



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**“Propiedades Psicométricas de la Escala de Ansiedad Social de  
Liebowitz (LSAS) en estudiantes universitarios del distrito de  
Chimbote”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Licenciada en Psicología**

**AUTORA:**

Chauca Valverde, Melissa Ivett (ORCID: 0000-0003-2886-1972)

**ASESOR:**

Mg. Alva Olivos, Manuel Antonio (ORCID: 0000-0001-7623-1401)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicometría

**CHIMBOTE – PERÚ**

2020

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, por ser juntos, el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño, apoyo incondicional y la motivación para no rendirme durante el trayecto de mi formación. A mi segunda madre, mi abuelita, que, a pesar de ya no seguir aquí, sé que estaría muy orgullosa de ver hasta donde he llegado, y que siempre se mantuvo alentándome a seguir adelante. A Jorge, por siempre mostrarme lo bueno de la vida y lo valioso que es su presencia para no decaer y ser una de mis mayores motivaciones para alcanzar el sueño de ser una profesional.

**Melissa Chauca**

## **Agradecimiento**

Agradezco, en primer lugar, a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis asesores, Mg. Manuel Alva Olivos y al Dr. Noé Grijalva por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis y por su apoyo ofrecido en este trabajo.

A la Universidad César Vallejo y en especial a la Escuela de Psicología por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

**Melissa Chauca**

## Índice de contenidos

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos .....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen .....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. MARCO TEÓRICO .....	14
III. METODOLOGÍA .....	20
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	20
3.2. Operacionalización de la variable.....	21
3.3. Población, muestra y muestreo .....	22
3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad...	23
3.5. Procedimientos.....	23
3.6. Método de análisis de datos .....	24
3.7. Aspectos éticos .....	24
IV. RESULTADOS .....	25
V. DISCUSIÓN.....	28
VI. CONCLUSIONES .....	30
VII. RECOMENDACIONES .....	31
REFERENCIAS .....	32
ANEXOS .....	38

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Operacionalización de la variable .....	21
<b>Tabla 2</b> Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R corregido de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) .....	25
<b>Tabla 3</b> Estadísticos de fiabilidad de consistencia interna de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS).....	27
<b>Tabla 4</b> Prueba de normalidad multivariante de las puntuaciones de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) .....	39

## **Resumen**

La presente investigación aborda la revisión de las Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Social en cuatro universidades del distrito de Chimbote. Consecuentemente, la investigación tuvo dos objetivos específicos, los cuales fueron; determinar la validez de constructo de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) mediante la correlación entre ítem-test y determinar la confiabilidad de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), mediante la consistencia interna usando el alfa de Cronbach en estudiantes universitarios del distrito de Chimbote. Los resultados demostraron que el instrumento es válido, teniendo como resultado ( $>.30$ ), es decir, todos los ítems midieron lo mismo que en toda la escala; por otro lado se obtuvo que es altamente confiable, en ambas dimensiones, donde los resultados son  $\geq 90$ .

**Palabras Clave:** validez, confiabilidad, ansiedad.

## **Abstract**

This research addresses the review of the psychometric properties of the Social Anxiety Scale in four universities in the Chimbote district. Consequently, the investigation had two specific objectives, which were; to determine the construct validity of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) through the correlation between item-tests and to determine the reliability of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), through internal consistency using Cronbach's alpha in students university students from the Chimbote district. The results showed that the instrument is valid, having as a result ( $> .30$ ), that is, all the items measured the same as in the whole scale; on the other hand, it was obtained that it is highly reliable, in both dimensions, where the results are  $\geq 90$ .

**Keywords:** validity, reliability, anxiety.

## I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad social, es un trastorno perjudicial, que deteriora e invalida en gran manera, aspectos de la vida, lo que a largo o corto plazo ocasionaría deterioros en áreas sociales en donde uno está expuesto (Badós, 2008).

Es uno de los conflictos más comunes en lo que respecta salud mental, junto con la depresión y el alcoholismo, puesto que todos están unidos por el factor de compulsión tanto en pensamiento como en conducta (Fiestas y Piazza, 2014)

La depresión junto con la ansiedad social, frecuentemente lo presentan personas que van en la pubertad, siendo afectado del 17% al 28% en población adolescente, ello tiene que ver con el proceso de desarrollo produciendo poca adaptación al nuevo cambio en ellos que enfrentarán a la sociedad y el rol que desempeñen, debido al poco sostén social, malas bases parentales, en este caso, el ejemplo a seguir de sus mayores, reducción en el lucro escolar así como dificultad para afrontar diversas situaciones dónde deben actuar de manera independiente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011).

Quienes también forman parte de la población vulnerable acerca de ésta problemática, son los jóvenes, que a su vez, este grupo está conformado por estudiantes universitarios, por ello, no se encuentran discriminados de esta formación de grupo riesgo, asimismo, se menciona que están próximos a una variedad de procesos vitales al igual que emocionales propios de su desarrollo y crecimiento; estos cambios acrecientan o desvanecen el nivel de alteración que adquieren en flamante rango, mostrándose la ansiedad en distintos modos, comparables como sudoración excesiva, pulsaciones fuera de lo normal, vértigos, mareos, inquietud, tartajeo, etc (Ramírez & Reyes, 2018)

En nuestro país, teniendo como realidad problemática, según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017), se elaboró una investigación y junto a ello un informe, sobre los problemas mentales en adolescentes, verificando en áreas urbanas, así como también en áreas rurales, pudiendo encontrarse un alto índice en el trastorno depresivo, en segundo lugar teniendo al trastorno de ansiedad generalizada con un índice de 3% y finalmente la ansiedad social que se acerca

mucho al índice anteriormente mencionado, 2.9% verificando que en las áreas urbanas hay mayor incidencia, se puede deducir, relacionándolo con la cantidad de personas en un mismo entorno, donde dentro de este contexto la circulación es agitada.

Se realizó una investigación en colegiales hombres de una I.E. dentro del distrito, donde se obtuvo que un 20.5% tenía ansiedad social moderada y un 2.1%, ansiedad social severa. Se halló que la ansiedad social puede repercutir en el rendimiento académico de cada estudiante, y en su modo de percibir la vida a partir de ello. La ansiedad social regular fue encontrada con mayor prevalencia a los 11 o 12, y en donde se encontró mayor prevalencia de ansiedad social severa, fue a los 13 años. Así también, la predominancia de ansiedad social se da a los 11 años, debido a que tienen máximos niveles de alteración social en conexión con otros factores que repercuten tras su desarrollo inicial. Los pensamientos negativos recurrentes para la ansiedad social son: “tengo miedo a realizar las cosas cuando los demás están observándome”, “porque temo a que me juzguen, evito interactuar con ellos o ejecutar acciones frente a ellos, inclusive el darme a conocer”, “entre mis longevos temores están parecer ridículo o hacer algo que ellos consideren patético”, “me da mucho temor ser criticado” y “haría cualquier cosa para eludir ser criticado”. (Lindo, et.al, 2005)

Si bien es cierto que en nuestra realidad y actualidad existen diversos instrumentos para determinar Ansiedad Social, como, por ejemplo, tenemos los siguientes: Cuestionario de Confianza para hablar en público (PRCS), elaborada por Gilkinson (1942), luego de ello se creó una adaptación resumida por Paul (1966), que fue elaborado para poder medir que reacción con respecto a afecto y conducta se producían cuando se hablaba en público.

Seguido a ello encontramos la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE), donde se pueden desligar dos versiones, Watson y Friend (1969), conformadas por 30 ítems y la versión corta elaborada por Leary (1983), que fue reducido a 12 ítems. El objetivo de la elaboración de la escala fue medir el grado en que las personas se preocupan por lo que los demás pueden decir de ellos, comentarios negativos donde sean ridiculizados. García y López (2001), encontraron resultados positivos dentro de un estudio psicométrico aplicado a otra población.

También tenemos a la escala de Ansiedad y Evitación Social (SAD), elaborada por Watson y Friend (1969), y esta posee 28 ítems. En esta escala también hubo la participación de García y López (2001) quienes obtuvieron un alto índice de fiabilidad (.85) en un estudio psicométrico donde tuvieron a una población adolescente.

Y, por último, está el inventario de ansiedad y fobia social (SPAI), elaborada por los autores, Turner y Beidel (1988), quienes realizaron ello con el objetivo de diagnosticar la Ansiedad Social basándose en los criterios del DSM III en ese entonces.

Es por esto que se considerará la aplicación de la escala de ansiedad social de Liebowitz en estudiantes universitarios de Chimbote, ya que este instrumento evalúa el nivel de ansiedad social y evitación a situaciones sociales, y junto a ello poder obtener resultados confiables y válidos según la consistencia interna y así poder decir que es un instrumento adecuado para la investigación y aportes a futuro.

Entre los trabajos previos a esta investigación podemos descubrir en primer lugar, la labor de Franco y Pérez (2017), que tuvo como meta adaptar y validar en el contexto peruano la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz contando con 42 participantes como muestra de un centro médico netamente de salud mental que tuvieron edades entre 17 y 55 años previamente diagnosticados con la problemática inicial, ansiedad social. Los resultados que se obtuvieron pudieron indicar una confiabilidad alta haciendo uso del alfa de Cronbach. Al igual que el instrumento pasó por verificación para que midiera lo que pretende medir, ya que cuentan con un coeficiente de Aiken todos los ítems planteados en el instrumento.

En segundo lugar, en lista a las experimentaciones psicométricas que fueron validadas, adaptadas y aplicadas al idioma hispanohablante para identificar la ansiedad social podemos hallar el de Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), en segundo lugar Social Anxiety and Distress Scale (Sads) y el Sheehan Disability Inventory, todas adaptadas por Bobes (1999) usando para ellos a 57 participantes con la problemática y 57 participantes salubres, en 4 hospitales psiquiátricos de un país europeo (España). En su investigación, empleó la búsqueda de efectividad comparando los resultados obtenidos en otras escalas correspondientes, tales

como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala Visual Analógica de Euroqol. Al terminar toda la investigación exhaustiva, se pudo hallar que los cuestionarios mencionados anteriormente demostraron en su totalidad el poder almacenar una razonable eficiencia y separaban participantes diagnosticados, de pacientes sin padecer este trastorno.

En tercer lugar, pero no menos importante tenemos el trabajo de Cáez, Sayers y Martínez (2013) quienes validaron el Inventario de Fobia social con 200 pacientes de Puerto Rico como muestra, de todo ello 20 pacientes habían obtenido el diagnóstico de Ansiedad Social y 180 con salubridad mental. Podemos mencionar que los resultados que se obtuvieron poseen una mayor confiabilidad interna, agradable para los investigadores de .95.

Por otro lado, las indagaciones aluden que es un reparo habitual en el contexto peruano, según Fiestas y Piazza (2014) quienes utilizaron la Conferencia Diagnóstica Internacional con una muestra de habitantes limeños, chiclayanos, arequipeños, huancaínos y habitantes de Iquitos, con edades entre 18 y 65 años, y se pudo demostrar que hay mayor prevalencia en la problemática de Ansiedad Social con un índice de 1.4%, y junto con ello que esta problemática presenta una gran comorbilidad.

Asimismo se realizó una investigación para determinar la validez de constructo y la fiabilidad del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO), en Colombia, teniendo como población general a un total de 5477 personas, teniendo así como resultados una validez de constructo de (0.53) y la fiabilidad fue alta, con resultado de .91 por ello se concluyó que este Cuestionario era altamente fiable y válido para aplicarlo en la población colombiana, si se trata de evaluar Ansiedad Social (Salazar, et.al, 2016).

Siguiendo con el tema relacionado al principio del trastorno, se pueden hallar además varias averiguaciones a nivel internacional. Tomando como ejemplo y modelo a Giron y Mellman (1995) quienes por medio de conferencias y haciendo uso del Life Experience Questionnaire y así determinar y evaluar a 32 pacientes con ansiedad social y agorafobia, encontrando un índice elevado de pacientes que mencionaron haber sufrido ASI (Abuso Sexual Infantil), por lo que dedujeron que

hay una correlación entre esta variable con la problemática de Ansiedad Social y otros trastornos que están en común con las relaciones sociales y manejo del entorno.

Finalmente, para investigar la prevalencia mayor, Mclean, et. al. (2012) averiguaron una exposición de 20013 estadounidenses, por lo que usaron el World Mental Health Survey Initiative Version of the World Health Organization Composite International Interview (WMHCIDI), el cual accede a gestar diagnósticos basados en el Manual DSM IV. En base a los antecedentes conseguidos, hallaron un gran índice de predominancia en mujeres que en pacientes masculinos.

Ante todo, lo expuesto con anterioridad, la formulación del problema que se decidió abordar sería la siguiente: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) en estudiantes universitarios del distrito de Chimbote?

Como todo tipo de investigación tiene una causa o motivo de estudio, cabe mencionar que la presente investigación se justifica permitiendo hacer uso de una Escala que es válida y confiable en su totalidad y la cual está habituada al idioma hispanohablante, para que así se pueda trabajar con la población que se estableció, puesto que ello sirve para poder examinar la variable de Ansiedad y por ende como se expresa el comportamiento en un individuo con Ansiedad Social.

A nivel social, posee relevancia que posibilitará ayudar como fuente de información donde los nuevos investigadores podrán adquirir y almacenar nuevos conocimientos relativos a la problemática; y por ello que quieran conocer cuáles son aquellos indicadores de la Ansiedad Social y verificar las características dignas de este diagnóstico, y así poder servir de ayuda para las personas que quieran tener algún antecedente como respaldo.

A nivel teórico, se revisará el modelo en el que se basa el instrumento, en este caso la escala y se adaptará la variable que se estudia (Ansiedad Social), asociándolas a las nuevas teorías o modelos dentro del modelo original, actualizando a que contribuya a largo plazo con nuevas investigaciones o estudios.

Con respecto al nivel metodológico, permitirá adquirir nueva información sobre el constructo y de la escala en grandes aspectos de la investigación en su totalidad,

ya que la información de esta se actualizará con respecto a su validez y confiabilidad, siendo aplicada y adaptada a un contexto y realidad distinta.

Por último, a nivel práctico, se adaptará la Escala aplicada a la población seleccionada que cumpla con las características planteadas, esto permitirá aplicarse en la realidad en la que se va a trabajar, teniendo así un instrumento confiable y válido para su aplicación dentro de la población a trabajar.

Siguiendo con lo demás respecto a la investigación, tenemos como objetivo general, Determinar las Propiedades Psicométricas de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) en estudiantes universitarios del distrito de Chimbote, por ello son dos los objetivos que se plantearon, el primero reside en poder determinar la validez de constructo de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) mediante la correlación entre ítem-test en estudiantes universitarios del distrito de Chimbote y el segundo consiste en determinar la confiabilidad de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), mediante la consistencia interna usando el alfa de Cronbach en estudiantes universitarios del distrito de Chimbote.

## II. MARCO TEÓRICO

La diversidad de información respecto a la ansiedad social es mucha, de las cuales se mencionarán a continuación los siguientes modelos que explican la problemática inicial:

La definición de ansiedad ante situaciones sociales se establece por el DSM V (American Psychiatric Association, 2013), como lo siguiente: “un miedo persistente y predominante ante diversas posiciones en la sociedad o de conducta donde se está expuesta la conducta ante la gente ignorada o al viable rechazo de parte del resto de individuos. El individuo tiene miedo de ejecutar una conducta de alguna u otra manera (o manifestar señales de miedo) que resulte vergonzosa o denigrante para sí mismo”.

En primer lugar, tenemos al Modelo Cognitivo Conductual con distintos autores como Buss (1980), quien propone la exorbitante cuestión estatal de lo que es ansiedad social, siendo los incentivos alusivos con respecto a la valoración en la sociedad mayormente acentuada, que provocan en el individuo en un máximo valor.

Ante todo, debemos mencionar el primer modelo que deriva de lo cognitivo conductual que fue elaborado para determinar la ansiedad social elaborado por Clark y Wells (1995) y poder argumentar, cómo es que la huida de los individuos ante situaciones o experiencias que tienen que ver con el contacto social, permanecen en ellos, cuando desaparece un procedimiento que daría resultado a su salubridad mental. .

Siguiendo con lo expuesto, la propuesta teórica cognitiva de Clark y Beck (2012) indica que los factores de cognición influenciarían en el sostenimiento a largo plazo de la ansiedad al presentar las situaciones sociales como amenazantes, aversivas inciertas e incontrolables para su rendimiento y mejora en la persona.

Bravo y Prados (2014) también hacen referencia al modelo anteriormente citado, es decir acerca de las ideas irracionales y sentimientos nocivos, como indicadores esenciales para derivar un diagnóstico de Ansiedad social, es sumamente fundamental, el modo de pensar. Derivando de lo mencionado, los autores sugirieron usar este modelo de base para el uso de técnicas tales como, la

reestructuración cognitiva y poder junto a ello aplicar la Terapia Cognitiva de Beck, a modo de plan de tratamiento.

Basándonos en el contexto o modelo en este caso, propuesto como modelo cognitivo conductual, se pueden contemplar proposiciones y prototipos que predominan dentro de este, como, por ejemplo:

Tenemos en primer lugar, según Caballo (1995), al modelo bifactorial de Mowrer, donde nos indica que la resolución en el aspecto de las emociones fue obtenida mediante la acción de condicionar al individuo, en otras palabras, cuando se vincula un incentivo que no esté condicionado y una vivencia que produzca miedo. Cuando ya se haya alcanzado la ansiedad social, ésta se mantiene con las actuaciones y conductas de evitar situaciones sociales y huidas próximas a la molestia social, dado que el sujeto busca la inmediata salida de la ansiedad. Mediante el aumento de la ansiedad, se refuerza mucho más la conducta evitativa, entretanto a ello, las ideologías equívocas acerca de las respuestas aterradoras acrecientan junto a escapar de ello.

Sobre el aprendizaje mediante lo observado, Badós (2009) acentúa sobre un tema problemático que sirve de factor a la Ansiedad Social y es cuando los padres que son abrumados o demuestran serlo, por los comentarios o suposiciones de los demás sobre ellos acerca de su comportamiento o actuar frente a ellos, manera de desempeñarse en la sociedad y resaltar actitudes de evitación, permiten el motivo de inquietudes y temores muy parecidos en sus hijos. Siguiendo a ello, Bruch (1989) halló en su investigación que los progenitores de los individuos que padecen de Ansiedad Social, al igual que ellos se inhibían ante la sociedad y sus situaciones diversas.

Por ende, Beck y Emery (1985), también presentan un submodelo donde el esquema cognitivo es sumamente fundamental sobre Ansiedad social, ya que cada punto del esquema dirige al individuo a una solución rápida debido a la hiperactividad fisiológica causada por la ansiedad, y la poca racionalización ante situaciones anteriormente atemorizantes, así como conllevar sesgos en la atención y acumulación de recuerdos aversivos en la memoria.

Por último, encontramos un modelo dado que tiene como supuesto que los individuos con ansiedad ante situaciones sociales se les dan una predominante

consideración de provocar un buen resultado ante el resto de los individuos. Al igual que ven al resto como enormemente juzgadores. Siguiendo a ello, ellos mismos se perciben como si fuesen muy reconocidos ante una experiencia social y fijados en su totalidad por alguien que se mantiene observándolo. Comparando así su faceta de comportarse en esa posición con la manera que reflexionan y toman como "normal en la sociedad" según sus estándares y según lo establecido por las normas. Al hallar diferencias, debido a la comparación interna de ellos haciendo su propio juicio, aumenta la ansiedad (Badós & Saldaña, 1986).

Hace algo de tiempo, unos años, para ser exactos, los trastornos de ansiedad se consideraban como la expresión plena de una emoción, pero está de por sí, era sumamente intensa por lo que su control estaba fuera de nuestro alcance. Probablemente en el aspecto emocional, se podría originar con la causa del terror o miedo excesivo, que son los rasgos e indicadores más sobresalientes de esta problemática (Beck, Emery y Greenberg, 2005, p.57)

En la actualidad, según los índices e investigación muestran que, un alto grado de competencia académica, junto a otros factores, incluyendo la abundancia de integrantes en la familia, han suscitado ansiedad e inestabilidad para los que son autoexigentes y sobreprotegidos en sobremanera. Exponiendo que los trastornos de ansiedad, según Clark y Beck (2012) son el mayor factor de poca vitalidad mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) el dato de personas que sufren de ansiedad aumenta hasta el 50%. Este problema social, que tiene comienzos desde la niñez temprana y parte de la experiencia que va junto al desarrollo de cada persona, y que persiste incluso a inicios de la etapa adulta, se relaciona principalmente con los elementos de ansiedad social y ansiedad generalizada; un gran porcentaje de la localidad adulta experimenta señales de ansiedad en un grado regular, que repercute en su desenvolvimiento en distintas áreas laborales o que involucren con el paso de la experiencia.

Gómez, Casas y Ortega (2016) aluden lo siguiente: "El modo por el que alguien adquiere la fobia social o ansiedad social, corresponde a múltiples variables (puede ser por un roce inmediato a una experiencia de miedo, enseñanza mediante la contemplación, comentarios u orientación poco realista por personas que no saben nada de la vida, o no han experimentado de ello)". Entre todas las causas impera

la existencia de una flaqueza más allá de la experiencia social, sino se podría hablar de una coexistencia biológica, denominada abstención conductual.

Caballo, et. al. (2011) menciona que los que padecen de la problemática resaltada saben que su miedo es desmedido en el rango o nivel de sus ofuscaciones, por llevarse a cabo en las posiciones o experiencias en la sociedad o las mismas respuestas que ellos se anteponen, no presentan un riesgo vital tampoco su moralidad personal. Experimentan al igual un malestar en sus emociones con mucha frecuencia se puede esperar que conlleven actitudes de escape para alivianar el malestar.

Anteriormente era llamado Fobia social pero eso resultaba siendo algo polémico especificar un nombre exacto ya que era poco concebido y aceptado para entonces, actualmente es conocida como Ansiedad social, ya que se concibe más allá de una simple fobia u otro tipo de ansiedad, consecuentemente es más probable que concibamos esta problemática como un complejo trastorno de ansiedad social, en vez que fobia social, porque puede redirigirse y entenderse mejor ante un investigador u observador de dicha problemática. Este cambio de nombre es puesto al igual para evitar que se relacione la Fobia Social y el trastorno de personalidad por evitación y así generar confusiones. (Fernández y Sierra, 2006).

Como inicio del pensamiento en la persona, esta tiene perspectivas muy agrandadas de cómo la gente lo verá si procede de determinada manera. Los rangos propuestos por cada individuo en su proceso cognitivo, en este caso, pensamientos relativamente altos, han pasado por un proceso de comprobación en distintas investigaciones o estudios (Cano, et.al, 2011)

Pitoni y Rovella (2013) hallaron un soporte a esta noción, cuando hallaron que entre la ansiedad social y el ser perfeccionista guarda una mayor relación. Siguiendo a ello, el individuo mantiene ideologías poco racionales acerca de qué pasaría si los altos estándares antes referidos no pudieran cumplirse. Tomando a modo de ejemplificación, el individuo reflexiona que lo que lo rodean se percatarán de sus muestras o señales de la ansiedad ante la sociedad y lo tomarán como “ridículo”. Por último, los individuos exageradamente precipitados poseen apreciaciones intratables hacia sí mismos.

Badós (2001), por otra parte, menciona algunas conductas físicas que se muestran cuando hay ansiedad con respecto al entorno social como: náuseas, mareos, excesivo sudor en distintas partes del cuerpo; por último las conductas más comunes que usan las personas fóbicas sociales para evadir situaciones de lo mencionado son: el decir cosas irracionales, tono de voz disminuido comparando con el resto, gestos o muecas en el rostro poco “normales”, postura muy rígida y tosca, encorvamiento, poca gestualización con respecto al tema que se habla o contenido poco interesante ante una conversación.

Los defectos más habituales, son los siguientes: “a) fijar la atención y concentración de la persona con respecto a cada cosa que él haga será vista por todos, siendo el centro de atención y burla; b) Tener el pensamiento recurrente de que su auto concepto lo define el resto, relativos a perspectivas exentas a las suyas, tomándolas como propias de su persona, sin tener autenticidad o conocimiento propio; c) recordar siempre las relaciones sociales con las que tuvo desaciertos por burlas; d) Cuando las destrezas del sujeto son menospreciadas en posiciones o situaciones que giren en torno a lo social; e) Un gran exaltamiento anteponiéndose a los sucesos negativos que se le podrían enfrentar a él, y f) iniciar una gran cifra de pareceres pesimistas” (Badós, 2009).

Las personas con alto rasgo de ansiedad tienden a ver los estímulos del exterior como amenazantes y estresantes, por ende, colocan poca atención a los propios recursos de afrontamiento. El pobre control atencional incrementa directamente a que se activen los componentes del sistema nervioso autónomo y en consecuencia dar como resultado el origen de la Ansiedad Social (Craske y Pontillo, 2001; Curtis, Kimball, y Stroup, 2004; Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier, 2000).

Gonzales (2000) menciona que los jóvenes tienen ese miedo a como el resto de las personas pueda notar su ansiedad al estar frente a ellos, mediante signos o síntomas que puedan denotarse en el individuo, en este caso, denotarían mucho más los signos como enrojecimiento o temblor en las manos, e incluso sudoración. Así también ejemplifica el cómo la autoimagen del individuo afecte a nivel emocional o social, en este caso dónde se sienta más proclive a recibir burlas, por ende, evita relacionarse con las personas de su entorno por miedo a ser avergonzado o recibir críticas destructivas.

Dentro de los tratamientos que han sido estudiados profundamente, que son utilizados para el tratamiento de ansiedad social son: a) el entrenamiento en habilidades sociales, para mejor desenvolvimiento dentro de su entorno b) las estrategias de exponer al individuo a situaciones sociales poco a poco hasta que logre acostumbrarse, c) las técnicas de reestructuración cognitiva, para minimizar y eliminar ideas o creencias irracionales y d) la unión de dos técnicas como, la exposición y reestructuración cognitiva, junto a la relajación y respiración adecuada, para manejo de ansiedad (Ahmed y Westra, 2009).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

La investigación se encuentra dentro de un nivel básico, ya que implica inquirir o buscar cogniciones acerca de las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad del instrumento, de igual modo, el tipo de investigación que se utilizará será el instrumental, siendo el enfoque de tipo cuantitativo. (Montero & León, 2001).

### 3.2. Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición
Ansiedad social	Badós (2002), menciona que la ansiedad social se caracteriza por un miedo muy fuerte y recurrente ante situaciones o experiencias por vivir que están involucrados con el ámbito social o el desenvolverse delante de otros espectadores, por ende, surge la evitación.	Este tipo de ansiedad produce un malestar clínico significativo para el que la padece, según indica Badós (2009), ya que si no fuera así solo se hablaría de un nerviosismo o timidez a leves rasgos, por ende, la problemática se reproduce con la evitación de realizar conductas a la vista de los demás y la ansiedad en la creación de ideas irracionales y devaluación por parte de los demás, que llegan a ser espectadores, y ante los ojos de los que padecen la problemática, los “juzgadores”.	Ansiedad (Ítems 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24)  Evitación (Ítems 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24)	Escala Ordinal

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

- **Población**

La población fue conformada por estudiantes universitarios pertenecientes a universidades del distrito de Chimbote.

- **Muestra y muestreo**

La muestra estuvo conformada por 150 estudiantes universitarios, así mismo el muestreo que se utilizará será de tipo no probabilístico- intencional por conveniencia.

Este tipo de muestreo se utiliza cuando la muestra es muy pequeña por factores que predisponen de ello, nos permite escoger aquellos casos con mayor accesibilidad en la que los sujetos logren aceptar su incorporación dentro de la investigación (Sampieri, 2017).

Dentro de los criterios de inclusión tenemos lo siguiente:

- La edad promedio de los participantes debe radicar entre los 17 a 65 años y se incluirá a ambos sexos.
- Los estudiantes deberán formar parte de los centros de estudio que están plasmado dentro de la investigación.
- Los estudiantes que acepten resolver de manera voluntaria la escala, mediante el consentimiento informado.

Por otro lado, los criterios de exclusión serán dos:

- Aquellos estudiantes que no estén dentro del rango de edad pertinente.
- Los docentes estarán exentos de participar.

### **3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad**

La técnica que se empleará será la de la encuesta y el instrumento para recolectar los datos será la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), desarrollado por Liebowitz quien dentro del instrumento puede diferenciar la ansiedad social de una timidez, es por ello que en la ficha técnica está especificado que la escala consta de 24 ítems en una escala de tipo Likert, con puntuaciones semejantes para ambas variables, “ansiedad”, 0 (Nada), 1 (Un poco), 2 (Bastante) y 3 (Mucho); por otro lado “evitación”, 0 (Nunca), 1 (En ocasiones), 2 (Frecuentemente) y 3 (Habitualmente) , esta fue elaborada y diseñada para poder ser aplicada en una población juvenil y adultos, con edades entre 17 a 65 años, su tipo de aplicación puede ser individual o grupal, por otro lado conlleva dos dimensiones designadas como Ansiedad y Evitación.

Para poder determinar la consistencia interna de la Escala de Ansiedad de Liebowitz, se pudieron tomar otras sub-escalas en cuenta, las cuales son SDI y SADS. Luego de poder analizar y examinar las sub-escalas, se pudo obtener una alta correlación de ( $r=,70$ ). Luego de poder analizar y evaluar las sub escalas de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, con otras escalas para evaluar la problemática mencionada, se alcanzó una consistencia mayor al mencionado ( $r=,72$ ), indicando una relación satisfactoria entre todos los instrumentos mencionados.

Por otro lado, en España se hizo una correlación entre la escala de Ansiedad Social del Liebowitz y la escala “Social Anxiety and Distres Scale” (SADS), de la cual se pudo obtener un coeficiente de correlación de Pearson superior al promedio en todas sus sub-escalas ( $r>0.70$ ).

### **3.5. Procedimientos**

La aplicación se dará de manera virtual, mediante los “Formularios de Google”, debido a las limitaciones por la cuarentena dado por el COVID-19, se procederá a invitar a que cada estudiante universitario de Chimbote, pueda resolver la Escala adaptada virtualmente. Antes de comenzar se especifica un consentimiento informado para proceder a resolver los ítems planteados, una vez terminado se agradece la participación de cada uno de ellos.

### **3.6. Método de análisis de datos**

El proceso de análisis se llevó a cabo por medio del paquete estadístico AMOS, en su versión 24.0, este es un complemento del programa estadístico SPSS, cuyo programa contiene técnicas relativas a lo que se conoce como modelos estructurales, análisis de matrices de covarianzas o modelos causales, se aplica en casos especiales incluyendo en si modelos lineales generales y análisis factorial clásico, lo que (Hernández, 2003) menciona que la estadística descriptiva es el tipo estadístico por medio de la cual se analiza cada una de las variables que se trabaja para luego describirla relación que existen entre ellas, por lo que en cuanto a validez se obtendrá el análisis factorial confirmatorio de la escala en general, así mismo, para determinar confiabilidad, se procederá a obtener el alfa de Cronbach.

### **3.7. Aspectos éticos**

Wood (2008), dentro de los Fundamentos de la Investigación psicológica menciona los siguientes aspectos éticos, que en primer lugar sería dar a conocer a los participantes, sobre los aspectos que involucren saber de la investigación, al igual que como estos facilitan a un posible resultado y la relación de los criterios con un posible diagnóstico (Consentimiento informado), al igual que se respetará la libertad de todos los participantes si estos se niegan a participar o desean desertar de la aplicación, si es así como lo desean y por último será reservada la información mostrada, y responsable en cuanto a la información brindada del participante. (Confidencialidad).

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 2**

**Media, desviación estándar, asimetría y curtosis e índices de correlación R corregido de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)**

Dimensiones	Ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis	$r_{itc}$
Ansiedad	1	,56	,660	1,052	1,177	,491
	2	,61	,693	1,056	1,251	,565
	3	,57	,814	1,482	1,677	,489
	4	,65	,811	1,252	1,193	,486
	5	,97	,737	,563	,378	,628
	6	1,35	,912	,276	,682	,575
	7	,57	,727	1,176	1,056	,570
	8	1,01	,875	,706	-,026	,737
	9	,71	,830	1,080	,640	,634
	10	1,03	,890	,643	-,222	,640
	11	1,01	,855	,640	-,092	,626
	12	,83	,878	,936	,254	,665
	13	,99	1,033	,791	-,519	,465
	14	1,14	,905	,544	-,382	,780
	15	1,17	,988	,490	-,750	,705
	16	1,01	,815	,515	-,182	,718
	17	,75	,851	1,028	,470	,555
	18	,77	,789	,856	,322	,666
	19	,94	,929	,783	-,200	,610
	20	,95	,780	,598	,139	,532
	21	1,39	,989	,364	-,897	,620
	22	1,07	,991	,649	-,571	,630
	23	,90	,961	,893	-,130	,661
	24	,75	,882	1,101	,539	,557
Evitación	1	,91	,827	,813	,374	,428
	2	,67	,757	1,113	1,152	,547
	3	,67	,849	1,167	,634	,464
	4	,93	,991	,778	-,485	,439
	5	,90	,817	,710	,101	,558
	6	1,03	,904	,609	-,363	,597
	7	,92	,973	,827	-,313	,464
	8	,91	,904	,780	-,149	,687
	9	,77	,868	1,020	,407	,547
	10	1,11	1,040	,533	-,893	,666
	11	1,01	,976	,587	-,710	,559
	12	,83	,878	,936	,254	,524
	13	1,19	1,133	,509	-1,140	,450
	14	1,04	,968	,548	-,719	,717
	15	1,25	,984	,412	-,805	,634
	16	,98	,878	,581	-,392	,688
	17	,31	,646	2,312	5,409	,410
	18	,72	,795	1,034	,753	,586

Dimensiones	Ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis	r <sub>itc</sub>
	19	,95	,972	,628	-,718	,535
	20	,57	,680	1,055	,951	,488
	21	1,31	1,029	,289	-1,041	,546
	22	1,07	1,014	,569	-,801	,598
	23	1,24	1,168	,442	-1,284	,551
	24	1,10	1,085	,565	-,986	,528

*Nota:* DE=desviación estándar; r<sub>itc</sub>=índice de correlación R corregido

En la tabla 1, se observa que la media aritmética de los puntajes en los ítems varía entre ,31 y 1,39; el grado de dispersión de los puntajes de cada ítem con respecto a la media aritmética oscila entre ,660 y 1,168; solo el 6,25% de los ítems presentan valores de asimetría entre -,5 a ,5; es decir tienden a cero por lo tanto son simétricos, el resto de ítems presentan asimetría positiva, luego el 39,6% de los ítems presentan distribución simétrica (curtosis -,5 y ,5); y la mayor cantidad de ítems restantes presentan menor concentración en la región central de la distribución es decir tienen distribución platicúrtica, al evaluar de manera conjunta ambas medidas en los ítems se intuye que las puntuaciones de los mismos no tienden a una distribución normal y por último se observa que la correlación ítem-test varían entre ,410 y ,780 por lo que el nivel de discriminación de todos los ítems es aceptable (>.30) es decir, todos los ítems miden lo mismo que en toda la escala.

**Tabla 3**

**Estadísticos de fiabilidad de consistencia interna de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS).**

Escala	M	DE	Asimetría	Curtosis	N ítems	A	IC de Confianza (95%)	
							Lim. Inf.	Lim. Sup.
Ansiedad	21,72	13,39	,723	,331	24	,939	,924	,953
Evitación	22,26	13,29	,569	-,256	24	,921	,901	,938

Nota: DE=desviación Estándar;  $\alpha$ =coeficiente Alfa; M=Media; IC=Intervalos de Confianza; Lim. Inf.=Límite Inferior; Lim. Sup.= Límite Superior

**Descripción:**

En los resultados de la tabla 2 se observa que el promedio de las puntuaciones en las dimensiones (ansiedad social y evitación) de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) son 21,72 y 22,26; siendo el grado de dispersión de los puntajes con respecto a su media aritmética en cada dimensión 13,39 y 13,29; además ninguna dimensión tiende a una distribución normal (asimetría y curtosis está fuera de los límites  $\pm,5$ ). El coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach en todas las dimensiones es mayor o igual a ,90 por lo que la escala es altamente confiable.

## V. DISCUSIÓN

En la presente investigación se tuvo como objetivo principal el determinar las Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), en estudiantes universitarios del distrito de Chimbote, tomando en cuenta 4 de estas instituciones, y teniendo como muestra a 150 estudiantes; dando como resultado una validez adecuada y una alta confiabilidad para la escala en ambas dimensiones.

El primer objetivo de la investigación fue determinar la validez de constructo de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) mediante la correlación ítem-test en estudiantes universitarios del distrito de Chimbote, y para ello se llevó a cabo el análisis de los ítems (tabla 1), y así pudiendo evidenciarse una media del ítem 6 (M- 1,35) siendo la más alta y del ítem 17 (M- ,31) siendo así la más baja. Así como también la desviación estándar del ítem 23 (DE- 1,168) demostrando ser la puntuación más elevada y por otro lado la desviación estándar del ítem 17 (DE- ,646) obteniendo la puntuación más baja. Pasando al siguiente punto se evidencia la asimetría y la curtosis, cuyos rangos de asimetría oscilan entre ,364 a 2,312; así como la curtosis cuyos rangos varían entre -1,677 a 5,409, demostrando así que las puntuaciones de los ítems no tienden a una distribución normal. Además, se observa también que, en dicha tabla, la correlación ítem-test de la dimensión ansiedad varían de ,486 a ,780; por otro lado en la dimensión evitación varía entre ,410 a ,717; determinando así que el nivel de discriminación de todos los ítems es aceptable ( $>.30$ ) por lo que todos los ítems miden lo mismo que toda la escala en general; contrastando con la investigación de Salazar, et. Al (2016), donde utilizaron una población amplia en el país de Colombia generando una validez mayor de .30, siendo de .53, siendo válido al aplicar.

Como segundo objetivo, tenemos el determinar la confiabilidad de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), mediante la consistencia interna usando el alfa de Cronbach, con la cual se obtuvo que la media de la primera dimensión de ansiedad obtuvo un puntaje de 21,72 y en la dimensión de evitación obtuvo 22,26 en la media. Por otro lado, la Desviación Estándar de la primera dimensión de ansiedad tuvo como puntaje 13,39 y en la segunda dimensión de evitación

obtuvo 13,29 de puntaje. Siguiendo con la asimetría se obtuvo para la primera dimensión un puntaje de ,723 y en la segunda ,569; lo que corresponde a curtosis se obtuvieron los puntajes de ,331 para la primera dimensión y -,256 para la segunda. Finalmente el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach para ambas dimensiones obtuvo un puntaje mayor a .90 es decir que la escala es altamente confiable; con relación a esto, se verificó que los autores Cáez, Sayers y Martínez (2013) quienes validaron el Inventario de Fobia social con 200 pacientes de Puerto Rico como muestra, ya que consideraron que una muestra compuesta de mínimo 100 participantes podía garantizar que la confiabilidad de su instrumento sea la adecuada, al igual que la presente investigación; obtuvieron así una confiabilidad alta de .95.

Finalmente teniendo en cuenta los resultados obtenidos de manera científica con respecto a las Propiedades psicométricas de la escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), en estudiantes universitarios de Chimbote, se puede concluir que el instrumento aplicado a dicha población es confiable para su próxima aplicación en universitarios a nivel nacional, con características homogéneas, para su respectivo estudio y análisis.

Por ello, esta investigación es una base para futuras investigaciones, sirviendo así como antecedente o guía para investigaciones futuras, al igual que pasarán por diversos procesos de análisis y verificar su validez y confiabilidad con realidades distintas, comprobando si se surgen cambios posteriores a ello.

## **VI. CONCLUSIONES**

- Se determinó la correlación ítem- test de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), donde los valores alcanzados reflejan una valoración adecuada.
- Se delimitó la confiabilidad de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, evidenciando así un valor aceptable.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda realizar la validez convergente, mediante la correlación con otras pruebas que midan el mismo constructo, para futuras investigaciones.
- Finalmente se recomienda utilizar el coeficiente de estabilidad temporal, para verificar la confiabilidad en próximas indagaciones o investigaciones.

## REFERENCIAS

Ahmed, M. y Westra, H. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*.33, 314–322.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10608-008-9182-1.pdf>

American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*. Barcelona: Masson.

Badós, A. & Saldaña, C. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. [tesis doctoral. Universidad de Barcelona]. Repositorio Institucional UB. <https://crai.ub.edu/es/recursos-de-informacion/repositorios-digitales>

Bados, A. (2001). *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.

Bados, A. (2002). *Fobia Social y tratamiento*. Madrid: Síntesis.

Bados, A. (2009). *Fobia social: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.

Beck, A. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. Emery, G. y Greenberg, R. (2005) *Trastorno de Ansiedad y Fobias – Una perspectiva cognitiva*. Bilbado, España: Descleé De Brouwer, S.A.

Bobes, J., et.al. (1999). Validación de las versiones en Español de los cuestionarios de Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distres Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Instituto de Salud Pública de Cataluña*. 112, 530-540.

<https://es.scribd.com/document/317472189/1999-Bobes-Validacion-MedClinica>

Bravo, M & Prados, S. (2014). *Trastorno de ansiedad social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Buss, A. (1980). *Self-Consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.

- Caballo, V. (1995). *Fobia Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V., Salazar, I., García, I. & Arias, M. (2011). *Fobia Social*. En (Caballo, I & Carrobles, J.). Madrid: Pirámide.
- Cáez, K., Sayers, S. & Martínez, A. (2013). Validación del Inventario de Fobia Social en una muestra de personas con trastornos de ansiedad social en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 24, 1-11.  
<http://redalyc.org/pdf/2332/233229143001.pdf>
- Cano, A., Dongil, E., Salguero, J. & Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información Psicológica*. 102, 4-27.  
[https://dialnet-IntervencionCognitivoconductualEnLosTrastornosDeAn-6759325%20\(1\).pdf](https://dialnet-IntervencionCognitivoconductualEnLosTrastornosDeAn-6759325%20(1).pdf)
- Clark, D & Beck, A. (2012). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. En (Heimberg, M., et.al). New York: Guilford Press
- Craske, M. y Pontillo, D. (2001). Sesgos cognitivos en los trastornos de ansiedad y su efecto en el tratamiento cognitivo-conductual. *Boletín de la Clínica Menninger*. 65, 58-78.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742011000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000200007)
- Curtis, R., Kimball, A. y Stroup, E. (2004). Comprensión y tratamiento de la fobia social. *Revista de asesoramiento y desarrollo*. 82, 3-9.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00279.x>
- Fernández, A & Sierra, J. (2006) Ansiedad y Fobia Social: Revisión de los Autoinformes más Utilizados en Población Adulta e Infanto-Juvenil. *Terapia Psicológica*. 24, 71-86.  
<https://www.redalyc.org/pdf/785/78524108.pdf>
- Fiestas, F & Piazza, M. (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental,

2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 39-47. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a05v31n1.pdf>

Franco, R. & Pérez, C. (2017). *Adaptación y validación de la escala de ansiedad social de Liebowitz en muestra clínica de un hospital estatal*. [tesis de licenciatura. Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP

[http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1156/TESIS\\_PEREZ-FRANCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1156/TESIS_PEREZ-FRANCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

García, L & López, L. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 23, 51-59.

<https://www.redalyc.org/pdf/337/33701005.pdf>

Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in college speech classes. *Speech Monographs*. 9, 141-160.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03637754209390068?journalCode=rcmm19>

Giron, A. y Mellman, T. (1995). Panic-phobic patients and developmental trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*. 56, 113-7.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7883729/>

Gómez, O., Casas, C. & Ortega, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Behavioral Psychology*. 24, 29-49.

[https://www.researchgate.net/publication/301895068\\_Ansiedad\\_social\\_en\\_la\\_adolescencia\\_factores\\_psicoevolutivos\\_y\\_de\\_contexto\\_familiar/link/572c386708ae2efbfbdbde197/download](https://www.researchgate.net/publication/301895068_Ansiedad_social_en_la_adolescencia_factores_psicoevolutivos_y_de_contexto_familiar/link/572c386708ae2efbfbdbde197/download)

Gonzales, R. (2000). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope F. y Schneier (2000). *Fobia Social: Diagnostico, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.  
<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2079/1/Tesis%20Astrid%20Acevedo.pdf>
- Hernández, R. (2003). *Fobia social en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). *PERÚ, Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2017*.  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1526/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/libro.pdf)
- Leary, M. R. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*. 47, 66-75.  
[https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa4701\\_8](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa4701_8)
- Lindo, L., Vega, J., Lindo, M. & Cortés, J. (2005). Prevalencia de síntomas de fobia social en adolescentes varones del colegio Salesiano de Breña. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 68, 228-240.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3720/372039388011.pdf>
- McLean, C., Asnaani, A., Litz, B. y Hoffmann, S. (2012). Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *Journal of Psychiatric Research*. 45, 1027-1035.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135672>
- Montero, I. & León, O. (2001). Usos y costumbres metodológicos en la Psicología española: un análisis a través de la vida de Psicothema. *Psicothema*. 13, 671-677.  
<http://www.psicothema.com/pdf/495.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias* [guía].  
[https://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/es/)

- Organización Mundial de la Salud (2016). *Salud mental del adolescente* [guía].  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Paul, G. (1966). Insight vs. desensibilization in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*. 31, 333–348.  
<https://psycnet.apa.org/record/1967-13751-001>
- Pitoni, D & Rovella, A. (2013). Ansiedad y perfeccionismo: su relación con la evaluación académica universitaria. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 2, 329-341.  
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29228336009.pdf>
- Ramírez, C. & Reyes, N. (2018). *Diseño de un manual de detección de ansiedad social en adolescentes*. [tesis de licenciatura. Universidad Católica de Colombia]. Repositorio Institucional UCC.  
<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/15921/1/Dise%C3%B1o%20de%20un%20manual%20de%20detecci%C3%B3n%20de%20ansiedad%20social%20en%20adolescentes.pdf>
- Salazar, I., Caballo, V., Arias, B. (2016). Validez de constructo y fiabilidad del «Cuestionario de ansiedad social para adultos» (CASO) en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 48, 98-107.  
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80544784003.pdf>
- Sampieri, R. (2017). *Metodología de la investigación*. (6ta. ed). Mc. Graw Hill Education.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). Some further comments on the measurement of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*. 26, 411- 413.  
[https://www.researchgate.net/publication/231180905\\_Beidel\\_DC\\_Turner\\_S\\_M\\_Morris\\_TL\\_Behavioral\\_treatment\\_of\\_childhood\\_social\\_phobia](https://www.researchgate.net/publication/231180905_Beidel_DC_Turner_S_M_Morris_TL_Behavioral_treatment_of_childhood_social_phobia)

Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety.  
*Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 33, 448-457.

<https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=462>  
[161](#)

Wood, R. (2008) *Cognitive Structures and Processes in Cross Cultural Management*. UK: Sage

## ANEXOS

### Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Universidad: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación se presenta la Escala de Ansiedad Social, dividida en dos partes. Coloca el puntaje según corresponda, recuerda que una es complemento de la otra.

<b>Miedo o ansiedad</b>	<b>Evitación</b>	
0. Nada de miedo o ansiedad 1. Un poco de miedo o ansiedad 2. Bastante miedo o ansiedad 3. Mucho miedo o ansiedad	0. Nunca lo evito (0 %) 1. En ocasiones lo evito (1-33 %) 2. Frecuentemente lo evito (33-67 %) 3. Habitualmente lo evito (67-100 %)	
	<b>Miedo/ Ansiedad</b>	<b>Evitación</b>
1. Llamar por teléfono en presencia de otras personas		
2. Participar en grupos pequeños		
3. Comer en lugares públicos		
4. Beber con otras personas en lugares públicos		
5. Hablar con personas que tienen autoridad		
6. Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público		
7. Ir a una fiesta		
8. Trabajar mientras le están observando		
9. Escribir mientras le están observando		
10. Llamar por teléfono a alguien que usted no conoce demasiado		
11. Hablar con personas que usted no conoce demasiado		
12. Conocer a gente nueva		
13. Orinar en servicios públicos		
14. Entrar en una sala cuando el resto de la gente ya está sentada		
15. Ser el centro de atención		
16. Intervenir en una reunión		
17. Hacer un examen, test o prueba		
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas que usted no conoce demasiado		
19. Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado		
20. Exponer un informe a un grupo		
21. Intentar «ligarse» a alguien		
22. Devolver una compra a una tienda		
23. Dar una fiesta		
24. Resistir a la presión de un vendedor muy insistente		

**Gracias por su participación.**

**Tabla 4**

**Prueba de normalidad multivariante de las puntuaciones de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)**

	Test de Mardia	
	Estadístico	p-valor
Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)	20,05	,000

La prueba de normalidad multivariante del test de Mardia tiene el p-valor (,000) menor a 0,05 por lo que las puntuaciones no tienden a una distribución normal multivariante.

## MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición
Ansiedad social	Badós (2002), menciona que la ansiedad social se caracteriza por un miedo muy fuerte y recurrente ante situaciones o experiencias por vivir que están involucrados con el ámbito social o el desenvolverse delante de otros espectadores, por ende, surge la evitación.	Este tipo de ansiedad produce un malestar clínico significativo para el que la padece, según indica Badós (2009), ya que si no fuera así solo se hablaría de un nerviosismo o timidez a leves rasgos, por ende, la problemática se reproduce con la evitación de realizar conductas a la vista de los demás y la ansiedad en la creación de ideas irracionales y devaluación por parte de los demás, que llegan a ser espectadores, y ante los ojos de los que padecen la problemática, los “juzgadores”.	Ansiedad (Ítems 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24)  Evitación (Ítems 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24)	Escala Ordinal

## **CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE LIEBOWITZ (LSAS)**

Al analizar la consistencia interna de la Escala de Ansiedad de Liebowitz también se tomaron en cuenta las sub-escalas de dos instrumentos más (SDI y SADS). Al examinar las sub-escalas de la Escala Ansiedad Social de Liebowitz se obtuvo una correlación alta ( $r = ,70$ ) excepto la obtenida entre las sub-escalas distintas en cuanto a la situación de actuación en público frente a interacciones sociales. Al analizar las sub-escalas del LSAS con los otros instrumentos ya mencionados se obtuvo que los coeficientes de la consistencia interna obtenidos fueron altos ( $r = 0,72$ ), lo que indica que existe una adecuada homogeneidad entre cuestionarios.

En la versión española se correlacionó la escala de Ansiedad Social del Liebowitz con la escala "Social Anxiety and Distres Scale" obteniéndose el coeficiente de correlación de Pearson alto ( $r > 0.70$ ) para todas las sub-escalas. Asimismo, para encontrar la validez discriminante se tomó en cuenta las pruebas LSAS y SADS a pacientes diagnosticados con ansiedad social y no clínicos obteniéndose como resultados que los pacientes diagnosticados de fobia social presentaron mayor ansiedad y evitación social que los sujetos sanos según 37 las puntuaciones obtenidas en todas las sub-escalas de los cuestionarios LSAS y SADS ( $p < 0,001$ ) Bobes (1999).

## ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ (VIRTUAL)

### ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ (LSAS) ✕ ⋮

¡Bienvenido!. Soy la investigadora Melissa Chauca, estoy cursando el último ciclo de la carrera de psicología en la Universidad César Vallejo, Chimbote - Perú, la finalidad de la aplicación de este cuestionario es para obtener el título profesional de licenciada en Psicología, el objetivo de la investigación es obtener las propiedades psicométricas y a su vez contribuirá para futuras investigaciones en los que se trate el tema de "Ansiedad social", es por ello que quisiera contar con tu valiosa participación, esta información recogida se utilizará únicamente para los propósitos de este estudio.

El proceso completo consiste en la aplicación de esta escala con una duración de aproximadamente 30 minutos.

Email de autora:

[melissaivettchauca@gmail.com](mailto:melissaivettchauca@gmail.com)

Dirección de correo electrónico \*

Dirección de correo electrónico válida

Este formulario recopila direcciones de correo electrónico. [Cambiar la configuración](#)

¿Doy mi total consentimiento para que la información que yo brinde al llenar este cuestionario, pueda ser usada con propósitos únicamente profesionales? \*

Sí

No