá en dar respuesta a la prueba psicológica administrada, correspondiente al tema de investigación. Además , el investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mis alumnos, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación

El investigador responsable me ha dado seguridad, de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio ni a los alumnos y de los datos relacionados con ellos serán manejados en forma confidencial .



firma del Docente



firma del investigador Responsable

Luz Paredes Rengifo

Anexo 3: análisis preliminar

Tabla 5

Validez basada en el contenido por medio de método de criterio de jueces de la Escala para la Detección de Ansiedad.

Ítem	Claridad	IC 95%	Coherencia	IC 95%	Relevancia	IC 95%
3	.94	[.81; .98]	.97	[.85; .99]	.94	[.81; .98]
4	1.00	[.90; 1.00]	.97	[.85; .99]	.91	[.78; .97]
5	1.00	[.90; 1.00]	.91	[.78; .97]	.94	[.81; .98]
6	.97	[.85; .99]	1.00	[.90; 1.00]	.94	[.81; .98]
7	.94	[.81; .98]	.91	[.78; .97]	.94	[.81; .98]
8	1.00	[.90; 1.00]	.94	[.81; .98]	.94	[.81; .98]
9	.97	[.85; .99]	.94	[.81; .98]	.91	[.78; .97]
10	1.00	[.90; 1.00]	.91	[.78; .97]	.94	[.81; .98]
11	.94	[.81; .98]	.91	[.78; .97]	1.00	[.90; 1.00]
12	.94	[.81; .98]	.97	[.85; .99]	.91	[.78; .97]
13	1.00	[.90; 1.00]	.91	[.78; .97]	.88	[.74; .95]
14	1.00	[.90; 1.00]	.86	[.71; .93]	.88	[.74; .95]
15	.94	[.81; .98]	.94	[.81; .98]	.88	[.74; .95]
16	.94	[.81; .98]	.88	[.74; .95]	.88	[.74; .95]
17	1.00	[.90; 1.00]	1.00	[.90; 1.00]	.97	[.85; .93]
18	1.00	[.90; 1.00]	1.00	[.90; 1.00]	.94	[.81; .98]
19	.97	[.85; .99]	.94	[.81; .98]	1.00	[.90; 1.00]
20	1.00	[.90; 1.00]	1.00	[.90; 1.00]	.97	[.85; .93]
21	.94	[.81; .98]	.94	[.81; .98]	.94	[.81; .98]
22	.97	[.85; .99]	1.00	[.90; 1.00]	1.00	[.90; 1.00]
23	.97	[.85; .99]	.97	[.85; .90]	1.00	[.90; 1.00]
24	.97	[.85; .99]	.94	[.81; .98]	.94	[.81; .98]
25	.97	[.85; .99]	.94	[.81; .98]	.97	[.85; .99]
26	1.00	[.90; 1.00]	.94	[.81; .98]	1.00	[.90; 1.00]

Nota: IC 95% = intervalos de confianza al 95%

En la tabla 5 se aprecian los índices de validez de contenido de los ítems pertenecientes a la Escala para la Detección de ansiedad, donde los ítems obtuvieron puntajes de V de Aiken entre .88 y 1.00, con intervalos de confianza entre un valor inferior de .74 y un valor superior de 1.00 respectivamente.

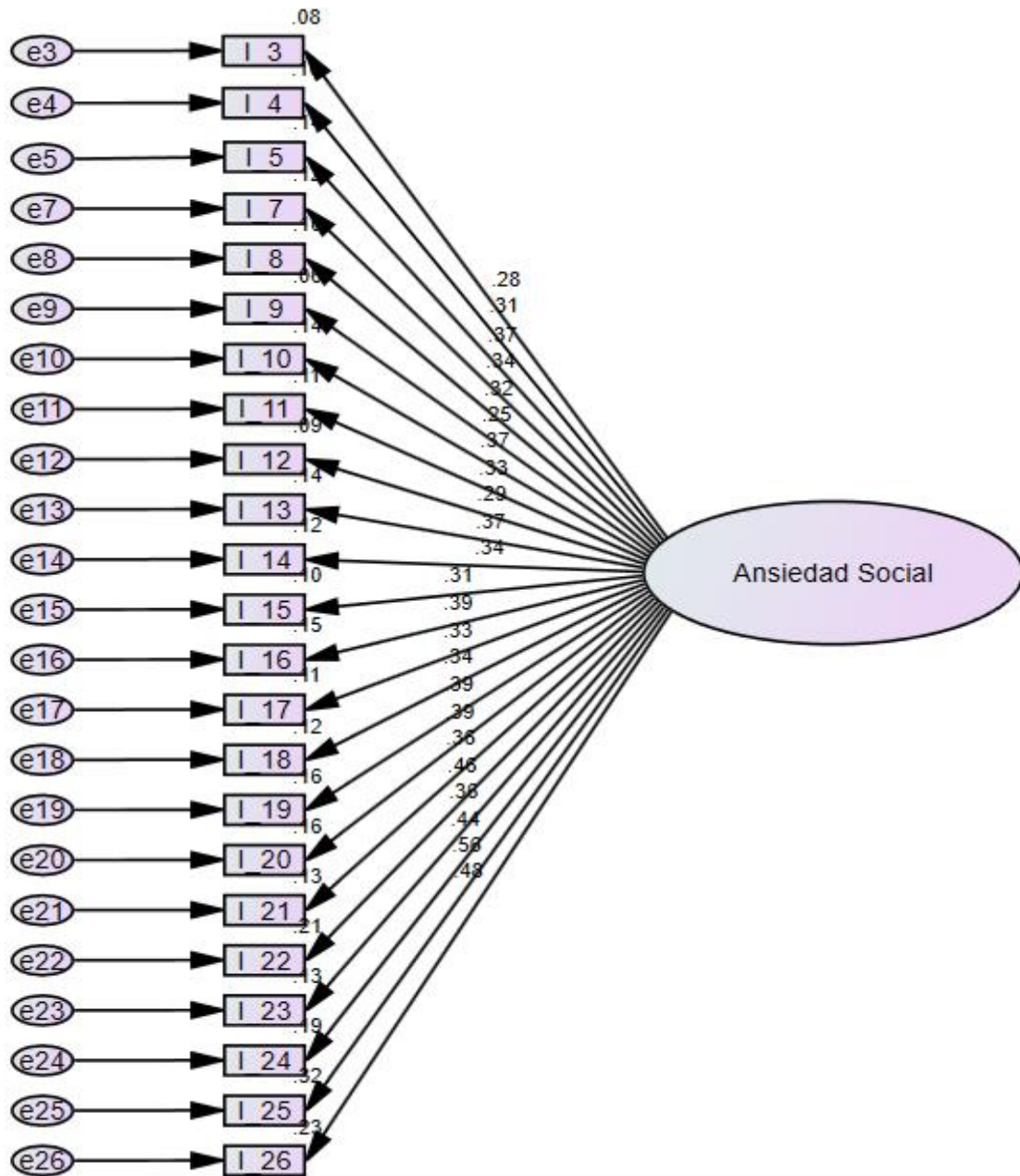


Figura 1. Diagrama de senderos de la Escala para la Detección de Ansiedad en adolescentes del Distrito de la Esperanza.

En la figura 1 se muestra la estructura de dos factores de la Escala para la Detección de Ansiedad en Adolescentes del Distrito de la Esperanza, estimada mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados, se obtuvo , dentro de los índices de ajuste absoluto, un SRMR de 05, un GFI de .92 y un AGFI de .90.

Tabla 6

Análisis de los ítems de la Escala para la Ansiedad Social en Adolescentes.

Variable	M	DE	Asimetría	Curtosis	R _{itc}
I3	2.68	.738	.998	1.065	.277
I4	2.53	.742	1.548	1.698	.275
I5	2.70	.848	.927	.056	.328
I6	2.81	.818	.752	.035	.143
I7	2.55	.705	1.568	1.602	.314
I8	2.72	.803	.913	.323	.283
I9	2.88	.918	.810	-.161	.228
I10	2.68	.810	1.687	.601	.337
I11	2.70	.833	.939	.094	.286
I12	2.98	.988	.713	-.498	.261
I13	2.98	1.036	.650	-.622	.331
I14	2.86	.943	.829	-.266	.286
I15	2.83	.917	.899	-.032	.279
I16	2.69	.880	1.050	.266	.342
I17	2.72	.847	.916	.185	.288
I18	3.15	1.074	.471	-.981	.312
I19	2.75	.856	.946	.293	.336
I20	2.94	.985	.680	-.622	.337
I21	2.82	.878	.880	.097	.320
I22	2.64	.779	1.103	.973	.397
I23	2.82	.914	.802	-.180	.309
I24	2.89	.955	.748	-.338	.392
I25	2.71	.874	1.106	.673	.477
I26	2.91	.958	.781	-.283	.397

En la tabla 6 se observa el análisis descriptivo para la determinación del comportamiento de los datos, mediante la comprobación de algunos supuestos estadísticos. De esta forma, se obtuvieron los análisis descriptivos de tendencia central, dispersión y forma como: la media, desviación estándar, asimetría y curtosis. En este análisis se observa que algunos valores superan los valores de +/- 1.5 mientras que los demás se sitúan por debajo del mismo. Por otro lado, se realizó el índice de discriminación del ítem, donde se obtienen valores que superan el 0.2, sin embargo, el ítem 6 presentan índices de discriminación por debajo del valor antes mencionado.