



**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja

**Universidad Nacional de Loja  
Facultad de la Salud Humana  
Carrera de Psicología Clínica**

**Alexitimia y ansiedad social en estudiantes de primer año de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja**

Trabajo de integración curricular  
previo a la obtención del Título de  
Licenciada en Psicología Clínica

Autora:

Kelly Dayana Cevallos Yaguana

Directora:

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

Loja - Ecuador

2023

## Certificación



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

### Certificación

Loja, 17 de marzo de 2023

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del Trabajo de Integración Curricular titulado: **“Alexitimia y ansiedad social en estudiantes de primer año de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.”** de autoría de la estudiante **Kelly Dayana Cevallos Yaguana**, con CI: 1105260580, como requisito para la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica. Confirmando que dicho trabajo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas correspondientes a esta actividad académica. En consecuencia, certifico que el trabajo de integración curricular ha sido **culminado y aprobado**, autorizando así la continuación del proceso de titulación.



CLAVADO ELECTRONICO 0001  
MAYRA DANIELA  
MEDINA AYALA

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

## Autoría

### Autoría

Yo, **Kelly Dayana Cevallos Yaguana**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de este. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma: 

**Cédula de identidad:** 1105260580

**Fecha:** 17 de abril de 2023

**Correo electrónico:** [kelly.cevallos@unl.edu.es](mailto:kelly.cevallos@unl.edu.es)

**Teléfono:** 0990690023

## Carta de autorización de publicación

### Carta de autorización de publicación

Yo, **Kelly Dayana Cevallos Yaguana**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Alexitimia y ansiedad social en estudiantes de primer año de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja**, como requisito para optar por el título de **Licenciada en Psicología Clínica** autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diecisiete días del mes de abril, del año dos mil veintitrés.

Firma: 

**Autora:** Kelly Dayana Cevallos Yaguana

**Cédula:** 1105260580

**Dirección:** Ciudadela Celi Román, Carlos Román y Vicente Paz, Loja

**Correo electrónico:** kelly.cevallos@unl.edu.es

**Teléfono:** 0990690023

### Datos Complementarios:

**Directora de Trabajo de Integración Curricular:** Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a las personas más importantes de mi vida, mi familia. En primer lugar, a mis padres Myrian y Robert, quienes han sido mis pilares en todo momento y han apoyado cada uno de mis sueños y metas. Gracias por haberme brindado su amor incondicional, por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia, y por ser un ejemplo constante de fortaleza y dedicación. También quiero agradecer a mi hermano Jhoe por su apoyo y compañía a lo largo de todo este camino. Finalmente, dedico este trabajo y expreso mi más sincero agradecimiento a toda mi familia en general, quienes han sido mi fuente de inspiración y motivación en cada paso que he dado.

Asimismo, no quiero olvidar a Deiver y Ale, quienes me enseñan constantemente la importancia de ser fiel a mí misma en todo lo que emprendo, me siento afortunada de tenerlos en mi vida. Y a mis estimados amigos Andrés, kelvin y Kevin que con su entusiasmo y alegría me han acompañado constantemente, haciéndome sentir dichosa de contar con su amistad incondicional.

*Kelly Dayana Cevallos Yaguana*

## **Agradecimientos**

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, en especial a la Facultad de la Salud Humana y a la carrera de Psicología Clínica, por su importante contribución en mi formación académica y profesional.

A mi directora del Trabajo de integración curricular, la Psc. Cl. Mayra Medina, por sus apreciadas explicaciones, sugerencias y apoyo brindado durante el desarrollo de esta investigación. Asimismo, extendo mi gratitud a la gestora de la Carrera de Psicología Clínica, la Dra. Ana Puertas, y a mis profesores en general, por sus aportaciones en mi desarrollo académico.

También extendo mi sincero agradecimiento a todos los estudiantes de primer año de las diferentes carreras de la Facultad de la Salud Humana por su participación en esta investigación, sin la cual no habría sido posible llevarla cabo.

*Kelly Dayana Cevallos Yaguana*

## Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación .....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iii
Dedicatoria .....	iv
Agradecimientos.....	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de tablas.....	ix
Índice de anexos .....	x
1. Título .....	1
2. Resumen .....	2
3. Introducción.....	4
4. Marco teórico.....	6
4.1. Capítulo I: Alexitimia .....	6
4.1.1. Antecedentes históricos.....	6
4.1.2. Concepto y definición de alexitimia.....	7
4.1.3. Clasificación de la alexitimia .....	8
4.1.4. Epidemiología de la alexitimia.....	9
4.1.5. Etiología de la alexitimia.....	9
4.1.6. Características clínicas .....	11
4.1.7. Evaluación y diagnóstico de la alexitimia.....	14
4.1.8. Intervención para la alexitimia .....	14
4.1.9. Alexitimia en estudiantes universitarios .....	16
4.2. Capítulo II: Ansiedad social.....	18
4.2.1. Antecedentes históricos.....	18
4.2.2. Conceptos y definición de ansiedad social.....	18
4.2.3. Clasificación de la ansiedad social.....	20
4.2.4. Epidemiología de la ansiedad social .....	20
4.2.5. Modelos explicativos sobre ansiedad social.....	21
4.2.6. Etiología de la ansiedad social .....	25
4.2.7. Características clínicas .....	25
4.2.8. Consideraciones según el DSM-5 y CIE-10 .....	27
4.2.9. Evaluación y diagnóstico de la ansiedad social .....	29
4.2.10. Intervención para la ansiedad social .....	30

4.2.11. Ansiedad social en estudiantes universitarios.....	32
5. Metodología.....	33
5.1. Área de estudio.....	33
5.2. Enfoque de investigación .....	33
5.3. Diseño de investigación .....	33
5.4. Tipo de investigación .....	33
5.5. Población y muestra .....	33
5.5.1. Población.....	33
5.5.2. Muestra.....	33
5.6. Criterios de inclusión y exclusión .....	34
5.6.1. Criterios de inclusión .....	34
5.6.2. Criterios de exclusión.....	34
5.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	34
5.8. Consideraciones éticas .....	36
5.9. Procedimiento y análisis de datos .....	37
5.9.1. Procedimiento por objetivos.....	37
5.9.2. Análisis de datos.....	37
6. Resultados.....	39
7. Discusión .....	55
8. Conclusiones.....	59
9. Recomendaciones .....	60
10. Bibliografía .....	61
11. Anexos.....	74



## Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de universitarios del primer año según variables sociodemográficas	34
Tabla 2. Correlación entre alexitimia y ansiedad social en estudiantes universitarios .....	39
Tabla 3. Distribución de alexitimia en estudiantes universitarios de primer año .....	40
Tabla 4. Distribución de ansiedad social en estudiantes universitarios de primer año .....	40
Tabla 5. Plan de tratamiento psicológico para la ansiedad social y alexitimia en estudiantes universitarios .....	43

## Índice de anexos

Anexo 1. Escala Toronto de Alexitimia consensuada para Latinoamérica (LAC-TAS-20)....	74
Anexo 2. Escala de ansiedad social de Liebowitz versión de autoinforme (LSAS-SR).....	75
Anexo 3. Consentimiento informado para participación en el estudio de investigación .....	76
Anexo 4. Informe de estructura y coherencia .....	77
Anexo 5. Alexitimia y ansiedad en estudiantes universitarios según variables sociodemográficas .....	79
Anexo 6. Jerarquía de evitación y ansiedad de situaciones sociales .....	81
Anexo 7. Hoja de trabajo para desafiar los pensamientos automáticos .....	82
Anexo 8. Certificado de la traducción del resumen del Trabajo de Integración curricular .....	84

## **1. Título**

Alexitimia y ansiedad social en estudiantes de primer año de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

## 2. Resumen

La alexitimia y la ansiedad social son problemas psicológicos muy frecuentes en la población general. Ambos fenómenos generan un impacto significativo en la vida de las personas que los experimentan, especialmente en los jóvenes, como los estudiantes universitarios. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre alexitimia y ansiedad social en estudiantes de primer año de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, y medir los niveles de estas dos variables de estudio. Esta investigación se enmarcó en el enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal y del tipo correlacional. Se utilizaron dos instrumentos psicométricos, la Escala de Alexitimia de Toronto consensuada para Latinoamérica y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, para evaluar a 167 estudiantes universitarios seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia y criterios de selección, cuyas edades oscilaban entre 17 y 23 años. Los resultados del estudio señalan que existe una correlación positiva y significativa entre alexitimia y ansiedad social. Además, se encontró que una gran mayoría de los estudiantes (68,9%) presentaba alexitimia, mientras que una cantidad importante evidenciaba niveles moderados (35,3%) o graves (23,4%) de ansiedad social. La puntuación media para alexitimia fue de 60,42 y para ansiedad social fue 58,74. Los resultados sugieren que a medida que aumenta el nivel de alexitimia, también aumenta el nivel de ansiedad social. Asimismo, se observó que la prevalencia de estas dos variables es mayor en el género femenino. Finalmente, basándose en los resultados obtenidos, se elaboró un plan de intervención grupal con el objetivo de abordar ambas problemáticas.

***Palabras clave:*** alexitimia, ansiedad social, emociones, estudiantes universitarios

## 2.1. Abstract

Alexithymia and social anxiety are commonly found psychological problems in the general population. Both phenomena cause a significant impact on people's lives who experience them, especially among young people, such as university students. In this context, the present research aimed to determine the relationship between alexithymia and social anxiety in first-year students of the Human Health Faculty at Universidad Nacional de Loja and to measure different levels of these two variables. This research was based on a quantitative approach, with a non-experimental, cross-sectional, and correlational design. Two psychometric instruments, the Toronto Alexithymia Scale agreed upon for Latin America and the Liebowitz Social Anxiety Scale, were used to assess 167 university students selected by non-probabilistic convenience sampling and selection criteria, whose ages ranged from 17 to 23 years. The results of the research indicate a positive and significant correlation between alexithymia and social anxiety. Furthermore, a large majority of the students (68.9%) were found to have alexithymia, while a significant number showed moderate (35.3%) or severe (23.4%) levels of social anxiety. The average score for alexithymia was 60.42 and for social anxiety, it was 58.74. The results suggest that the higher level of alexithymia, the higher the level of social anxiety. Moreover, it was observed that the prevalence of these two variables is stronger in the female gender. Finally, based on the obtained results, a group intervention plan was developed to tackle both problems.

**Keywords:** alexithymia, social anxiety, emotions, university students

### 3. Introducción

Los problemas psicológicos son comunes en la población universitaria (Pedrelli et al., 2015). En particular, la ansiedad social y la alexitimia son dos fenómenos que pueden presentarse con cierta frecuencia y afectar el rendimiento académico y la calidad de vida de los estudiantes (Alfaro, 2016; Hajure y Abdu, 2020). La alexitimia, caracterizada por una dificultad para identificar y expresar emociones (Lew y Centron, 2021), puede ser un factor determinante en el desarrollo de trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, lo que hace aún más relevante su estudio en la población universitaria. La ansiedad social, por otro lado, definida como el miedo y ansiedad persistente a situaciones sociales en las que la persona puede sentirse evaluada o juzgada negativamente (Asociación Americana de Psicología, 2022), puede dificultar la adaptación a un entorno académico y social nuevo y generar un impacto negativo en el desempeño académico (Hakami et al., 2018).

Por lo que se refiere a la ansiedad social, diversos estudios han reportado diferentes tasas de prevalencia del trastorno de ansiedad social (TAS) a nivel mundial. Según la Iniciativa Mundial de Encuestas de Salud Mental, la prevalencia de TAS de por vida en todos los países es del 4,0% (Stein et al., 2017). En Colombia, la prevalencia de TAS de por vida fue del 4,07%, mientras que en Brasil fue del 6,7% (Torres, 2012). En México, la prevalencia de fobia social fue del 4,7% (Medina et al., 2003). Y en cuanto a alexitimia, diferentes estudios han indicado que es muy frecuente en la población general (Honkalampi et al., 2022; Mattila et al., 2008).

Los universitarios son una de las poblaciones más vulnerables a experimentar problemas psicológicos (Morán et al., 2018). Esto se debe en gran parte a que este grupo se encuentra en un periodo de transición que abarca la adolescencia y la adultez temprana, lo que implica la consolidación de aspiraciones vitales, la adquisición de nuevas responsabilidades y la exposición a una cantidad considerable de estresores (Cardona et al., 2015). Esta vulnerabilidad es especialmente significativa durante el primer año universitario. Además, se ha demostrado que la alexitimia está relacionada con la aparición, mantenimiento y empeoramiento de diversos trastornos psicológicos, incluyendo una respuesta deficiente al tratamiento psicológico (Cameron et al., 2014; Hamaideh, 2018; Honkalampi et al., 2022; Mattila et al., 2008; Nunes et al., 2013; Romano et al., 2019). Por otro lado, la ansiedad social en universitarios puede limitar severamente su participación académica, disminuir sus relaciones sociales y aumentar el riesgo de otros problemas psicológicos (Camacho, 2005; Hakami et al., 2018; Mou et al., 2022).

Estudios previos han señalado que existe una relación entre la alexitimia y trastornos afectivos y psicosomáticos (Edel et al., 2010; Kronholm et al., 2008; Nekouei et al., 2014). Sin

embargo, a pesar de esta evidencia, existe una falta de investigación científica que explore la relación entre la ansiedad social y la alexitimia en estudiantes universitarios, especialmente en el contexto de nuestro país y localidad. Por lo tanto, el objetivo principal de esta investigación es establecer la relación entre alexitimia y ansiedad social en estudiantes universitarios de primer año de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. Los objetivos específicos fueron medir y evaluar los niveles de alexitimia y ansiedad social a través de la Escala de Alexitimia de Toronto consensuada para Latinoamérica y la Escala de ansiedad social de Liebowitz versión autoinformada, respectivamente. Adicionalmente se planteó diseñar plan de intervención psicológico para abordar estas dos problemáticas.

Este estudio, además de proporcionar una perspectiva general de la situación de la ansiedad social y alexitimia contribuyendo a la identificación temprana de estos problemas de salud mental, favorece significativamente la comprensión de los problemas de psicológicos en universitarios y la concientización de estos, tanto en estudiantes, profesores y personal administrativo. Asimismo, posibilita el desarrollo de programas y estrategias de intervención efectivas que buscan mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

Esta investigación se estructura por diversas secciones, comenzando por el marco teórico donde se presenta una revisión de la literatura sobre la alexitimia en el primer capítulo y sobre la ansiedad social en el segundo capítulo. En otra sección se describe la metodología utilizada en el estudio, incluyendo la selección de participantes, los instrumentos de medición y el procedimiento de recopilación de datos. En la siguiente sección se presentan los resultados obtenidos a través del análisis estadístico. Finalmente, la última sección contiene la discusión y conclusiones del estudio, donde se interpretan los resultados y se discute su relevancia para la comprensión de la relación entre la alexitimia y la ansiedad social, se plantean las limitaciones del estudio y se sugieren futuras líneas de investigación en esta área.

## 4. Marco teórico

### 4.1. Capítulo I: Alexitimia

#### 4.1.1. Antecedentes históricos

Inicialmente, el término de alexitimia fue propuesto por Sifneos (1973) (del griego *a*=falta, *lexis*=palabra y *thymos*=emoción) y describía la incapacidad o dificultad para encontrar palabras apropiadas al momento de describir sus emociones, sumado a la ausencia de fantasía y dificultades para la expresión de sentimientos, encontrada en un grupo de pacientes con trastornos psicósomáticos. Este concepto tenía un vínculo estrecho con el psicoanálisis, siendo explicado desde esta perspectiva como un conflicto neurótico o un mecanismo de defensa (López y Pérez, 2020). Sin embargo, posteriormente y con más investigaciones esta relación se deshizo.

Tal como menciona Gaggero et al., (2020), la alexitimia ha sido objeto de atención especial en el tratamiento de enfermedades psicósomáticas. Esto se evidencia en que, en la 11ª Conferencia Europea sobre Investigación Psicósomática, llevada a cabo en Alemania en 1976, el constructo de alexitimia fue el tema central. De acuerdo con investigaciones sucesivas hechas por Taylor et al., (1991) la alexitimia incluiría cuatro factores: a) “dificultad para identificar y diferenciar entre sentimientos y sensaciones corporales”, b) “dificultad para comunicar sentimientos”, c) “disminución de la ensoñación”, y d) “pensamiento orientado hacia el exterior” (p. 158).

Poco después de haberse concebido a la alexitimia como un tipo particular de trastorno de personalidad con rasgos específicos y definidos, usualmente presente en trastornos psicósomáticos, pasó a ser presentada como un rasgo de personalidad con aspectos que pueden presentarse en un continuo y que además puede ser encontrado en diferentes poblaciones clínicas (Gaggero et al., 2020).

En años sucesivos, varios cuestionarios se propusieron en un intento de dar validez y apoyo empírico al constructo de alexitimia. Por ejemplo, el Cuestionario del Hospital Beth Israel (BIQ-2) y la Escala de Personalidad Schalling-Sifneos, ambas presentadas por Sifneos (1986). Otras propuestas fueron la Escala de Alexitimia MMPI (MMPI-A), así como la Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ) de Krystal y colaboradores (1986). Sin embargo, no fue hasta finales de los noventa que se logró operacionalizar el constructo, gracias a la creación de la Escala de alexitimia de Toronto (TAS-26) desarrollada en la Universidad de Toronto por Bagby et al., (1994), que poco después fue modificada hasta su versión actual de 20 ítems (TAS-20) (Schroeders et al., 2021).



Anteriormente se creía que la relación entre la alexitimia y el dolor psicossomático era estrecha y limitada. Sin embargo, con el tiempo se ha llegado a una comprensión más amplia de esta (López-Muñoz y Pérez-Fernández, 2020), generando un gran cuerpo de investigación empírica que ha examinado sus correlatos neuronales y fisiológicos, así como su relación con otras dimensiones y características de la personalidad (Bagby et al., 2021). Además, se amplió su estudio en diversos campos.

En la actualidad, la alexitimia se reconoce como un "rasgo de personalidad" (Gaggero et al., 2020, p. 2), no obstante, el debate sobre su concepción como estado o rasgo sigue abierto. Además, al considerarse a la alexitimia como un síntoma o condición que no cumple con los criterios para ser considerado como un trastorno clínico completo (Silani et al., 2008) no fue incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). No obstante si se reconoció como uno de los principales grupos dentro de los Criterios Diagnósticos de la Investigación Psicossomática (Gaggero et al., 2020).

#### ***4.1.2. Concepto y definición de alexitimia***

Desde su aparición por la década de los setenta, el constructo de alexitimia ha ido modificándose. Por lo general, es definida como una falta o escasa capacidad para reconocer y expresar los propios sentimientos de manera adecuada hacia los demás, aunada a un "pensamiento orientado hacia el exterior" (Ertekin et al., 2015). Un estilo de pensamiento orientado externamente, de acuerdo con Maroti et al., (2018) es cuando una persona presta más atención a los estímulos externos o bien se centra en la acción y en hacer cosas específicas en lugar de enfocarse en pensamientos o emociones.

Darrow y Follette (2014) hacen una aclaración importante, la alexitimia no se considera un síndrome o trastorno, sino que se utiliza como término descriptivo. En este sentido, ambos autores entienden a la alexitimia como "una deficiencia en el repertorio de comportamiento verbal de una persona sobre contextos emocionales" resultando en dificultades para relacionarse (p. 3).

De igual forma, es considerada como un rasgo de la personalidad caracterizada por la limitación en la identificación y expresión de las emociones personales que no alcanza el nivel suficiente para ser considerado como un trastorno o síndrome clínico (Lew y Centron, 2021). Según Bagby et al., (2021) la alexitimia también abarcaría una dificultad en la capacidad de una persona para imaginar situaciones o eventos que no han sucedido en la realidad. Esta dificultad puede afectar la capacidad de la persona para comprender ciertas metáforas o conceptos abstractos y para tomar decisiones en situaciones nuevas o inciertas.

De acuerdo Franz et al., (2008) la alexitimia comprendería una dificultad para entender el significado de las emociones en los demás, una capacidad limitada para expresar y simbolizar sus propias emociones, una tendencia a enfocarse en los hechos externos más que en los internos, una imaginación pobre y una dificultad para interactuar emocionalmente en relaciones cercanas.

Hoy en día, la alexitimia es vista como un rasgo de personalidad (Martínez et al., 2003) que normalmente se distribuye en la población, además debe considerarse como un continuo y no como un trastorno. Es importante considerar que algunos de los aspectos relacionados con la alexitimia pueden cambiar o intensificarse con el tiempo, debido a diversos factores personales o ambientales. Dichos aspectos podrán abordarse aplicando una u otra estrategia psicológica con el objetivo de mejorar el bienestar de la persona.

#### ***4.1.3. Clasificación de la alexitimia***

Freyberger (1977) fue quien por primera vez categorizó a la alexitimia como primaria y secundaria, la primera sería un rasgo de personalidad, mientras que la segunda un estado transitorio, resultado de eventos externos, como algún trauma o suceso angustioso.

Según Hemming et al., (2019), varios estudios longitudinales han demostrado que la alexitimia se mantiene estable a lo largo del tiempo en diferentes poblaciones, tanto clínicas como generales. Por lo tanto, se consideraría que la alexitimia es un rasgo de personalidad que originaría durante la niñez o los primeros años de adultez, lo que haría referencia a la alexitimia primaria.

En cambio, la investigación sobre la alexitimia secundaria postula que surgiría en cualquier momento de la vida resultado de eventos angustiantes, como una experiencia traumática o una situación estresante, y no solo durante el proceso de desarrollo (Messina et al., 2014). A este respecto, Hemming et al., (2019), señala que de acuerdo con metanálisis, la alexitimia puede desarrollarse durante períodos de angustia psicológica, como la ansiedad o la depresión, pero puede disminuir al mismo tiempo que la sintomatología psicológica y somática disminuye.

Otros autores como Messina y colaboradores (2014) han clasificado a la alexitimia en tres tipos: a) la alexitimia primaria que sería de naturaleza evolutiva, con un inicio temprano; b) la alexitimia secundaria que sería una respuesta al malestar psicológico de una enfermedad orgánica o un trauma psicológico; c) la alexitimia orgánica sería un subtipo específico de alexitimia secundaria que es una consecuencia del daño cerebral en regiones específicas.

La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) ha sido ampliamente utilizada en diversos estudios con diferentes poblaciones para evaluar la presencia de alexitimia. Sin embargo, esta escala no diferencia entre los diferentes tipos de alexitimia que se han descrito.

#### ***4.1.4. Epidemiología de la alexitimia***

Varios autores enfatizan que existe una alta prevalencia de alexitimia en la población general (Franz et al., 2008; Honkalampi et al., 2001; Mattila et al., 2008). No obstante, debido a las variaciones en los instrumentos, los diseños metodológicos y el análisis de datos utilizados en los diferentes estudios, no se ha establecido una prevalencia precisa para la alexitimia. Además, como la alexitimia suele ser considerada como un rasgo de personalidad y se relaciona con otros problemas psicológicos, como la depresión, la ansiedad, los trastornos psicósomáticos y los trastornos relacionados con sustancias, no se han obtenido valores aislados de prevalencia. En general, la alexitimia se considera una entidad transdiagnóstica.

En cuanto a la relación entre la alexitimia y las variables sociodemográficas, particularmente en lo que se refiere al género, la evidencia sugiere que las prevalencias y los niveles son altamente variables (Mattila, 2009). Asimismo, la edad parece estar relacionada con la alexitimia, ya que a medida que ésta aumenta, también lo hacen los niveles de alexitimia. Además, se ha encontrado una asociación entre la alexitimia y un bajo nivel educativo, así como con el estado civil soltero o divorciado (Honkalampi et al., 2001; Kokkonen et al., 2001; Lane et al., 1998; Lindholm et al., 1990; Salminen et al., 1999; Simson et al., 2005).

#### ***4.1.5. Etiología de la alexitimia***

Existen varias explicaciones propuestas para la etiología de este constructo, que se describen a continuación:

**Factores psicosociales.** De acuerdo con Taylor et al., (1997) se ha propuesto que la alexitimia se relaciona con patrones de crianza deficientes, debido a que los cuidadores de los niños no responden de manera adecuada a sus estados emocionales. Esto puede resultar en deficiencias en la regulación emocional y en las relaciones interpersonales. Además, existe evidencia que respalda que los estilos de apego inapropiados de los cuidadores son un factor importante en el desarrollo de un funcionamiento emocional inadecuado en la edad adulta (Nunes et al., 2013).

Por ejemplo, Lemche et al., (2004) indica que la alexitimia podría surgir, parcialmente, de un apego inseguro o desorganizado. Los resultados de su estudio muestran que los niños con apego seguro adquirieron con rapidez el lenguaje mentalizador, es decir la expresión de emociones, cogniciones y sensaciones, mientras que los niños con apego inseguro y

desorganizado carecían por completo del lenguaje mentalizador o mostraban un retraso considerable en el uso del vocabulario de emociones y cognición.

En concordancia con lo anterior, Mattila (2009) ha señalado que, según diversos estudios, las características de los padres, como su estilo de apego, falta de expresividad emocional, sobreprotección o estilos de crianza disfuncionales, parecen estar relacionadas con un mayor riesgo de que los niños desarrollen características de alexitimia en su vida adulta.

**Factores culturales.** Se ha discutido que los factores culturales también podrían estar relacionados con la etiología de la alexitimia, ya que los valores, concepciones y costumbres culturales pueden influir en la aparición de altos niveles de alexitimia. Por ejemplo, Dere et al., (2012) encontró resultados que sugieren que las diferencias culturales en la alexitimia pueden explicarse por variaciones basadas en la cultura, es decir, en la importancia otorgada a las emociones, en lugar de déficits en el procesamiento emocional. En su estudio, el pensamiento orientado externamente (PEO), uno de los componentes de la alexitimia, mostró niveles más altos en chinos canadienses.

En un estudio adicional (Lo, 2014), se encontró que los individuos de herencia asiática obtuvieron puntuaciones más altas en alexitimia que los no asiáticos. Se concluyó que los valores culturales estaban asociados con las diferencias individuales en el procesamiento de las emociones, lo que puede explicar las diferencias étnicas en la alexitimia. Adicionalmente, Mattila, (2009) después de revisar varios estudios, sugirió que podría haber diferencias significativas en los niveles de alexitimia entre diferentes culturas.

Del mismo modo, Fernández et al., (2000) tras el análisis de diversos estudios sobre expresión emocional en diferentes culturas y países, concluyó que la alexitimia secundaria es mayor en culturas colectivistas y con una alta distancia de poder.

**Factores genéticos y biológicos.** Según Larsen et al., (2003) diferentes investigaciones han sugerido que la alexitimia se asocia con deficiencias en las características cognitivas y emocionales, y que estas deficiencias podrían estar relacionadas con la disfunción del cuerpo calloso y problemas en áreas específicas del cerebro. Otro autor (Goerlich, 2018) menciona que la Dificultad para Identificar Sentimientos (DIS), una característica de la alexitimia, está relacionada con una disfunción de la amígdala durante el procesamiento implícito y explícito de las emociones.

Meza-Concha y colaboradores, (2017) en una revisión de diferentes investigaciones respecto a las bases neurofisiológicas y genéticas de la alexitimia, expone los siguientes hallazgos:

- La amígdala sería una estructura que subyacería a la alexitimia, así pues, cuando esta presentase menos actividad, la activación emocional también estará mermada ante los diferentes estímulos externos.
- Algunas estructuras como la corteza cingulada anterior, la ínsula y la corteza orbitofrontal se relacionarían con la alexitimia, ya que habría una función disminuida en alguna de estas estructuras. Sin embargo, el autor indica que hay investigaciones que contradicen estas indagaciones.
- El volumen de sustancia gris cerebelar estaría relacionado con el grado de alexitimia, estando detrás un proceso de corporalidad alterado, es decir, una construcción defectuosa del estado de consciencia somático y sensorial.
- Otros hallazgos indican que ciertas variantes alélicas alterarían la disponibilidad de serotonina, lo cual estaría relacionado con la instauración de la alexitimia.
- Los resultados de otros estudios indican que la alexitimia estaría mediada por polimorfismos genéticos.

#### ***4.1.6. Características clínicas***

Los autores Panaite y Bylsma (2012) en la Enciclopedia del Comportamiento Humano en su segunda edición recogen los diferentes aspectos de la alexitimia en uno de sus capítulos:

**Aspectos Cognitivos.** La dificultad para identificar (DIS) y describir los propios sentimientos (DDS) es una de las características centrales de la alexitimia. De acuerdo con varias investigaciones, las personas con puntuaciones altas en alexitimia tendrían también dificultades para reconocer las expresiones faciales, a más del ya reconocimiento deficiente de emociones (verbales o no verbales). También se ha propuesto que los déficits cognitivos asociados con la alexitimia podrían ser adaptativos, ya que las personas que tienen una comprensión cognitiva compleja de las emociones también tienen más probabilidades de verse potencialmente más afectadas por experiencias emocionales extremas, como las experiencias traumáticas (Panaite y Bylsma, 2012).

**Aspectos fisiológicos.** Según Panaite y Bylsma (2012), diferentes investigaciones han sugerido que la alexitimia está relacionada con una mayor activación basal. Esto podría estar relacionado con una desregulación del sistema nervioso autónomo y del sistema relacionado con la disforia generalizada. Además, se ha observado que la alexitimia está asociada con diversos trastornos emocionales, de personalidad, alimenticios y relacionados con el abuso de sustancias, así como con enfermedades como la cardiopatía coronaria, la diabetes mellitus y la hipertensión. Estas condiciones pueden ser consecuencia del efecto nocivo de un estado prolongado de excitación del sistema nervioso.

Las autores mencionados proponen otra perspectiva acerca de los altos niveles de alexitimia, la cual sugiere que estos están relacionados con una mayor reactividad a los estímulos emocionales en comparación con las personas sin alexitimia. Por otro lado, otras concepciones plantean que las personas con un alto grado de alexitimia experimentan una hipoactivación del sistema nervioso, lo que provoca una menor respuesta a los estímulos emocionales en comparación con otros individuos. Estudios recientes respaldan la teoría de que las personas con alexitimia experimentan una menor excitación fisiológica frente a los estímulos emocionales, lo que posiblemente sea consecuencia de la disminución de la conciencia emocional en aquellos con altos niveles de alexitimia (Panaite y Bylsma, 2012).

**Alexitimia y expresión/regulación emocional.** Puesto que una de las características de la alexitimia es la disminución de la capacidad para expresar y reconocer las propias emociones, la regulación de las emociones se convierte en un problema en quienes tienen niveles altos de alexitimia. En consecuencia, al tener serias dificultades para reconocer sus emociones, los individuos otorgarían etiquetas erróneas a síntomas físicos y enfermedades, en lugar de considerarlas como respuestas emocionales normales y adaptativas ante los estímulos del medio. De aquí que las personas con un nivel alto de alexitimia tengan un serio problema para controlar y regular estas emociones. Inclusive pueden dar valoraciones erróneas respecto a las emociones de los demás, por ejemplo, alguien con alexitimia puede tener dificultades para reconocer la tristeza en los demás, ya que a menudo se expresa de manera sutil lo que puede llevar a subestimar o incluso negar la emoción que está experimentando la otra persona. En suma, esto conllevaría a que el resto de personas ofrezcan menos apoyo empático, un importante factor en la regulación adaptativa de las emociones (Panaite y Bylsma, 2012).

Así también, las conductas compulsivas, como mencionan los autores, son otra característica relacionada con la alexitimia, tales como los atracones de comida y bebida, o la inanición en la anorexia nerviosa, siendo estos potenciales indicadores de intentos regulatorios disfuncionales.

Finalmente, Panaite y Bylsma (2012) indican que la deficiencia en el reconocimiento de emociones en personas con alexitimia facilita el que las personas sean propensas a experimentar emociones negativas con mayor frecuencia, lo que a su vez puede interferir con la experiencia de emociones positivas. Consecuentemente, el procesamiento emocional deficiente interfiere también con las interacciones sociales dada la incapacidad para expresar sus emociones y responder a la de los otros, lo que puede conducir a experiencias sociales deficientes.

**Alexitimia y salud física.** Existen diferentes investigaciones que han examinado la relación entre alexitimia y diferentes enfermedades, apoyando así sus conexiones con la salud física. Ciertos autores tras una revisión bibliográfica establecen que la alexitimia es un antecedente de las enfermedades somáticas. Así mismo, otros estudios empíricos han encontrado que la alexitimia está relacionada con una baja función inmunológica, mayor actividad cardíaca y una baja reactividad, lo que crearía vulnerabilidad ante enfermedades somáticas (Panaite y Bylsma, 2012).

Panaite y Bylsma, (2012) señalan que se ha observado que las personas con altos niveles de alexitimia tienden a desarrollar comportamientos poco saludables con mayor frecuencia, como comer en grandes cantidades, fumar, beber, abusar de las drogas y apostar, así como adoptar un estilo de vida poco saludable en general, incluyendo una nutrición inadecuada.

**Alexitimia y salud mental.** Algunos trastornos psicológicos que se han relacionado con la alexitimia son la ansiedad social y los trastornos afectivos, según indican Panaite y Bylsma, (2012). Específicamente, el trastorno de pánico (TP) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) son trastornos de ansiedad que destacan por mostrar una deficiencia en la regulación emocional, que es uno de los aspectos que caracterizan la alexitimia. En el caso del TP, las personas se enfocan excesivamente en las sensaciones y síntomas corporales, fusionándolos con sus emociones para reconocer cuándo ocurrirá el próximo ataque. Dado su enfoque especial en los síntomas físicos y su deficiente capacidad para regular las emociones, la alexitimia es un aspecto común en personas con trastorno de pánico.

De igual forma Panaite y Bylsma (2012), señalan que otro de los trastornos que se ha relacionado con la alexitimia es la depresión, aunque con menos evidencia, puesto que la somatización, que muchas veces es un aspecto frecuente en este trastorno, también es compartida con la alexitimia.

Hay evidencia que respalda el vínculo entre la alexitimia y el abuso de sustancias, de acuerdo con los autores antes citados. Por ejemplo, varios estudios han demostrado que cerca del 50% de personas que tienen problemas con el abuso de sustancias obtienen puntajes elevados para alexitimia.

Los trastornos alimentarios se han relacionado con la alexitimia debido al déficit en la regulación de emociones. Dado que las personas con alguno de estos trastornos tienen dificultad para identificar o reconocer señales corporales, por ejemplo, las que indican hambre, y dificultad para reconocer sus emociones. Diferentes estudios evidenciaron que estos dos aspectos se correlacionan estrechamente y que alrededor del 50 a 60% de las personas

identificadas con un trastorno alimentario también cumplirán los criterios de alexitimia (Panaite y Bylsma, 2012).

#### ***4.1.7. Evaluación y diagnóstico de la alexitimia***

En la evaluación y diagnóstico de la alexitimia se utilizan diversas herramientas, entre las que se encuentran cuestionarios y entrevistas. Estas técnicas permiten obtener información sobre las características emocionales del individuo, su capacidad para identificar y expresar sus emociones y el impacto que esto puede tener en su vida cotidiana y en su salud mental. En esta sección, exploraremos algunas de las herramientas más utilizadas para la evaluación y diagnóstico de la alexitimia. Bermond y colaboradores (2015) recogen en un capítulo del libro *Medidas de personalidad y constructos psicológicos sociales* diferentes escalas y medidas para alexitimia con sustento psicométrico. Se enlistan a continuación:

**Escalas de observación.** Las escalas de observación deben ser aplicadas por los evaluadores sobre el conocimiento previo o que han obtenido en una entrevista/observación anterior del comportamiento del individuo. La calidad de estas dependería de la experiencia y las habilidades del evaluador. Entre ellas se encuentran (Bermond et al., 2015):

- Cuestionario modificado de Beth Israel (BIQ)
- Prototipo de Alexitimia de California Q-set (CAQ-AP)
- Entrevista Estructurada de Toronto para la Alexitimia

**Escalas de medidas para niños y adolescentes.** Existen también algunas escalas que se han adaptado a la población infantil y adolescente, cuyas propiedades psicométricas se han evaluado en diferentes estudios. Algunas son (Bermond et al., 2015):

- Escala de observación de alexitimia para niños (AOSC)
- Escala de alexitimia de Toronto para niños (TAS-12)
- Emotional Awareness Questionnaire (EAQ-30)

**Escalas de autoevaluación.** Algunas de las escalas de este tipo que han sido más relevantes y han mostrado buenas propiedades psicométricas de acuerdo con Bermond et al., (2015) son las siguientes:

- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- Cuestionario de Alexitimia Bermond-Vorst (BVAQ)
- Escala de alexitimia del Inventario de tratamiento psicológico

#### ***4.1.8. Intervención para la alexitimia***

La terapia para pacientes alexitímicos tiene un amplio componente educativo. Según menciona Panaite Bylsma, (2012) las terapias que se utilizan para tratar la alexitimia se centran principalmente en trabajar con las sensaciones físicas y ayudar a las personas a identificar sus



emociones. Además, estas terapias suelen incorporar técnicas cognitivo-conductuales que tienen como objetivo abordar los síntomas físicos y comprenderlos desde una perspectiva emocional y cognitiva. También se enseña a los pacientes que los síntomas físicos son limitados en el tiempo.

Otra opción de tratamiento es la terapia de grupo, puesto que fomentaría la interacción con otras personas, permitiendo a la vez que observen las reacciones emocionales de los otros. No obstante, un factor para tener en cuenta en este tipo de terapia es que las personas con alexitimia son menos receptivas emocionalmente (Panaite y Bylsma, 2012).

Puesto que la alexitimia se compone de diferentes aspectos, cada uno de estos pueden ser diferencialmente susceptibles de tratamiento. Probablemente, uno de ellos permanece estable con el tiempo y otros aspectos pueden responder al tratamiento (Cameron et al., 2014). No obstante, dependiendo de la severidad de la alexitimia, es decir, de cuan mayor acusadas se presenten las características que engloban dicho constructo, el profesional que intervenga deberá seleccionar el tipo de tratamiento según sea el caso. Además, no hay que olvidar que en cualquier intervención el análisis funcional es la herramienta por emplear para la evaluación de cualquier problema psicológico (Caballo et al., 2014).

En concordancia con lo anterior, Kennedy y Franklin (2002) indican que cada una de las terapias debería cubrir las siguientes áreas cuando se trata de alexitimia:

- Es importante explorar la posible conexión entre la alexitimia y las experiencias tempranas de vida, incluyendo las normas familiares para expresar emociones.
- Se debe ayudar al consultante a identificar y nombrar los sentimientos, incluyendo la capacidad de entender por qué surgen en ciertas situaciones.
- Es necesario prestar atención a la expresión de los sentimientos del consultante y validar su derecho a expresarlos.
- La terapia puede ayudar al consultante a desarrollar habilidades para hablar de sus emociones y manejar su expresión.

En un intento de ser más específicos con la intervención de principio a fin, citamos a Nunes (2021) quien propone una serie de pautas al momento de intervenir en la alexitimia, distribuidas en las siguientes categorías:

#### **Para la evaluación**

- Debe evaluarse de forma rutinaria ya sea mediante medidas de autoinforme o entrevistas clínicas.
- Los marcadores clínicos de la alexitimia son la dificultad para expresar, nombrar y elaborar emociones.

- Las dificultades para establecer una conexión emocional positiva y los sentimientos negativos hacia el consultante pueden ser indicativos de la presencia de alexitimia.

#### **Para la conceptualización de casos**

- La alexitimia debe ser considerada como un factor transdiagnóstico en la conceptualización del caso del consultante.
- La alexitimia debe entenderse como una forma de funcionar emocionalmente en lugar de una categoría o tipo de persona.
- El modo en que una persona procesa y expresa sus emociones, especialmente en el contexto de una terapia, es importante en la comprensión del funcionamiento alexitímico.

#### **Para el proceso de conciencia y regulación de las emociones**

- La regulación emocional se encuentra en el núcleo del funcionamiento alexitímico y se le debe dar primacía en la intervención.
- El ser consciente de las emociones y elaborarlas adecuadamente son aspectos esenciales de la regulación emocional y deben abordarse para temas delicados.
- Las intervenciones experienciales pueden ayudar a aumentar la conciencia, mientras que las tareas reflexivas pueden ser útiles para la elaboración emocional.

#### **Para conformar la alianza terapéutica**

- Los terapeutas deben ser conscientes de cómo el funcionamiento alexitímico puede afectar sus propias emociones hacia el consultante.
- Deben tratar de proporcionar un ambiente terapéutico que permita al consultante experimentar y procesar sus emociones de manera saludable a través de la relación terapéutica.
- Además, deben utilizar la relación terapéutica como una oportunidad para modelar la expresión y comunicación emocionales saludables para el consultante.

#### ***4.1.9. Alexitimia en estudiantes universitarios***

Varias investigaciones llevadas a cabo en poblaciones universitarias han demostrado una alta prevalencia de la alexitimia (Alzahrani et al., 2020; Hamaideh, 2018). Por ejemplo, en un estudio realizado por Faramarzi y Khafri, (2017) se evidenció que la alexitimia es común entre los universitarios y desempeña un papel significativo en la disminución de la autoeficacia, ya que impacta negativamente la capacidad de autorregulación, la orientación hacia metas y el desempeño académico.

En línea con lo expuesto anteriormente, un estudio de Alfaro (2016) sobre estrés académico y alexitimia en universitarios, indica que mientras aumenta la dificultad para

identificar las emociones, también lo hace el nivel de estrés académico. Además, resalta que se ha encontrado que la dificultad para expresar las emociones y los niveles de estrés académico se encuentran correlacionados positivamente.

La alexitimia también puede interferir en las relaciones sociales, convirtiéndose en un factor que dificulta la interacción con otros individuos. Los individuos con rasgos alexitímicos tienden a ser percibidas como personas que pueden generar dificultades en sus interacciones sociales debido a su falta de empatía y su tendencia a mostrar emociones negativas o comportamientos impulsivos (Alonso, 2011). Como resultado, los estudiantes con estas características pueden experimentar dificultades en sus relaciones sociales y ver disminuidas sus redes de apoyo. Esto a su vez, puede aumentar el riesgo de empeoramiento académico.

De acuerdo con Romano y colaboradores (2019) los estudiantes con niveles altos de alexitimia tienen más probabilidad de evaluar erróneamente las situaciones problemáticas en el ámbito académico, lo cual aumentaría la percepción de tensión y agotamiento. Esto conllevaría a que se abrumen académicamente. Dichos estudiantes tendrían más riesgo de experimentar resultados académicos desventajosos. Estos autores, confirmaron la asociación negativa entre los síntomas de alexitimia, la ansiedad y desempeño académico, hecho que concuerda con investigaciones previas. En suma, la alexitimia estaría directamente asociada con el agotamiento e inversamente relacionada con el rendimiento académico.

## **4.2. Capítulo II: Ansiedad social**

### **4.2.1. Antecedentes históricos**

De acuerdo con Vallejo y Bataller (1998) el término *phobie du situations sociales* se introdujo por primera ocasión por Pierre Janet, psicólogo y neurólogo francés, en el año 1909, con el cual hacía referencia a los pacientes que presentaban temor de ser observados, hablar al público o tocar algún instrumento frente a varias personas (citado en Zubeidat, 2005).

Olivares y colegas (2003) mencionan que Marks y Gelder (1996) fueron los primeros en abordar el problema planteado por Janet, quien describió la *phobie du situations sociales*, y propusieron una forma específica de diagnóstico y tratamiento para esta condición en la práctica clínica. Gracias a su trabajo, se identificó un nuevo trastorno psicológico que no se había reconocido previamente.

Tras varios años de la propuesta hecha por Marks y Gelder, se reconoció de forma oficial a la fobia social como una entidad diagnóstica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III), siendo esta conceptualizada como un ansiedad desproporcionada e injustificada ante la posibilidad de ser observado o evaluado por otros en contextos sociales particulares. En una edición revisada (DSM- II-R) se introdujo el subtipo “fobia social generalizada”, para las personas que mostraban “ansiedad en la mayoría de las situaciones sociales”. Unos años después, en la cuarta versión, se mantuvieron en su mayoría los criterios para el trastorno de ansiedad social de la edición previa (Olivares et al., 2003).

### **4.2.2. Conceptos y definición de ansiedad social**

En primer lugar, conviene destacar que hay una distinción entre el concepto de ansiedad social y el trastorno de ansiedad social, también conocido como fobia social.

La ansiedad social se refiere al temor experimentado en situaciones sociales donde existe la posibilidad de sentir vergüenza, como hablar con extraños o salir en público, o de ser juzgado negativamente por los demás. Y más específicamente se refiere a la ansiedad o preocupación que una persona puede experimentar en relación a su posición social, el rol que desempeña en su vida y su comportamiento en situaciones sociales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022). Esto significa que la persona se siente incómoda o insegura acerca de cómo es percibida por los demás, cómo se comporta en determinadas situaciones sociales y si está cumpliendo con las expectativas sociales y personales.

Mientras que, la fobia social se define como un trastorno de ansiedad que se distingue por la presencia de una ansiedad social intensa y duradera que provoca una gran angustia o

interfiere en su vida social. Las situaciones que provocan temor son evitadas por completo o se toleran con gran incomodidad, miedo o ansiedad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).

Así mismo, Schneier y Goldmark (2015) describen el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) como un trastorno en el cual la persona experimenta miedo y ansiedad constante y evita situaciones sociales debido a su temor a ser evaluado por los demás. Este trastorno puede tener un impacto significativo en la vida de quienes lo padecen.

Según Bados (2009), el TAS se distingue por un temor excesivo, prolongado y extremo a enfrentar situaciones sociales donde la persona puede ser evaluada o juzgada por otros. Esta ansiedad se enfoca en el miedo de ser observado, actuar de forma vergonzosa o mostrar signos de ansiedad de una manera vergonzosa, incluso síntomas físicos como ruborizarse o sudar pueden generar miedo. Asimismo, señala que los individuos con fobia social pueden soportar las situaciones, pero con marcada incomodidad o ansiedad; o bien las pueden evitar por completo.

El autor antes mencionado también especifica la diferencia entre TAS y timidez, ya que esta última haría referencia a un sentimiento general de incomodidad y retraimiento en situaciones sociales, como hablar con extraños, conocer gente nueva o participar en grupos, pero con menor intensidad y afectación personal que la fobia social. De manera similar, Sarason y Sarason (2006) establecen una distinción entre el TAS y la timidez común, ya que en el caso del trastorno de ansiedad social (TAS), todas las personas que lo experimentan sienten un miedo y ansiedad intensos cuando se encuentran en situaciones en las que pueden ser juzgados o criticados por los demás. Esto puede llevar a que las personas con TAS tengan dificultades para establecer relaciones sociales, lo que a su vez aumenta el riesgo de padecer trastornos relacionados con el estrés, ya que carecen de un sistema de apoyo emocional y social para enfrentar los desafíos de la vida.

Igualmente, Sadok et al., (2015) hace una aclaración importante respecto al TAS, puesto que, a diferencia de la fobia específica, que es el temor intenso y duradero hacia una situación u objeto en particular, en el trastorno de ansiedad social el miedo no se dirige tanto a la situación social en sí misma, sino más bien a la posibilidad de experimentar situaciones vergonzosas en esa situación.

Una característica clave en la fobia social, según Sarason y Sarason (2006) es el sonrojo, ya que algunas personas experimentan un miedo intenso a hacerlo mientras se encuentran en presencia de otros. Estas personas temen que su sonrojo sea notado por los demás y que los convierta en el centro de atención, lo que podría provocar un intenso malestar y vergüenza. Entonces, cuando alguien pregunta al respecto, no mencionan que el sonrojarse les provoca un

temor intenso, no obstante, es evidente para el resto que esto les produce mucha vergüenza. Puede ser incluso que la coloración no sea notoria para los observadores, aunque la persona con este problema diga lo contrario.

#### **4.2.3. Clasificación de la ansiedad social**

Se han distinguido dos tipos de fobias sociales: las específicas y las generalizadas. Las primeras serían más concretas, limitadas a situaciones específicas (por ejemplo, comer en presencia de otros, hablar con nuevas personas, relacionarse con personas del sexo opuesto, etc.), mientras que las segundas pueden implicar casi todas las situaciones sociales que no se presenten en el ámbito familiar (Belloch et al., 2009).

Zubeidat et al., (2007) indica que estos dos tipos de ansiedad guardan relación en cuanto a la edad de inicio, antecedentes familiares y aspectos sociodemográficos. Sin embargo, el segundo tipo de ansiedad se considera más recurrente y grave, y se relaciona con una mayor tendencia a presentar comorbilidades con otros trastornos en comparación con el primer tipo.

Bados (2009) indica que la ansiedad social es uno de los trastornos de ansiedad más comunes, constituyendo entre el 60% y 70% de los pacientes tratados por este tipo de trastornos. Sin embargo, es posible que este porcentaje sea aún mayor. Las personas con ansiedad social generalizada experimentan niveles más elevados de ansiedad y evitación social, así como miedo excesivo a la evaluación negativa y dificultades en las competencias sociales, lo que puede conllevar a un mayor deterioro en sus relaciones con los demás. Además, estas personas tienen más probabilidades de presentar síntomas de depresión y pueden recurrir al abuso del alcohol u otras sustancias como forma de afrontar sus síntomas y problemas.

De igual forma, Barlow (2018) señala que la diferenciación mencionada anteriormente acerca de las fobias sociales ya no aparece en el DSM-5, cuando en sus versiones anteriores sí lo hacía, sin embargo, si se incluye una especificación de “solo de desempeño”, referido a aquellas personas que sienten miedo o ansiedad solo al hablar o actuar en público.

#### **4.2.4. Epidemiología de la ansiedad social**

El trastorno de ansiedad social (TAS) tendría una prevalencia anual del 7 % (American Psychiatric Association, 2021). Según varios estudios epidemiológicos, este trastorno es frecuente, con una tasa de prevalencia anual que oscila entre el 5% y el 10%, y una tasa de prevalencia a lo largo de la vida que se sitúa entre el 8,4% y el 15% (Koyuncu et al., 2019).

De acuerdo con el National Collaborating Centre for Mental Health (NCMH) (2013), en Reino Unido no existen encuestas epidemiológicas que adviertan datos específicos sobre el trastorno de ansiedad social en adultos. Además, las estimaciones de prevalencia varían, esto

debido a diferencias en los instrumentos utilizados para determinar el diagnóstico. No obstante, es evidente que el TAS es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes (NCMH, 2013).

En concordancia con lo anterior, Caballo y colaboradores (2014) explica que las tasas de fobia social varían significativamente entre los países europeos, ya que Francia y Ucrania tienen tasas más elevadas, mientras que España e Italia presentan tasas más bajas.

Respecto a la distribución de la fobia social en relación al género, varios estudios sugieren una mayor tendencia de presentación en mujeres (Caballo et al., 2014). No obstante, estos hallazgos son diversos, como señalan Jefferies y Ungar (2020), dado que aunque las muestras de Brasil y China apuntan a esta inclinación, en la muestra general, así como en muestras de Indonesia, Rusia, Tailandia, Estados Unidos y Vietnam, no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Respeto al inicio del TAS, se ha visto una tendencia común hacia un inicio temprano en la adolescencia, pero también se han registrado casos de presentación en la infancia y adultez temprana (Sadok et al., 2015). Por ejemplo, según los estudios realizados por Kessler et al., (2005), el TAS tiene una edad media de inicio más tardía (13 años) en comparación con otros trastornos afectivos, de la conducta o relacionado con el uso de sustancias. Asimismo, se ha determinado que el 50% de los trastornos mentales tienen su inicio a los 14 años y que tres cuartas partes comienzan a los 24 años, con apariciones más tardías principalmente en casos de trastornos comórbidos.

De igual forma, los niveles más elevados de ansiedad social podrían estar relacionados con niveles más bajos de educación y estar desempleado (Jefferies y Ungar, 2020). Es importante destacar que la falta de precisión en las cifras que indican la frecuencia del trastorno de ansiedad social puede complicar la identificación y diagnóstico de la ansiedad social por parte de los expertos en salud mental.

#### ***4.2.5. Modelos explicativos sobre ansiedad social***

A continuación, indicamos algunos de los modelos explicativos de la ansiedad que más investigación ha suscitado:

**4.2.5.1. Modelo cognitivo de Clark.** Según menciona Clark (2001) este modelo consta de dos partes. La primera parte hace referencia a cuando la persona con fobia social entra en una situación social temida, mientras que la segunda se refiere a lo que sucede antes de entrar y después de salir de una situación social. Para la comprensión de la fobia social desde este modelo, según propone el autor, es necesario entender los siguientes apartados:

**Procesamiento en situaciones sociales.** Desde edades tempranas las personas con fobia social desarrollan suposiciones como:

- Estándares exorbitantemente altos de desempeño social, por ejemplo, "No debo mostrar ningún signo de debilidad", "Siempre debo sonar inteligente y fluido", "No puedo permitirme decir palabras incorrectas", etc.
- Creencias que están condicionadas sobre las consecuencias por actuar de alguna forma específica, por ejemplo, "Si muestro signos de ansiedad, las personas pensarán que soy estúpido", "Si la gente llega a conocerme, no les gustaré", entre otros.
- Creencias negativas absolutas sobre sí mismo, por ejemplo, "Soy raro", "Soy desagradable", "Soy aburrido", "Soy estúpido", "Soy diferente", "Soy tonto", etc.

Entonces, con tales suposiciones las personas evalúan las situaciones sociales como peligrosas, tendiendo de esta forma a interpretar señales sociales indeterminadas como signos de evaluación negativa por parte de otros. Dada esta manera de evaluar las situaciones, la persona se vuelve ansiosa, manteniéndose varios círculos interrelacionados que mantienen la angustia (Clark, 2001).

**Conductas de seguridad.** Con esto nos referimos a aquellas conductas que permiten disminuir a corto plazo la incomodidad o ansiedad que generan las situaciones sociales o los pensamientos acerca de ellas. Aquí también se incluyen los procesos mentales internos, por ejemplo, las personas con este problema se preocupan acerca de que las cosas que digan resulten inoportunas o poco inteligentes. Quienes tienen ansiedad social tienen una gran bastedad de comportamientos de seguridad diferentes mientras se encuentran en una situación temida, algunos de los cuales puede llamar la atención del resto. Dígase el caso de una mujer a la que le disgustaba intensamente ser el centro de atención, por lo tanto, hablaba en voz baja cuando intentaba exponer en un taller, no obstante, esto provocaba que las personas de su audiencia no le escucharan adecuadamente, por lo que le dirigen una mirada fija (Clark, 2001). Otros ejemplos incluyen no mirar directamente a los ojos de las personas, o desviar la mirada.

Algunos comportamientos que las personas con fobia social exhiben al interactuar con otros en situaciones sociales pueden confirmar sus temores. Por ejemplo, la constante vigilancia de lo que dicen los demás, puede hacer que parezcan distantes y preocupados. Del mismo modo, cuando tratan de ocultar signos de ansiedad o evitación, otros pueden interpretar estos comportamientos como señales de desagrado, lo que puede llevar a respuestas menos cálidas (Clark, 2001).

**Síntomas somáticos y cognitivos.** La presencia de una evidente excitación ante situaciones sociales que implican escrutinio por parte de los otros es una característica definitoria de la ansiedad social. En consecuencia, estas personas están constantemente preocupadas y vigilantes de los síntomas somáticos y cognitivos de la ansiedad dada su creencia



de que esto puede ser observado con facilidad por el resto y por tal ser interpretado como una señal de ineptitud social. Además, estos síntomas pueden aumentar fomentados por diferentes clases de conductas de seguridad (Clark, 2001).

**Procesamiento de señales sociales externas.** Este modelo presta una importancia especial a la atención centrada en el propio sujeto y en cómo usa la información interna para construir una impresión distorsionada y negativa de sí mismo. Entonces, la ansiedad social se asociaría con un procesamiento reducido de señales sociales externas, además, como menciona el autor, es probable que este procesamiento esté sesgado en una dirección negativa. O, dicho en otras palabras, es más probable que noten y recuerden las respuestas de otros, pero con una interpretación errónea de las mismas. Tomemos como ejemplo a una persona con fobia social que tiene que hablar en público. Es posible que interprete la falta de respuestas positivas de la audiencia (como asentir, aplaudir o hacer comentarios de apoyo) y la presencia de respuestas ambiguas (como mover la cabeza o el cuerpo, inclinarse, etc.) como señales de desaprobación, aunque en realidad podrían ser señales de que la presentación es interesante y va por buen camino (Clark, 2001).

**Procesamiento antes y después de una situación social.** El que los individuos con fobia social experimenten gran ansiedad cuando anticipan un evento social es también una característica distintiva de este problema, puesto que constantemente, antes del evento hacen suposiciones de cómo será o de lo que podría ocurrir. Esto conlleva al aumento de ansiedad y sus pensamientos tienden a estar dominados por recuerdos de fracasos pasados, por imágenes negativas de sí mismos durante el evento y por otras predicciones de bajo desempeño y rechazo. Esto puede llevar a que la persona evite la situación por completo, o bien cuando participan del evento su modo de procesamiento estará centrado en sí mismo, esperando fracasar, haciendo menos probable que acepten señales de aprobación del resto (Clark, 2001).

Después de un evento social, las personas tienden a reflexionar sobre su interacción, pero en muchas ocasiones lo hacen de manera negativa. Esto significa que, en futuras situaciones sociales, recordarán sus interacciones anteriores “negativas” (aunque en realidad fueron positivas), lo que aumentará su ansiedad y sentimiento de vergüenza. Este patrón de pensamiento contribuye a mantener la ansiedad social en el tiempo (Clark, 2001).

**4.2.5.2. El modelo de Barlow.** Según lo mencionado por Bravo y Pradós (2014) este modelo sugiere que ciertas personas pueden desarrollar ansiedad social debido a una combinación de vulnerabilidades psicológicas y biológicas. Una de estas vulnerabilidades psicológicas es la tendencia a sentir ansiedad ante la expectativa de eventos futuros, lo que se conoce como "aprehensión de ansiedad". Esto significa que estas personas tienen una

preocupación excesiva por el futuro y por la posibilidad de que ocurran eventos estresantes o amenazantes. Esta aprensión de ansiedad puede aumentar la sensibilidad de estas personas a los estímulos sociales. Según los autores, este modelo se puede explicar por tres factores: 1) la heredabilidad de dicha vulnerabilidad; 2) cuando una persona está bajo presión puede experimentar una crisis de pánico imprevista (falsa alarma) durante una situación social, entonces, ante la posibilidad de aparición de otro ataque presenta ansiedad en situaciones sociales similares; 3) un individuo puede experimentar una situación traumática dando lugar a una "alarma verdadera", así la ansiedad queda condicionada ante situaciones similares.

Con "falsa alarma" este modelo hace referencia a aquella señal que provoca ansiedad en una persona cuando no hay un objeto o situación real que represente un peligro. Por ejemplo, si alguien tiene miedo a hablar en público, la "falsa alarma" se produciría cuando esa persona siente ansiedad antes de hablar, aunque no haya una amenaza real presente en ese momento. Este modelo señala que los pensamientos negativos e irracionales surgidos ante situaciones sociales incrementan el nivel de ansiedad, hasta el punto de ser disfuncional, dando lugar a la fobia social (Bravo y Padrós, 2014).

**4.2.5.3. Modelo cognitivo-conductual de Rapee y Heimberg.** En lo referente a este modelo, Wong et al., (2014) ofrece una explicación bastante clara. En primer lugar, hay que tener en cuenta que la ansiedad social existiría a lo largo de un continuo, entonces las personas con fobia social estarían en un extremo.

Según este modelo, la base de la explicación de la ansiedad social radica en los procesos disfuncionales que tienen lugar en la mente de las personas con fobia social. Por ejemplo, estas personas pueden experimentar ansiedad simplemente al percibir una situación como amenazante, como cuando ven a alguien caminando por la calle. En el caso de enfrentarse a una audiencia, la perspectiva de un público activa una "representación mental del yo", que es cómo se imaginan que son percibidos por ese público. Esta representación mental del yo suele ser negativa y distorsionada, y puede incluir pensamientos como "se dará cuenta de mi ansiedad" o "seguramente pensará que soy extraño". En esencia, esta representación mental del yo es un proceso disfuncional que contribuye a la ansiedad social al perpetuar una imagen distorsionada y exagerada de la propia imagen social (Wong et al., 2014).

Este proceso disfuncional es clave en la comparación entre la "representación mental del yo" y las "expectativas percibidas del público". Las personas con fobia social suelen creer que los demás tienen estándares muy altos para su desempeño social, y cuando perciben que no pueden alcanzar esos estándares, su ansiedad aumenta. Anticipan que fracasarán estrepitosamente en la interacción social, lo que a su vez activa los síntomas conductuales,

cognitivos y físicos de la ansiedad. Este círculo vicioso perpetúa el proceso disfuncional, lo que significa que se refuerzan mutuamente la imagen distorsionada del yo y la ansiedad social (Wong et al., 2014).

#### ***4.2.6. Etiología de la ansiedad social***

García (2013) señala que otros factores etiológicos pueden ser las actitudes y comportamientos parentales hacia sus hijos, relaciones entre el grupo de pares, rasgos de personalidad, timidez o variables temperamentales. El autor argumenta que los temores sociales no son innatos, sino que se aprenden a través de la experiencia y la observación de los demás. Además, la fobia social no siempre surge de una sola experiencia traumática, sino que puede ser el resultado de la acumulación de pequeñas situaciones de estrés social.

Como menciona Tillfors (2004) la etiología de la ansiedad sería el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales. Los factores genéticos influyen en la aparición de ansiedad, no obstante, los genes también “pueden influir en la probabilidad de desarrollar cualquier ansiedad o trastorno depresivo en lugar de desarrollar ansiedad social en particular” (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013).

#### ***4.2.7. Características clínicas***

De acuerdo con Caballo et al., (2014) las personas con fobia social presentan tres características distintivas. En primer lugar, la falta de ciertos comportamientos para interactuar en situaciones sociales, tales como falta de habilidades sociales, como no saber qué decir o cómo comportarse. En segundo lugar, tienden a evitar o escapar de las situaciones sociales que les causan ansiedad o miedo. Finalmente, cuando se enfrentan a situaciones sociales o anticipan que tendrán que hacerlo, experimentan ansiedad debido a la posibilidad de ser juzgados negativamente por los demás. A continuación, se exponen las principales características de la ansiedad social en tres categorías:

**Aspectos conductuales.** Las personas sociales presentan temor o bien evitan las situaciones sociales. Algunos otros aspectos son (Caballo et al., 2014):

- Conductas de escape y evitación de las situaciones sociales temidas.
- Casi nulo contacto ocular con desconocidos o poco conocidos.
- Comportamiento frío, distante y tenso con aquellos que no conoce.
- Por lo general, se muestran callados con personas nuevas o que les son poco familiares.
- Intranquilidad observable ante situaciones sociales temidas.
- Mantienen un constante estado de vigía y alerta ante amenazas sociales potenciales.
- Detectan hasta los mínimos indicios de rechazo y desaprobación.

- La persona decide de manera consciente y voluntaria mantenerse apartada de los demás.
- Distanciamiento de situaciones sociales que propician las relaciones cercanas.
- Se comportan de manera tímida y poco natural en situaciones sociales fuera de su zona de confort.
- Incluso pueden poner a prueba al resto para ver si pueden confiar en ellos.
- Prefieren buscar la privacidad.
- Reaccionan mal a los comentarios sugerentes de ridículo o burla.

**Aspectos cognitivos.** Caballo y colaboradores (2014) identifican los siguientes aspectos cognitivos que caracterizan a las personas con fobia social:

- Se desbordan con detalles ambientales irrelevantes.
- Mantienen conceptos rígidos sobre la conducta social apropiada.
- Interferencia cognitiva por pensamientos perturbadores y confusos.
- Pensamientos o frases negativas que se dicen a sí mismas, además, de ideas o pensamientos angustiosos sobre los demás y sobre las situaciones sociales en general.
- Guardan expectativas irracionales en cuanto a su propio desempeño en situaciones sociales.
- Tendencia a rebajar la eficacia de la propia conducta y la sensación de que no pueden controlar su comportamiento en situaciones sociales, incluso si tienen la intención de hacerlo.
- Se muestran hipervigilantes ante los sentimientos e intenciones de los demás.
- Tienen una preocupación excesiva ante la posibilidad de ser evaluados negativamente o ser rechazados.
- Tienden a buscar aprobación social, se evalúan así mismos de manera negativa y se enfocan en sus fracasos.
- Presentan mayor atención a sus pensamientos y comportamientos temiendo mostrarse torpes o ansiosos.
- Su atención está dirigida a señales sociales que puedan ser amenazantes, tales como gestos de desaprobación del público u otros.
- Imaginan escenarios sobre situaciones sociales que les provocan ansiedad, además presuponen que serán más riesgosas de lo que realmente son.
- Temen parecer hacer algo humillante o quedar atrapados en situaciones vergonzosas.

- Prefieren no tomar riesgos en actividades que involucren situaciones sociales.
- Creen que las situaciones sociales desagradables o vergonzosas se presentan con mucha frecuencia.
- En algunas situaciones sociales no saben qué decir o cómo comportarse (quedarse en blanco).

**Aspectos fisiológicos y emocionales.** Ahora bien, los aspectos fisiológicos incluirían tensión corporal, sonrojo, taquicardia, sudores, mareo, dificultad para ver, temblor, sensación de vacío, opresión en la garganta, sequedad en la boca, dificultad para articular palabras, sensación de escalofrío, calor sofocante, sudores fríos, cosquilleo, adormecimiento (Caballo et al., 2014).

En cuanto a lo emocional, podrían presentar altibajos emocionales, baja tolerancia al dolor físico y psicológico, temerosos y ansiosos ante situaciones y personas desconocidas, sentimientos de vacío, despersonalización, soledad y tristeza, hipersensibles al rechazo, la desaprobación y la crítica, y sentimientos de inadecuación social y personal (Caballo et al., 2014).

#### **4.2.8. Consideraciones según el DSM-5 y CIE-10**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), el Trastorno de Ansiedad Social (fobia Social) se define por los siguientes criterios que se presentan tal y como figuran en el manual:

**A.** Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

**B.** El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

**C.** Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

**D.** Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

**E.** El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

**F.** El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

**G.** El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**H.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

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

**J.** Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

Solo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

En cambio, en la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) la fobia social estaría determinada por los siguientes criterios (World Health Organization, 2000). A continuación, se presentan tal cual se detallan en la clasificación:

**A)** Presencia de 1 o 2:

1. Miedo acusado a ser el centro de atención o temor a comportarse de un modo que resulte embarazoso o humillante.

2. Evitación notable de ser el centro de atención o de situaciones en las que teme comportarse de una forma que resulte embarazosa o humillante. Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse con conocidos en público o introducirse o permanecer en situaciones de grupos reducidos (p. ej., fiestas, reuniones de trabajo, clases).

**B)** Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, los cuales tienen que presentarse conjuntamente al menos en una ocasión desde que se inició el trastorno. Y además tener uno de los siguientes síntomas: 1. Ruborizarse. 2. Temor por vomitar. 3. Necesidad imperiosa de, o temor a, orinar o defecar.

**C)** Malestar emocional importante ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación. El paciente reconoce que esos síntomas o esa evitación son excesivos o irracionales.

**D)** Los síntomas se limitan a, o predominan en, las situaciones temidas o cuando piensa en ellas.

**E)** Criterios de exclusión más frecuentes: los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas de trastornos tales como los trastornos mentales orgánicos (F00-F09), esquizofrenia y trastornos relacionados (F20-F29), trastornos del estado

de ánimo (afectivos) (F30-F39) o trastorno obsesivo compulsivo (F42), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

#### **4.2.9. Evaluación y diagnóstico de la ansiedad social**

“Una evaluación cuidadosa y exhaustiva es fundamental para la planificación del tratamiento y la investigación clínica” (Herbert et al., 2010). Las evaluaciones en estos casos implican identificar de manera precisa los síntomas o dificultades que la persona experimenta, así como las circunstancias y factores que podrían estar relacionados con su situación, a fin de formular una posible explicación y con ello diseñar un tratamiento adecuado. Además se deben analizar y medir los cambios que se han producido en la persona tras la intervención para realizar ajustes necesarios y valorar la eficacia de la intervención (Bados, 2009).

A este respecto Caballo y colaboradores (2014) mencionan que:

El análisis funcional es la herramienta por emplear para la evaluación del trastorno de ansiedad social, y no solo de este, sino de cualquier trastorno psicológico. Todas las técnicas de evaluación sirven para la recogida de datos al servicio del análisis funcional del trastorno. Aunque disponemos de diferentes estrategias para la evaluación de la fobia social, tales como las entrevistas semiestructuradas, los instrumentos de autoinforme, el autorregistro, la evaluación por los demás, las pruebas conductuales y las medidas fisiológicas, nos centraremos en las dos primeras. (p. 207).

Como ya se señaló, existen diferentes estrategias para la evaluación del TAS. A continuación, enlistamos las más utilizadas (Caballo et al., 2003):

**Entrevistas.** Es importante considerar que una persona que padece fobia social puede experimentar un alto nivel de ansiedad durante una entrevista, lo que los puede llevar a recurrir a tomar tranquilizantes o alcohol para asistir, o bien deciden no hacerlo. Durante la entrevista se debe recabar información acerca de los aspectos que se detallan a continuación (Bados, 2009):

- Situaciones temidas y evitadas.
- Conductas problemáticas a nivel cognitivo, motor y autónomo.
- Condiciones que agravan o reducen el problema.
- Antecedentes y consecuentes (externos e internos) de las conductas problemáticas.
- Aspectos individuales que pueden influir en la forma en que una persona se comporta y se relaciona con el entorno.
- la interferencia que el problema ha tenido en las diferentes áreas de la vida del consultante.
- Exploración adicional de la vida social e interpersonal.

- Historia del problema.
- Intentos previos y actuales realizados para superar el problema y resultados logrados.
- Motivación, expectativas y objetivos del consultante.
- Recursos y limitaciones del consultante.
- Otros problemas que pueda presentar.
- Comportamiento y habilidades sociales durante la entrevista.

**Medidas de autoinforme.** Las medidas de autoinforme son bastante útiles dado que permiten evaluar los sentimientos, pensamientos y comportamientos en un periodo corto de tiempo. Además, son útiles tanto en la evaluación previa como durante o después del tratamiento, y contribuyen a la realización del análisis funcional del problema. (Caballo et al., 2003). Algunos son:

- Inventario de ansiedad y fobia social (SPAI)
- Escala de fobia social (SPS)
- Escala breve de ansiedad social (BSPS)
- Inventario de fobia social (SPIN)
- Cuestionario de interacción social para niños (CISO-N)

**Autorregistro.** Caballo y colaboradores (2003) indican que el autorregistro es una técnica para examinar y registrar comportamientos, pensamientos y sentimientos. Generalmente los consultantes deben registrar lo que sucede antes y después respecto a la conducta diana, para poder elaborar el análisis funcional de la misma. Existen diferentes modelos de autorregistro, no obstante, según las características de la ansiedad social en las personas, el terapeuta utilizará uno u otro.

**Observación.** La observación puede ser llevada a cabo en situaciones naturales, artificiales o simuladas. La primera sería en el contexto donde se desenvuelve cotidianamente la persona con fobia social; para la segunda, en la consulta se recrea una situación artificial pero similar al medio natural del consultante; y para la tercera se solicita al consultante que haga una actuación en situaciones que simbolizan a aquellas que se dan en su medio cotidiano (Bados, 2009).

#### ***4.2.10. Intervención para la ansiedad social***

Antes de cualquier intervención propiamente dicha es importante realizar un proceso educativo. Dado que este trastorno inicia tempranamente y tiene una larga duración, las personas que lo padecen lo consideran como una parte inalterable de sus personalidades, por lo que la posibilidad de cambio puede ser difícil de aceptar. Entonces, al aplicar repetidamente los



principios de preparación, ensayo y exposición, a menudo pueden alcanzar un nivel de comodidad en los escenarios de actuación (Jefferson, 2001).

A continuación, se exponen las intervenciones que se suelen usar con mayor frecuencia y que además han mostrado resultados favorables (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013):

**Exposición en vivo:** consiste en confrontar las situaciones sociales. El proceso puede hacerse siguiendo una jerarquía de situaciones con la intensidad de ansiedad que provoquen (de menor a mayor). Entonces, repetir las exposiciones conlleva a que la persona se habitúe. Esta exposición también puede utilizarse para desafiar y refutar creencias poco realistas y desadaptativas propias de la ansiedad social. Algunos de los ejercicios de exposición implican la confrontación con situaciones sociales de la vida real, ejercicios fuera de consulta, y asignación sistemática de tareas.

**Relajación aplicada:** implica un entrenamiento en relajación cuyo objetivo es enseñar a las personas a relajarse en situaciones sociales comunes. Se comienza con el tradicional entrenamiento en relajación muscular progresivo, este proceso involucra seguir una serie de pasos para lograr el objetivo en el momento necesario. Por último, el final del tratamiento implica usar técnicas de relajación en situaciones sociales de la vida real a través de una práctica intensiva.

**Entrenamiento en habilidades sociales:** comprende una formación sistemática en habilidades sociales verbales y no verbales. Las habilidades identificadas en conjunto con el terapeuta se practican repetidamente a través de juegos de roles durante las sesiones o mediante las tareas asignadas.

**Terapia cognitivo conductual (TCC):** consiste en exposición en vivo, reestructuración cognitiva junto a entrenamiento en técnicas de relajación y/o entrenamiento en habilidades sociales. Puede llevarse de forma individual o grupal.

**Terapia cognitiva (TC):** esta terapia de formato individual se agrupa en: (a) las creencias negativas sobre sí mismas y las interacciones sociales; (b) autoimagen negativa; y (c) los procesos cognitivos y conductuales problemáticos que ocurren en situaciones sociales (atención centrada en uno mismo, conductas de seguridad, etc.).

**Psicoterapia interpersonal:** consta de tres fases: a) hacer que el consultante conciba a la ansiedad social como una enfermedad a la que hay que enfrentarse y no como un signo de debilidad; b) abordar problemas interpersonales específicos; c) se busca fomentar la expresión de sentimientos y la comunicación precisa a través de juegos de rol y se alienta a las personas a construir una red social de apoyo.

**El entrenamiento de la atención plena:** en resumidas cuentas, se busca que las personas logren tomar distancia psicológica de sus preocupaciones y emociones negativas, de tal forma que puedan observarlas como si fueran alguien externo, en lugar de estar enfrascados en ellas.

#### ***4.2.11. Ansiedad social en estudiantes universitarios***

Los estudiantes universitarios con un alto nivel de ansiedad social suelen carecer de habilidades sociales y utilizan estrategias de afrontamiento inadecuadas en actividades sociales, lo que lleva a resultados sociales desfavorables y, por lo tanto, comportamientos de adicción. Inclusive, pueden tener poca capacidad de regulación emocional y cognición, lo que los hace incapaces de ajustar adecuadamente su estado emocional, conllevándolos a una baja autoeficacia emocional reguladora y, en consecuencia, a la adicción al teléfono móvil (Xiao y Huang, 2022).

Es importante destacar que la ansiedad social provoca que las personas recurran a ciertas conductas como el consumo de sustancias para intentar aliviar la ansiedad o bien para apresurar la socialización, con relación a esto Owen (1996) indica que la ansiedad social ha sido asociada significativamente con las razones que influyen la bebida en estudiantes universitarios (citado en Camacho, 2005), dado que lo emplean como una estrategia para hacerle frente a las situaciones sociales temidas.

Se han realizado otros estudios que indican que la fobia social afecta negativamente a estudiantes universitarios, disminuyendo su calidad de vida en diversas áreas, como el trabajo, la vida social y familiar. Además, se ha observado que los estudiantes tenían mayores probabilidades de estar insatisfechos con su salud, sufrir depresión y ansiedad psicológica, calificar su calidad de vida como mala y estar insatisfechos con varios aspectos de su vida, por ejemplo, relaciones personales, salud, sueño, actividades diarias y vida sexual (Hajure y Abdu, 2020; Hakami et al., 2018).

La ansiedad social, con sus síntomas como el miedo a ser evaluado negativamente y la evitación de situaciones sociales, puede ser perjudicial para los estudiantes universitarios, ya que les impide participar en actividades sociales y evaluativas esenciales, y afectar su calidad de vida estudiantil (Mou et al., 2022), disminuyendo considerablemente su desempeño académico y limitando la participación en actividades extracurriculares.

## **5. Metodología**

### **5.1. Área de estudio**

La investigación tuvo lugar en la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, ubicada en la ciudad de Loja, en la avenida Manuel Monteros y Antonio Peña Celi.

### **5.2. Enfoque de investigación**

Esta investigación estuvo enmarcada dentro del enfoque cuantitativo, el cual, según Ñaupas et al., (2013) se caracteriza aplicación de procedimientos y estrategias que implican la cuantificación, la utilización de medidas, la observación y registro de los elementos de análisis, la selección representativa y el análisis estadístico. Se utilizaron diferentes instrumentos psicométricos para medir la presencia de alexitimia y los niveles de ansiedad social en la población universitaria, y los datos recolectados se analizaron mediante técnicas estadísticas.

### **5.3. Diseño de investigación**

El diseño adoptado por la investigación fue no experimental, ya que no se manipuló intencionalmente las variables y analizaron los fenómenos en su contexto natural para su estudio posterior (Sampieri et al., 2010). Además, el diseño de la investigación fue transversal, ya que se llevó a cabo únicamente en el periodo académico octubre 2022- febrero 2023. A este respecto, Sampieri et al., (2010) indica que los diseños de investigación trasversales adquieren datos en un momento único y pretenden describir variables y examinar su frecuencia e interconexión en un tiempo determinado.

### **5.4. Tipo de investigación**

La investigación se caracterizó por ser del tipo descriptivo, ya que en primer lugar se midieron las variables y se describieron varios aspectos sociodemográficos de la población como edad, género, nivel socioeconómico, entre otros. Además, fue del tipo correlacional, ya que se midió el nivel de alexitimia y ansiedad social para buscar la relación entre estas dos variables. Esto concuerda con lo expuesto por Sampieri et al., (2010), puesto que este tipo de investigaciones examinan el nivel de relación entre dos o más variables al medir cada una de ellas con el fin de cuantificar y analizar su conexión.

### **5.5. Población y muestra**

#### **5.5.1. Población**

La población estuvo conformada por 320 estudiantes del primer año de las diferentes carreras de la Facultad de la Salud Humana como son Enfermería, Laboratorio Clínico, Medicina, Odontología y Psicología Clínica.

#### **5.5.2. Muestra**

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para seleccionar la muestra de estudiantes universitarios, cuyas edades se encontraban entre los 17 y 23 años. Fueron incluidos únicamente quienes participaron voluntariamente y aceptaron de los términos del consentimiento informado. Así entonces, la muestra quedó conformada por 167 estudiantes. La edad media fue de 18,35 años, con 1,06 de desviación estándar. En la Tabla 1 se indican la distribución de los participantes según algunas características demográficas.

**Tabla 1. Distribución de universitarios del primer año según variables sociodemográficas**

	Variable	f <sub>i</sub>	%
Género	Femenino	130	77,8
	Masculino	37	22,2
Edad	17	27	16,2
	18	84	50,3
	19	37	22,2
	20	13	7,8
	21	3	1,8
	22	1	0,6
	23	2	1,2
Estado civil	Soltero	167	100
Semestre	Primero	82	49,1
	Segundo	85	50,9
Zona de procedencia	Urbana	109	65,3
	Rural	58	34,7
Nivel socioeconómico	Alto	2	1,2
	Medio	135	80,8
	Bajo	30	18,0

Nota. n = 167; f<sub>i</sub> = frecuencia

## 5.6. Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se enlistan los criterios que se utilizaron para la selección de la muestra:

### 5.6.1. Criterios de inclusión

- Estudiantes legalmente matriculados en el primer y segundo ciclo del periodo académico octubre 2022 – febrero 2023 de las carreras de la Facultad de Salud Humana.
- Estudiantes que hayan accedido a participar con previa autorización del consentimiento informado.
- Estudiantes que completen en su totalidad ambas escalas.

### 5.6.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes que no hayan autorizado su participación a través del consentimiento informado.
- Estudiante con un diagnóstico previo de trastornos psicológicos.

## 5.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio investigativo, se utilizaron encuestas como técnica para recolectar datos, con el objetivo de “establecer contacto con las unidades de observación” (Tamayo y

Silva, s. f.). Para ello, se emplearon dos instrumentos psicométricos ya establecidos que se describen a continuación.

### **5.7.1. Escala de Alexitimia de Toronto consensuada para Latinoamérica (LAC-TAS-20)**

La versión inicial contaba con 26 ítems y fue elaborada por Taylor y colaboradores por el año 1996, poco después se publicó una edición revisada, hasta su versión actual de 20 ítems (Bagby et al., 1994). De acuerdo con el autor de esta versión, el TAS-20 mostró una coherencia interna satisfactoria y una fiabilidad en la prueba - re prueba, y una configuración de tres factores que se ajusta a la teoría del constructo de alexitimia.

Para su aplicación a la población latinoamericana existe la Escala Toronto de Alexitimia consensuada para Latinoamérica (LAC-TAS-20) (Anexo 1) adaptada por la Lunazzi y colaboradores, en conjunto con Taylor y Bagby, autores originales de la escala (Lunazzi et al., 2012).

Este instrumento consta de veinte ítems tipo Likert, cada uno con cinco puntos de respuesta que van del 1 al 5 (Moral, 2008). Este instrumento comprende tres subescalas o dimensiones: Dificultad para identificar sentimientos (DIS), compuesta por los ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14; Dificultad para describir sentimientos (DDS), compuesta por los ítems 2, 4, 11, 12, y 17; y Pensamiento orientado externamente (POE), compuesta por los ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20 (Leising et al., 2009).

El puntaje total oscila entre un mínimo de 20 y un máximo de 100. Cada reactivo tiene un recorrido que va desde 1 hasta 5 puntos (*totalmente en desacuerdo, modernamente en desacuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo*). Tres tercios de los reactivos están redactados en sentido alexitímico, a excepción del 4, 5, 10, 18 y 19 (Moral, 2008). Distintos estudios indican que la versión adaptada posee una adecuada fiabilidad y validez (Lunazzi et al., 2012).

Para obtener la puntuación en este instrumento, se suman de manera simple los veinte ítems, pero es necesario invertir previamente la puntuación de los cinco ítems redactados en sentido no alexitímico, para lo cual se resta 6 puntos a la puntuación total. Por lo tanto, cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será el nivel de alexitimia del individuo evaluado (Moral, 2008). De acuerdo con la versión adaptada a población latinoamericana se considera que hay presencia de alexitimia a partir de un valor  $\geq 56$ , mientras que valores entre 41 y 55 señalan alexitimia indefinida, finalmente, puntuaciones menores a 40 indican que no hay presencia de alexitimia (Lunazzi et al., 2012).

### **5.7.2. Escala de ansiedad social de Liebowitz versión autoinformada (LSAS-SR)**

La Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) desarrollada por Liebowitz (1987) fue uno de los primeros instrumentos para evaluar el trastorno de ansiedad social (Santos et al., 2015).

La escala en cuestión cuenta con dos modalidades de aplicación, una de ellas es la modalidad heteroaplicada en la cual un entrevistador especializado es quien aplica la escala, mientras que la otra modalidad es la de autoinforme, en la que los propios participantes son los encargados de puntuar las preguntas que se encuentran en la escala (Anexo 2). Ambas versiones incluyen 24 ítems que miden la ansiedad y evitación en situaciones sociales específicas. La escala para puntuar la ansiedad se basa en una escala Likert que varía desde 0 (*ninguna*) hasta 4 (*grave*). Por otro lado, la escala para puntuar la evitación va desde 0 (*nunca*) hasta 4 (*habitualmente*) (Salazar et al., 2018).

Los ítems de este instrumento se dividen en dos subescalas: ansiedad de actuación (compuesta por 13 ítems) y ansiedad social (compuesta por 11 ítems). Los ítems que pertenecen a la subescala de ansiedad de actuación son los números 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20 y 21, mientras que los demás ítems corresponden a la subescala de ansiedad social (Bobes et al., 1999).

Caballo et al., (2016) indica que la versión de autoinforme de esta escala cuenta con propiedades psicométricas adecuadas. La consistencia interna (medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach) es de .93, mientras que para la subescala de Ansiedad es de .90 y para la subescala de Actuación es de .88. Además, la fiabilidad de las dos mitades de Guttman para la puntuación total es de .86 (Salazar et al., 2018, p. 97).

La explicación de cómo interpretar la escala es la siguiente: para obtener la puntuación total se deben sumar todas las preguntas, lo cual resulta en una puntuación que varía entre 0 y 144. En cuanto a las subescalas, se debe sumar únicamente las preguntas correspondientes a cada una de ellas, lo cual puede resultar en una puntuación que varía entre 0 y 72 (Bobes et al., 2004).

Se utilizaron los siguientes puntos de corte propuestos por Bobes et al., (1999) mismos que han sido utilizados en otros estudios con población de Latinoamérica:  $\leq 51$  ansiedad social leve, 52-81 ansiedad social moderada y  $\geq 82$  ansiedad social grave.

### **5.7.3. Formularios de Google**

Formularios de Google es una herramienta proporcionada por la empresa Google, la cual permite crear formularios personalizados para encuestas y cuestionarios. Además, permite resumir los resultados de la encuesta de con tablas y gráficos (Google, 2022).

## **5.8. Consideraciones éticas**

Se proporcionó información sobre los derechos de participación a todos los estudiantes universitarios. De igual forma, se les entregó un consentimiento informado (Anexo 3) donde se explicitaron los objetivos del estudio, y así como las implicaciones de la participación en la investigación.

## **5.9. Procedimiento y análisis de datos**

### **5.9.1. Procedimiento por objetivos**

**Primera fase.** Una vez aprobado el proyecto de investigación (Anexo 4) y obtenidos los permisos requeridos en la Facultad de Salud Humana por parte del decanato se efectuó un acercamiento a las secretarías de las carreras que conforman la Facultad de la Salud Humana para la obtención de los listados de estudiantes matriculados en el periodo octubre 2022 - febrero 2023.

**Segunda fase.** Después de seleccionarse la muestra a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, se procedió a enviar los formularios a los estudiantes a través del correo electrónico institucional, durante la segunda, tercera y cuarta semana del mes de noviembre de 2022. Los instrumentos que se incluyeron en los formularios fueron la Escala de Alexitimia de Toronto (LAC-TAS-20) y la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social versión de autoinforme (LSAS-SR).

**Tercera fase.** Tras haberse recolectado la información a través de los formularios de Google, se procedió a calificar los instrumentos psicométricos. Posteriormente, los datos se organizaron y se tabularon mediante el uso de *Microsoft Excel* 2019. Con esta fase, se cumplieron los objetivos primero y segundo del estudio.

**Cuarta fase.** Luego de recopilar los datos, estos fueron importados a una plataforma de análisis estadístico especializada (SPSS). Se utilizaron técnicas específicas para evaluar las variables y establecer correlaciones, lo que permitió alcanzar el objetivo principal del estudio.

**Quinta fase.** Los resultados obtenidos de la investigación fueron utilizados para desarrollar un plan terapéutico. El plan adopta un enfoque cognitivo conductual grupal.

### **5.9.2. Análisis de datos**

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el uso de la plataforma de software SPSS en su versión 27.0 para Windows. Después de realizar una prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la distribución de los datos, se comprobó que estos no seguían una distribución normal. Como resultado, se empleó la correlación de Tau-c de Kendall para evaluar la correlación existente entre las subescalas del LSAS-SR y del LAC-TAS-20. Dado que los datos presentaban un número considerable de rangos empatados, esta prueba resultó más significativa que otras opciones. Asimismo, se empleó la correlación Tau-b de Kendall para examinar la

relación entre las puntuaciones totales de ambos instrumentos. Por otro lado, se realizaron análisis de frecuencias y porcentajes para evaluar los niveles de alexitimia y ansiedad social.



## 6. Resultados

El objetivo principal de esta investigación fue conocer la relación entre alexitimia y ansiedad social en estudiantes de primer año de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. Para ello, se efectuó una prueba de correlación y los hallazgos obtenidos se presentan en la Tabla 2. Los resultados indicaron que aquellos estudiantes con alexitimia definida presentaban una mayor probabilidad de obtener puntajes más altos de ansiedad social, siendo esta una relación positiva significativa ( $r_{\tau} = ,31, p < ,05$ ). Además, se observó que la subescala Dificultad para Identificar Sentimientos (DIS) de la Escala de Alexitimia de Toronto consensuada para Latinoamérica (LAC-TAS-20) estuvo positivamente correlacionada con las subescalas Ansiedad Social (AS) y Ansiedad Social de Actuación (ASA) y con la puntuación total de la Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social versión autoinformada (LSAS-SR). Asimismo, se distingue que la Dificultad para Describir Sentimientos (DDS) presentó una correlación positiva con la subescala ASA y con la puntuación total del LSAS-SR. Sin embargo, no se observó una relación significativa entre la subescala DDS y la subescala AS, lo mismo sucede con la subescala Pensamiento Orientado Externamente (POE) que no presentó relaciones significativas con ninguna de las otras subescalas.

**Tabla 2. Correlación entre alexitimia y ansiedad social en estudiantes universitarios**

Ansiedad social	Dimensiones	Alexitimia				
		DIS	DDS	POE	Puntuación total de alexitimia	
		$\tau - c$	$\tau - c$	$\tau - c$	$\tau - c$	$\tau - b$
	AS	,25*	,24	,20	,28*	-
	ASA	,26*	,25*	,21	,30*	-
	Total de puntuación de ansiedad social	,27*	,26*	,22	-	,31**

\*\* $p < ,01$ ; \*coeficientes de correlación iguales o superiores a ,25

Nota. DIS=Dificultad para identificar sentimientos; DDS=Dificultad para describir sentimientos; POE: Pensamiento orientado externamente; AS= Ansiedad social; ASA=Ansiedad social de actuación.

Uno de los objetivos específicos de este estudio fue medir los niveles de alexitimia en estudiantes universitarios de primer año a través del uso de la Escala Toronto de Alexitimia consensuada para Latinoamérica (LAC-TAS-20). Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 3, en la cual se evidenció que la gran mayoría de los estudiantes universitarios evaluados, 68,9%, presentaba alexitimia. Además, un 25,1% mostró alexitimia indefinida, y tan solo el 6% de los estudiantes no lo hizo. La puntuación media para alexitimia fue de 60,42 (DE = 12,33). La distribución de alexitimia según ciertas variables sociodemográficas se muestra en la Tabla 6 (Anexo 5). Se observó una prevalencia superior de alexitimia en las personas del género femenino en relación con las del género masculino.

**Tabla 3. Distribución de alexitimia en estudiantes universitarios de primer año**

Alexitimia	f <sub>i</sub>	%
No presenta alexitimia	10	6,0
Alexitimia indefinida	42	25,1
Alexitimia	115	68,9
Total	167	100

Nota. f<sub>i</sub> = frecuencia.

El segundo objetivo específico de esta investigación consistió en evaluar los niveles de ansiedad social en estudiantes universitarios mediante la aplicación de la Escala de ansiedad social de Liebowitz versión autoinformada (LSAS-SR). Los datos obtenidos se muestran en la Tabla 4. Estos resultados revelan que un porcentaje importante de los estudiantes universitarios evaluados presentó algún nivel de ansiedad social, con un 58,7% de ellos reportando niveles entre moderados y graves. El promedio de ansiedad social fue 58,74 (DE=27,28). La distribución de ansiedad social según variables sociodemográficas se muestra en la Tabla 7 (Anexo 5). Los participantes con niveles de gravedad moderada a grave fueron predominantemente del género femenino.

**Tabla 4. Distribución de ansiedad social en estudiantes universitarios de primer año**

Ansiedad social	f <sub>i</sub>	%
Leve	69	41,3
Moderado	59	35,3
Grave	39	23,4
Total	167	100

Nota. f<sub>i</sub> = frecuencia

Finalmente, el último objetivo específico fue elaborar un plan de intervención psicoterapéutico ante la ansiedad social y alexitimia en función de los resultados. Dado que los niveles de ansiedad social, como de alexitimia excedieron el 50%, se realizó una intervención secundaria, es decir el tratamiento psicológico. En la Tabla 5 se brinda una descripción del plan. A continuación, se expone la introducción, objetivos y metodología de este.

### **Introducción al plan de tratamiento**

La alexitimia y la ansiedad social son dos problemáticas con alta prevalencia en la población adolescente y joven, que a menudo se presentan de forma conjunta. De hecho, en el presente estudio se constataron niveles elevados de ansiedad social entre moderado y grave (58,7%) y alexitimia (68,9%) en la población estudiantil. Estos fenómenos son especialmente relevantes ya que la alexitimia se considera un factor de riesgo que influye en el inicio y el curso de muchos trastornos psiquiátricos (Donges y Suslow, 2017), mientras que el trastorno de ansiedad social ha sido asociado con importantes consecuencias y altos niveles de deterioro, incluyendo un impacto en el rendimiento académico, la calidad de las relaciones sociales, el

trabajo y las relaciones íntimas en la edad adulta (Leigh y Clark, 2018). De este modo, es esencial abordar tanto la ansiedad social como la alexitimia de manera conjunta, ya que ambas problemáticas afectan de manera importante la vida de quienes lo experimentan.

En este contexto, se plantea un plan de tratamiento cognitivo-conductual que busca disminuir los niveles de alexitimia y ansiedad social en la población estudiantil y, con ello, prevenir la progresión de estos problemas y mejorar el bienestar de los estudiantes universitarios. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser eficaz para tratar el trastorno de ansiedad social y la alexitimia. Este tratamiento se realizará de manera grupal, una modalidad ampliamente estudiada y documentada en la literatura científica para el tratamiento de trastornos de ansiedad, especialmente la ansiedad social (Bieling et al., 2006). Es preciso señalar que este programa está basado en el modelo de TCC grupal de varios autores (Bieling et al., 2006; Caballo, 2002; Caballo et al., 2018; Heimberg et al., 2010; Hofmann y Otto, 2008; Robert et al., 2012; Vallejo, 2012).

En concordancia con lo anterior, Barlow (2012) señala que el uso de grupos para tratar el trastorno de ansiedad social presenta numerosas ventajas tales como la oportunidad de aprendizaje vicario, el apoyo proporcionado por otras personas que padecen problemas similares, oportunidad de realizar juegos de roles y la exposición informal que se deriva de la participación en el grupo, así como el contacto con personas diversas que proporcionan evidencia para desafiar los pensamientos distorsionados. De igual, la terapia grupal se ha mostrado efectiva para tratar la alexitimia, tanto por algunas de las razones antes mencionadas como porque promueve el contacto con otras personas y brinda la oportunidad de observar las respuestas emocionales de los demás (Panaite y Bylsma, 2012).

En el referente a la metodología, el programa de tratamiento consta de ciertos requisitos que deben ser cumplidos, tales como la aceptación voluntaria y la firma de un consentimiento informado, la presencia de criterios para la ansiedad social y alexitimia y la ausencia de otras comorbilidades que pudieran impedir la participación. El programa se llevará a cabo con un grupo de 7 a 10 participantes, con una proporción equilibrada de ambos sexos, y estará dividido en tres fases: evaluación y selección (1), tratamiento (2), evaluación y seguimiento (3). El total de sesiones es de 20. Las sesiones tendrán una duración de 2 horas en la segunda fase y de 1 hora en la fase 1 y 3 y se llevarán a cabo una vez por semana. No obstante, la cantidad de sesiones podría ser ampliada relación al progreso del grupo y las consideraciones del terapeuta. Para aquellos estudiantes con niveles graves de ansiedad social y que su condición impida ir directamente a la fase de tratamiento, se realizarán sesiones individuales previas al tratamiento grupal con el fin de brindarles herramientas para hacer manejable su ansiedad y permitirles

aprovechar plenamente los beneficios de la terapia grupal, para estos casos el administrador del tratamiento podrá valerse de las diferentes técnicas empleadas a lo largo del programa. El programa será dirigido por uno o dos psicólogos clínicos, preferentemente un hombre y una mujer.

### **Objetivos**

El objetivo general de este programa se enmarca disminuir los niveles de ansiedad social y alexitimia en estudiantes universitarios a través de un enfoque cognitivo-conductual grupal. Mientras que los objetivos específicos incluyen:

- Realizar una evaluación integral para seleccionar a los participantes para el tratamiento grupal.
- Facilitar que los participantes aprendan estrategias para mejorar la conciencia emocional y la expresividad, y fomentar una cultura de apoyo mutuo en el grupo terapéutico.
- Facilitar que los participantes adquieran y empleen técnicas y estrategias cognitivas y conductuales efectivas para reducir la ansiedad en situaciones sociales.
- Potenciar la interacción social y la confianza de los participantes, mediante el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación efectiva, que les permitan desenvolverse exitosamente en situaciones sociales.
- Realizar una evaluación del plan de tratamiento para examinar su efectividad en el progreso de los participantes.

**Tabla 5. Plan de tratamiento psicológico para la ansiedad social y alexitimia en estudiantes universitarios**

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
<b>Primera fase: evaluación y selección</b>					
1	Evaluación I	<p>Evaluar psicológicamente a los posibles participantes.</p> <p>Establecer el diagnóstico de fobia social y especificar su gravedad.</p> <p>Determinar la presencia de alexitimia.</p> <p>Determinar la presencia de un déficit de habilidades sociales.</p>	<p>Entrevista y observación clínica (Historia clínica).</p> <p>Cuestionarios: Cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO), Escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS), Escala de Alexitimia de Toronto (LAC-TAS-20) y Cuestionario de habilidades sociales (CHASO).</p> <p>Ficha de Jerarquía de evitación y ansiedad de situaciones sociales (Anexo 6).</p>	<p>La sesión comenzará con el establecimiento del rapport entre el psicólogo y el consultante. Este vínculo de confianza se mantendrá durante todo el proceso para asegurar el éxito del tratamiento. Luego se procederá a realizar una entrevista clínica exhaustiva para evaluar los aspectos relevantes relacionados con la ansiedad social, la presencia de alexitimia y la falta de habilidades sociales del participante.</p> <p>El psicólogo llevará a cabo una evaluación íntegra para determinar la presencia de cualquier trastorno concurrente y para determinar si estos problemas adicionales son una consecuencia de la fobia social o si existen con anterioridad. Si es necesario, se aplicarán otros cuestionarios para evaluar problemas comórbidos adicionales. Es importante que el psicólogo evalúe la viabilidad de ofrecer el tratamiento al consultante en caso de que presente otros trastornos, y pueda ofrecer otras opciones adecuadas.</p> <p>Además, el terapeuta utilizará los cuestionarios CASO, LSAS, CHASO y LAC-TAS- 20 para obtener información adicional sobre la fobia social, habilidades sociales y alexitimia. También se solicitará al consultante que realice una ficha de Jerarquía de evitación y ansiedad de situaciones sociales (Anexo 6), que deberá completarse durante la semana hasta la próxima sesión, para documentar su progreso y detectar cualquier patrón o desafío que deba abordarse en la terapia. El psicólogo dará las instrucciones necesarias para que pueda llenar la ficha, hasta que determine que puede hacerlo de manera autónoma y adecuada.</p>	60 min
2	Evaluación II	<p>Concientizar al evaluado sobre el problema de ansiedad social y alexitimia.</p> <p>Informar la propuesta de tratamiento.</p>	<p>Técnicas de información.</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Ficha de Jerarquía de exposición</p>	<p>El psicólogo recogerá y revisará la ficha del consultante y proporcionará una retroalimentación de los resultados de los cuestionarios aplicados en la sesión anterior. Si el diagnóstico de alexitimia y ansiedad social, o déficit de habilidades sociales, se establece, el psicólogo explicará la gravedad de los problemas y cómo afectan la vida diaria del consultante en términos claros y simples. A continuación, presentará una propuesta de tratamiento y determinará si es apropiada para el caso del consultante. En caso contrario, se ofrecerán alternativas adecuadas.</p>	60 min

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
				<p>Si el psicólogo determina que la gravedad de la ansiedad social es alta, se programarán sesiones individuales antes de iniciar el tratamiento grupal para hacer manejable la ansiedad y garantizar un grupo equilibrado (Sesiones 3 y 4). Si el consultante acepta el tratamiento, el terapeuta proporcionará una explicación general del funcionamiento del grupo terapéutico, incluyendo los objetivos generales del programa, la duración, la distribución y la frecuencia de las sesiones. A continuación, el terapeuta en conjunto con el consultante definirá los objetivos específicos que esperan obtener con la terapia.</p> <p>Es importante que el terapeuta proporcione una breve explicación del modelo de tratamiento, haciendo hincapié en el proceso de exposición. A continuación, se elaborará una jerarquía de exposición en colaboración con el consultante. Finalmente, se procederá a la firma del contrato-consentimiento informado, que contendrá la misma información que se proporcionó verbalmente.</p>	
3	Técnicas de Respiración para Manejar la Ansiedad I	Proporcionar al consultante herramientas y estrategias para manejar su ansiedad y fomentar su capacidad de autogestión en su vida cotidiana.	Psicoeducación Técnica de respiración diafragmática	<p>Se iniciará la sesión estableciendo el rapport con el consultante y se explicará la justificación para llevar a cabo las sesiones individuales previas al tratamiento grupal. Se establecerá la agenda de la sesión y se procederá a realizar un proceso de psicoeducación enfocado en proporcionar información general sobre el trastorno de ansiedad social desde el modelo cognitivo conductual. Se explicará detalladamente la naturaleza del trastorno, su etiología y los procesos subyacentes. También se discutirán los costos y beneficios de superar el problema, así como la relación entre los pensamientos, comportamientos y ansiedad.</p> <p>En esta sesión, el terapeuta enseñará la técnica de respiración diafragmática para manejar la ansiedad. Se explicará en qué consiste la técnica y por qué es importante realizarla, y se guiará al consultante a través de varios ciclos de respiración para asegurarse de que la esté haciendo correctamente. Además, se instruirá al consultante en la práctica de hablar y pensar lento para ralentizar las respuestas fisiológicas del cuerpo y prevenir la angustia provocada por pensamientos acelerados, lo que resulta en una reducción de la ansiedad. El terapeuta animará al consultante a aplicar esta estrategia a sus hábitos de pensamiento y discutirá cómo se puede utilizar la técnica</p>	60 min

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
				en situaciones de ansiedad para reducir los síntomas y promover la relajación. Se asignarán tareas de práctica para que el consultante pueda integrar la respiración diafragmática en su vida diaria.	
4	Técnicas de Respiración para Manejar la Ansiedad II	Facilitar el aprendizaje por parte del consultante de técnicas de relajación y visualización, con el fin de reducir su nivel de ansiedad.	Técnicas de relajación mediante la respiración. Técnica de visualización. Psicoeducación	En la sesión se llevará a cabo una revisión de las tareas asignadas al consultante, se le proporcionará retroalimentación y se reforzarán los avances logrados hasta el momento. De igual manera, se realizará un proceso psicoeducativo sobre la sintomatología de la ansiedad social y se le brindaran algunos ejemplos de cómo se mantiene. Además, se dedicará tiempo para responder a cualquier pregunta que el consultante pueda tener. En esta ocasión, el consultante recibirá instrucciones sobre dos técnicas de relajación mediante la respiración. La primera técnica implica mantener la respiración durante tres segundos después de inhalar por la nariz, para luego exhalar por los labios fruncidos mientras se dice "Relájate" a sí mismo. La segunda técnica consiste en inhalar por la nariz durante un conteo de 3 a 6, y luego exhalar por la nariz al mismo ritmo. Se alentará al consultante a mantener este ritmo de respiración durante varios minutos para promover la relajación. Posteriormente, se enseñará la técnica de visualización, que combina elementos de relajación y distracción. Durante la visualización, el consultante se imaginará a sí mismo en un lugar o situación agradable y relajante, ya sea real o imaginario. Se seguirán los siguientes pasos para enseñar la visualización: (1) descripción de la técnica, (2) demostración y (3) práctica. Como tarea, el consultante practicará la visualización, inicialmente con la ayuda de una grabación hecha por el terapeuta, pero eventualmente debería practicar la técnica por su cuenta, haciendo la relajación y la cuenta por sí mismo antes de entrar en la imagen. Luego, el consultante puede continuar con la imagen todo el tiempo que desee.	60 min
<b>Fase de tratamiento (13 sesiones)</b>					
5	Introducción al grupo: comprendiendo la fobia social	Constituir el grupo terapéutico. Proporcionar una comprensión de la fobia social.	Psicoeducación Dialogo socrático	En la primera sesión del tratamiento se dará una atención especial al establecimiento del rapport entre el terapeuta y los miembros del grupo. Para lograr esto, el terapeuta se presentará al grupo y realizará una actividad de inicio que promueva la presentación de cada miembro, incluyendo sus nombres y expectativas en cuanto al tratamiento. El	120 min

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
		Brindar una introducción al modelo de tratamiento.		<p>terapeuta debe reforzar el hecho de que los participantes hayan tomado la iniciativa de asistir al programa. Posteriormente, se discutirá con los participantes su "situación actual", donde ellos podrán compartir similitudes en cuanto a los problemas que enfrentan, por ejemplo, cómo es su reacción ante determinadas situaciones, qué sienten y qué síntomas experimentan. El terapeuta deberá destacar las similitudes entre las situaciones de los miembros del grupo para promover la unión del grupo.</p> <p>A continuación, se explicarán las normas básicas de convivencia grupal que se aplicarán durante toda la intervención, incluyendo la confidencialidad, el respeto, la asistencia regular, la puntualidad, la participación y el compromiso de realizar las tareas para la casa.</p> <p>Después, se llevará a cabo un proceso psicoeducativo para que los participantes entiendan la naturaleza del trastorno de ansiedad social. Se les enseñará uno de modelos explicativos sobre ansiedad social (remitirse a la sección 4.2.5. Modelos explicativos sobre ansiedad social) y se les explicará la sintomatología a nivel cognitivo, conductual y fisiológico (ver sección 4.2.7. Características clínicas de la ansiedad social). Se recomienda que se haga énfasis en cómo la evitación contribuye al mantenimiento de la ansiedad y cómo la exposición contribuye a disminuirla. Además, se discutirán los costos y beneficios de superar la fobia social y las estrategias para lidiar con obstáculos que puedan surgir durante el tratamiento. Es importante que el terapeuta entregue a los participantes la información en fotocopias sobre lo que se trató en la sesión.</p> <p>Después de un receso de 15 minutos, se explicará la metodología y los fundamentos del programa y se resolverán las dudas que puedan surgir. Finalmente, se les indicará a los participantes que las tareas para la casa son un elemento importante del tratamiento y que no hacerlas en casa puede ser considerado una forma de evitación. Se les asignará como tarea leer el material brindado en fotocopias.</p>	
6	Entendiendo las emociones y	Que los participantes adquieran una comprensión clara y precisa de la	Psicoeducación Juego de roles Reestructuración cognitiva.	Para iniciar, se establecerá el orden del día, seguido de una revisión sistemática de las tareas asignadas en la sesión anterior para abordar cualquier incertidumbre y brindar retroalimentación significativa sobre las lecturas correspondientes. Se llevará a cabo un proceso psicoeducativo	120 min



Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
	Estrategias cognitivas I	<p>naturaleza de la alexitimia.</p> <p>Desarrollar la capacidad de observar y describir de manera efectiva sus emociones, lo que implica una mayor conciencia y comprensión de su estado emocional en diferentes situaciones.</p> <p>Adquirir habilidades básicas de reestructuración cognitiva para poder identificar y cambiar los patrones de pensamiento negativos que contribuyen a su malestar emocional.</p>	Autorregistros	<p>para que los consultantes comprendan las características, síntomas y consecuencias de la alexitimia, así como su impacto en la salud mental, también se llevará a cabo un proceso de psicoeducación emocional, donde se trabajarán seis aspectos importantes. Primero, se explicará qué son las emociones y su función, proporcionando ejemplos para conceptualizar las principales emociones. Segundo, se expondrá que existen eventos de activación que ocurren justo antes de que comience una emoción. Tercero, se discutirán las interpretaciones y suposiciones típicas sobre los eventos que provocan una emoción específica. Cuarto, se indicará que para cada emoción existen cambios biológicos y experiencias típicas, incluyendo sensaciones corporales y sentimientos. Quinto, se señalará que las emociones se expresan a través de expresiones faciales, lenguaje corporal, comunicaciones verbales y acciones asociadas con emociones específicas. Sexto, se discutirán las secuelas de las emociones, es decir, lo que le ocurre a la mente, el cuerpo y las cogniciones justo después de que comienza la primera emoción. Finalmente, se llevará a cabo un juego de roles en el que cada persona pensará en una situación emocional y se describirá el comportamiento no verbal expresivo de los participantes, prestando especial atención a las caras. Los participantes describirán cómo se sintieron y qué estaban expresando durante el juego.</p> <p>Después de un receso de 15 minutos, se explicará brevemente el modelo explicativo para la fobia social y se resaltarán la importancia de las cogniciones en el mantenimiento de la ansiedad. A continuación, se llevará a cabo una reestructuración cognitiva, comenzando con la exploración de la relación entre pensamientos, situaciones desencadenadoras y afecto. Se alentará a los participantes a discutir los desencadenantes de su ansiedad, incluyendo los tipos de situaciones que les causan temor y las variables que influyen en su miedo al entrar en estas situaciones. Además, se les animará a ser más conscientes de los pensamientos, creencias y predicciones que surgen antes, durante y después de estas situaciones. A través del monitoreo y discusión cuidadosos en el grupo, los participantes aprenderán a ser más conscientes de las situaciones que desencadenan la</p>	

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
				ansiedad y de los pensamientos que se cree que median la relación entre estas situaciones y las emociones negativas asociadas con la fobia social. La tarea para la casa consistirá en completar un formulario de autorregistro que brinde la oportunidad de reflexionar sobre la ansiedad a través de los tres componentes identificados: sensaciones físicas, cogniciones y respuestas comportamentales durante cada episodio de ansiedad o miedo. Para esto el terapeuta dará las instrucciones necesarias asegurándose de que los participantes puedan llenar la ficha de forma apropiada.	
7	Entendiendo las emociones y Estrategias cognitivas II	Explorar el rol esencial y valioso que cumplen la gama de emociones en la vida diaria. Comenzar a observar las experiencias emocionales desde sus tres componentes. Brindar técnicas eficaces para desafiar los pensamientos ansiosos con relación a situaciones sociales.	Psicoeducación Reestructuración cognitiva Experimentos conductuales Ficha de Hoja de trabajo para desafiar los pensamientos automáticos (Anexo 7)	La sesión comenzará con la elaboración de un orden del día, seguido de una revisión de las actividades asignadas en la sesión anterior. Posteriormente, se proporcionará psicoeducación sobre la naturaleza funcional y adaptativa de las emociones, lo que implicará explicar que, aunque las emociones puedan sentirse negativas, cumplen una función y son necesarias para nuestra supervivencia. Se destacarán ejemplos de emociones como miedo, ansiedad, depresión e ira, que alertan sobre hechos o situaciones internas o externas importantes. Se ayudará a los consultantes a identificar las tres partes componentes de sus experiencias emocionales, que son lo que piensan (cognitivo), lo que hacen (conductual) y cómo se sienten físicamente (fisiológicos), lo que les permitirá manejar sus emociones de manera menos abrumadora. Después de un receso de 15 minutos, se abordarán dos tipos de distorsiones cognitivas comúnmente presentes en la fobia social: la sobrestimación de probabilidades y el pensamiento catastrófico. Se explicarán formas de cuestionar ambos tipos de distorsiones, incluyendo la evaluación tanto de la evidencia que respalda como la que refuta el pensamiento, y la formulación de preguntas que ayuden a poner las cosas en perspectiva. A los participantes se les enseñará a completar una ficha para cambiar sus pensamientos automáticos (véase Anexo 7). Además, se presentará una explicación sobre qué son los experimentos conductuales (implica realizar una prueba conductual para poner a prueba la validez de una creencia o hipótesis sobre uno mismo o el mundo) y sobre la importancia de su práctica como parte de la reestructuración cognitiva. Finalmente, se dará instrucciones a los consultantes para que puedan	120 min

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
				participar en experimentos conductuales y se realizarán algunos ejemplos en sesión. Como tarea para la casa, se solicitará a los participantes que completen la ficha que previamente aprendieron y realicen al menos dos experimentos conductuales durante la próxima semana.	
8	Introducción a las Estrategias de exposición	Fomentar la comprensión de los consultantes sobre la importancia de la exposición y lograr su compromiso para llevarla a cabo. Promover la práctica de la exposición a través de un juego de roles en el grupo.	Psicoeducación Exposición Juego de roles Ficha de Jerarquía de evitación y ansiedad de situaciones sociales (Anexo 6). Autorregistros	Se inicia la sesión estableciendo una agenda, y se dedica tiempo para revisar la tarea asignada en la sesión anterior y brindar retroalimentación a los participantes, ayudándolos a desafiar sus pensamientos ansiosos. Se fomenta que los participantes se apoyen mutuamente al examinar la evidencia de sus pensamientos ansiosos durante el grupo. Después de la revisión de la tarea, se explica la exposición y sus procedimientos, se discuten las preocupaciones de los consultantes y se evalúan las ventajas y desventajas de llevarla a cabo. Se obtiene un compromiso para realizar la exposición, asegurándose de que sean prácticas predecibles, frecuentes y prolongadas. Se solicita a los participantes que revisen la ficha de jerarquía de exposición que se realizó en sesiones anteriores y se afinan los detalles, asegurándose de que cubra una variedad de niveles de dificultad y situaciones temidas, el psicólogo deberá prestar la orientación necesaria a los participantes para este fin. Posteriormente, se brinda a los participantes la oportunidad de realizar una práctica de exposición desde la parte inferior de su jerarquía (Anexo 6) a través de un juego de roles con los demás miembros del grupo, seguida de una discusión sobre la experiencia. Como tarea, se instruye a los participantes a practicar ejercicios de exposición que les permitan enfrentar situaciones similares a las que se trabajaron en el grupo, y se les pide que lleven un registro de todas las exposiciones que realicen a partir de ese momento.	120 min
9	Estrategias de exposición I	Continuar la práctica de la exposición y la aplicación de estrategias cognitivas en el manejo de la ansiedad social por parte de los	Técnicas de información Exposición Ficha de Jerarquía de evitación y ansiedad de situaciones sociales (Anexo 6).	Al comienzo se establece la agenda del día y se lleva a cabo una revisión y discusión de las tareas asignadas en la sesión anterior. Se presta especial atención a las experiencias de los participantes al realizar la tarea de exposición, incluyendo tanto los pensamientos como los comportamientos que surgieron durante la actividad, y se discute cómo las estrategias cognitivas contribuyeron a la misma. Los participantes del grupo proporcionan valoraciones actuales de miedo o evitación para cada	120 min

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
		participantes del grupo. Fomentar la colaboración y el apoyo mutuo entre los miembros del grupo en la realización de las prácticas de exposición, y en la identificación y refutación de los pensamientos automáticos negativos que surgen durante la exposición.	Juego de roles	elemento en su jerarquía (Anexo 6). Durante la sesión, se realiza una revisión de la ficha de jerarquía de miedo y ansiedad para verificar si ha habido cambios en las situaciones. Después de un receso, se enfatiza nuevamente la importancia de la exposición en el tratamiento y se explican los beneficios que conlleva. El grupo lleva a cabo más actividades de exposición a través de juegos de roles, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada participante con relación a la ansiedad social, y se fomenta que el grupo brinde apoyo y ayuda. En estas actividades, todo el grupo participa y se involucran situaciones como conversaciones informales en una fiesta. Después de la actividad, se lleva a cabo una discusión en la que se analizan los pensamientos automáticos que surgieron durante la situación y se trabaja en etiquetarlos y refutar los errores de pensamiento, desarrollando una respuesta racional alternativa. Las prácticas de exposición en esta sesión comienzan con situaciones que generan ansiedad leve en la jerarquía de exposición. Como tarea para casa, los consultantes deben realizar prácticas de exposición, simulando situaciones sociales con su familia o grupo cercano, comenzando con situaciones que generen ansiedad moderada y avanzando gradualmente hasta situaciones que provoquen ansiedad mínima.	
10	Estrategias de exposición II	Ayudar a los participantes a superar los comportamientos de seguridad que limitan su capacidad para interactuar socialmente y abordar situaciones temidas.	Técnicas de información Exposición in vivo Juego de roles	En el inicio de la sesión, se establece la agenda y se realiza una revisión y discusión exhaustiva de las tareas asignadas en la sesión anterior, con especial atención a las experiencias de los participantes durante la realización de la tarea de exposición. Se implementa la práctica de representaciones de roles de exposición simuladas en pequeños grupos, adaptándose a las necesidades de los participantes, mientras se promueve la contribución de los miembros del grupo en las exposiciones de los demás por parte del terapeuta. Se instruye a los consultantes que normalmente realizan comportamientos de seguridad durante las interacciones sociales para que abandonen esos comportamientos durante la exposición in vivo. Los comportamientos activos se detienen (por ejemplo, disculparse frecuentemente o usar alcohol) y se persiguen intencionalmente los comportamientos normalmente evitados (por ejemplo, disentir con la gente o contar chistes).	120 min

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
				Una vez que el consultante ha experimentado habituación, se le asigna una exposición in vivo a situaciones relacionadas como tarea para el hogar, repitiéndola por cuenta propia hasta que evoca ansiedad mínima. Luego se aborda el siguiente elemento de la jerarquía de la misma manera, hasta completar todas las situaciones temidas. En cada exposición, se deben aplicar las estrategias aprendidas en las sesiones anteriores.	
11, 12 y 13	Estrategias de exposición III, IV y V.	Enriquecer el aprendizaje y la comprensión de los procesos de exposición y habituación. Enfrentar con éxito situaciones temidas y reducir la ansiedad y la evitación asociada a las mismas.	Técnicas de información Exposición Ficha de Jerarquía de evitación y ansiedad de situaciones sociales (Anexo 6).	En línea con las sesiones anteriores, estas sesiones siguen una estructura predeterminada que comprende la revisión de las tareas para casa asignadas en la sesión previa, la discusión de las experiencias y estrategias cognitivas empleadas durante la tarea de exposición, y la valoración actual de los niveles de miedo y evitación para cada elemento en la jerarquía de ansiedad de los participantes. Se otorga especial atención a las vivencias y desempeño de los consultantes durante la ejecución de la tarea, y se revisa la ficha de jerarquía de miedo y ansiedad con el fin de verificar si se han producido cambios en las situaciones ascendentes o descendentes. En este contexto, se llevan a cabo diversas actividades de exposición en el grupo, o bien en subgrupos, con el objetivo de ofrecer una retroalimentación a los consultantes sobre las estrategias cognitivas empleadas en la tarea. Además, se insta a los consultantes a practicar la exposición como tarea para la casa un total de cuatro a seis veces durante la próxima semana, en una o varias situaciones, haciendo uso de las estrategias cognitivas aprendidas en las sesiones previas.	120 min
14 y 15	Habilidades sociales I	Proporcionar a los participantes una comprensión general del entrenamiento en habilidades sociales. Mejorar gradualmente las habilidades sociales de los consultantes en situaciones reales.	Psicoeducación Entrenamiento en habilidades sociales Exposición Autorregistros	Al comienzo se establecerá una agenda y se llevará a cabo una revisión minuciosa de las tareas asignadas en la sesión anterior, y se brindará retroalimentación correctiva con relación al uso de estrategias cognitivas y exposición. En esta sesión en particular, se proporcionará a los participantes una comprensión general del entrenamiento en habilidades sociales. Se presentará a los miembros del grupo una exposición sobre el concepto de habilidad social y sus diversas dimensiones con relación al problema de la fobia social. Además, se les brindará información esencial sobre los componentes no verbales, paralingüísticos y verbales más relevantes para la conducta socialmente habilidosa. Se iniciará con una descripción general de la comunicación no verbal, seguida por un análisis	120 min

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
				<p>breve de algunos de sus elementos fundamentales, tal como propone Caballo, (2002).</p> <p>En conjunto con los participantes, se identificarán habilidades específicas en las que se desea trabajar y se les alentará a combinar el ensayo de habilidades sociales con sus prácticas de exposición. La tarea para casa incluirá completar registros de pensamientos y practicar la exposición, con énfasis en intentar cambiar comportamientos sociales específicos durante las prácticas de exposición.</p>	
16	Habilidades sociales II	Que los participantes adquieran habilidades sociales para enfrentar su fobia social, aprendiendo a comunicarse efectivamente y reducir el miedo y la ansiedad asociados a situaciones sociales.	Psicoeducación Entrenamiento en habilidades sociales Exposición	<p>Al inicio de cada sesión de entrenamiento en habilidades sociales, se establece la agenda y se realiza una revisión detallada de las tareas asignadas en la sesión anterior. Durante la sesión en cuestión, se proporciona a los miembros del grupo una comprensión general del entrenamiento en habilidades sociales, comenzando con una explicación sobre cómo ciertos tipos de comportamientos sociales pueden llevar a reacciones negativas de los demás, lo que a menudo genera temor en los consultantes.</p> <p>A continuación, se alienta a los consultantes a identificar las habilidades sociales específicas en las que desean trabajar, y se realizan ejercicios de juego de roles para practicar nuevas habilidades sociales, obteniendo comentarios del grupo. Estas prácticas pueden ser grabadas en video para que los consultantes tengan la oportunidad de revisar su desempeño y para que los miembros del grupo puedan brindar retroalimentación adicional. Es importante enfatizar a los consultantes que no es esencial que realicen las prácticas de manera perfecta.</p> <p>Durante el entrenamiento en habilidades sociales, se abordan diversas áreas para mejorar las interacciones sociales, tales como la comunicación no verbal (que incluye el contacto visual, lenguaje corporal, espacio personal, expresiones faciales, volumen y tono de voz), asertividad, el manejo del conflicto, las habilidades de presentación y las habilidades para citas y entrevistas.</p> <p>Por último, se asigna una tarea para la casa que incluye la práctica de la exposición, con énfasis en intentar cambiar comportamientos sociales específicos durante estas prácticas.</p>	120 min

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
17	Finalización del tratamiento	<p>Revisar brevemente el progreso individual de cada miembro del grupo, destacando las habilidades adquiridas y discutiendo ansiedades superadas y persistentes, y planes de abordaje futuros.</p> <p>Identificar posibles desencadenantes de recaída o recurrencia de síntomas de ansiedad y motivar a los consultantes a estar atentos.</p>	Técnicas de información Dialogo socrático	<p>En la sesión se revisará la tarea asignada en la sesión anterior y se enfatizará en el progreso individual de cada miembro del grupo, resaltando las habilidades que han adquirido. Cada persona tendrá la oportunidad de expresar algo constructivo hacia los demás miembros del grupo, ya sean terapeutas o compañeros. La discusión de los logros alcanzados será informal y liderada por los consultantes, abarcando temas como las ansiedades superadas, las que aún persisten y los planes para abordarlas en el futuro.</p> <p>La segunda parte de la sesión se enfocará en identificar los posibles desencadenantes que pueden llevar a una recaída o recurrencia de los síntomas de ansiedad, tales como el estrés en la vida diaria, las experiencias negativas en situaciones sociales o la recaída en hábitos de evitación anteriores. Se alentará a los consultantes a estar atentos a estos desencadenantes y a notar cualquier cambio en sus niveles de ansiedad antes de que se vuelvan abrumadores. Además, se les motivará a seguir practicando la exposición ocasional y a desafiar regularmente sus pensamientos ansiosos.</p> <p>Finalmente, se proporcionará información sobre las próximas sesiones de evaluación del tratamiento, que incluirán una sesión individual y otra grupal, y se responderán todas las preguntas y dudas que puedan surgir al respecto.</p>	120 min
<b>Fase de evaluación (dos sesiones: la primera grupal y la segunda individual) y fase de seguimiento individual (a los 4 meses)</b>					
18	Evaluación final grupal	<p>Permitir que consoliden sus habilidades de terapia cognitivo-conductual.</p> <p>Evaluar el tratamiento</p> <p>Establecer objetivos a corto y largo plazo.</p> <p>Finalizar el grupo terapéutico.</p>	<p>Cuestionarios utilizados en la evaluación inicial.</p> <p>Técnicas de información</p>	<p>Durante la sesión de evaluación grupal, los participantes tendrán la oportunidad de compartir sus experiencias y progresos individuales con el grupo, brindando retroalimentación y apoyo mutuo. Se realizarán actividades prácticas para revisar y consolidar las habilidades de terapia cognitivo-conductual aprendidas, y se completará una evaluación postratamiento incluyendo todas las medidas que se hayan completado al inicio del tratamiento. Para aquellos que continúen experimentando ansiedad social significativa, se recomendarán otras opciones, tales como referencia a otros profesionales de la salud mental. También se proporcionará una oportunidad para que los participantes realicen una autoevaluación de su progreso y establezcan objetivos a corto y largo</p>	60 min

Sesión	Tema	Objetivos	Técnicas y herramientas	Desarrollo	Duración
				plazo. Finalmente se agradecerá la participación de los estudiantes en el programa.	
19	Evaluación final individual	Evaluar los progresos a nivel individual. Reforzar las estrategias aprendidas.	Dialogo socrático Técnicas de información	En esta sesión se presentarán los resultados de los cuestionarios completados en la sesión anterior y se explicarán en función de los principios del tratamiento. Se llevará a cabo un análisis exhaustivo de la sintomatología de la ansiedad social, y se reforzará el plan personal para los próximos cuatro meses, enfatizando la aplicación de las estrategias adquiridas durante las sesiones previas. Este proceso permitirá al consultante establecer metas realistas y alcanzables, proporcionándole la motivación y el apoyo necesarios para mantener su progreso y mejorar continuamente en el futuro. Se dará una explicación sobre la última sesión que se llevará a los 4 meses, indicando la justificación de la misma. Nuevamente se agradecerá la participación del consultante y se lo alentará a continuar con la práctica de las nuevas estrategias aprendidas.	60 min
20	Seguimiento individual	Realizar una evaluación para examinar el progreso de los participantes después de haber finalizado el tratamiento.	Técnicas de información. Dialogo socrático.	Durante la última sesión, es esencial llevar a cabo una discusión individual con el consultante con el fin de evaluar su progreso y determinar si se han logrado los objetivos terapéuticos previamente establecidos. Esta discusión permitirá al consultante reflexionar sobre sus experiencias, identificar desafíos y examinar situaciones específicas que hayan sido especialmente desafiantes. Además, se reforzarán las técnicas y estrategias aprendidas en la terapia para asegurar que el consultante tenga una comprensión clara de cómo aplicarlas en su vida diaria y pueda mantener su progreso. Por último, se fomentará la reflexión individual sobre la experiencia en la terapia, lo que permitirá al consultante examinar sus pensamientos, emociones y comportamientos, identificar áreas de mejora y avanzar en su camino hacia la recuperación.	60 min

*Nota.* Adaptado de: Cognitive-Behavioral Therapy in Groups. Bieling, P., McCabe, R., y Antony, M. (2006). The Guilford Press; *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (2.ª ed., Vol. 1)*. Caballo, V. (2002). Siglo XX; *Programa de intervención multidimensional para la ansiedad social (IMAS) Libro del paciente (1.ª ed.)*. Caballo, V., Salazar, I., y Garrido, L. (2018). Ediciones Pirámide.; *An Overview of Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia*. En Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies. Heimberg, R., y Becker, R. (2002). Guilford Publications.; *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder—Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*. Hofmann, S., y Otto, Mi. (2008). Taylor y Francis Group.; *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders (2.ª ed.)*. Robert, L., Stephen, J., y Lata, K. (2012). The Guilford Press.; *Manual de Terapia de Conducta. Tomo I (2.ª ed.)*. Vallejo, M. (2012). Dykinson.



## 7. Discusión

En el presente estudio se investigó la relación entre la alexitimia y la ansiedad social en estudiantes universitarios de primer año. Los resultados de esta investigación han mostrado una correlación significativa y positiva entre los niveles de alexitimia y ansiedad social en esta población, lo que concuerda con investigaciones previas realizadas en universitarios (Dalbudak et al., 2013; Lyvers et al., 2018; Panayiotou et al., 2020). Además, se encontró una correlación positiva entre la subescala Dificultad para Identificar Sentimientos (DIS) de la Escala de Alexitimia de Toronto consensuada para Latinoamérica (LAC-TAS-20) y las subescalas de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz en su versión autoinformada (LSAS-SR), a excepción de la escala Pensamiento Orientado Externamente (POE) de LAC-TAS-20, este resultado es consistente con los hallazgos previos de Dalbudak et al., (2013). Estos hallazgos sugieren que las personas con ansiedad social tienen un procesamiento emocional erróneo de las señales internas y externas, lo cual respalda el modelo explicativo cognitivo-conductual de la ansiedad social (Clark, 2001; Heimberg et al., 2010). Asimismo, investigaciones adicionales que han explorado los vínculos entre la subescala POE y otras medidas para la ansiedad social, también han indicado que no hay correlación entre sus respectivas subescalas, tanto en muestras clínicas como no clínicas, incluida población universitaria (Cox et al., 1995; Edel et al., 2010; Kaur y Kaur, 2015; Lyvers et al., 2019; Panayiotou et al., 2020). Esta falta de correlación podría deberse al hecho de que las personas con ansiedad social tienden a estar más enfocadas en sus pensamientos y sensaciones internas (Caballo et al., 2014), lo que puede no estar relacionado con la tendencia a orientarse hacia el mundo externo que mide la subescala POE.

En consonancia con lo mencionado con anterioridad, el resultado más sobresaliente en este estudio fue que la subescala de Dificultad para describir Sentimientos (DDS) de la LAC-TAS-20 no presentó una correlación significativa con la subescala de Ansiedad Social (AS) de la LSAS-SR, lo cual difiere de lo reportado en una investigación previa (Dalbudak et al., 2013). Una posible explicación para esto es que las variaciones culturales en la importancia otorgada a las emociones influyen en los puntajes de las subescalas de la LAC-TAS (Dere et al., 2012), ya que la mayoría de las investigaciones de este tipo se han realizado en países orientales y europeos con diferencias culturales significativas en la experiencia y expresión emocional (Cox et al., 1995; Dalbudak et al., 2013; Edel et al., 2010; Kaur y Kaur, 2015; Lyvers et al., 2019; Panayiotou et al., 2020; Viríssimo, 2021) respecto a nuestro país. Asimismo, debe considerarse que la preponderancia de participantes de género femenino puede tener un efecto mediador en estas diferencias.

El análisis llevado a cabo en este estudio revela que la prevalencia de alexitimia en estudiantes universitarios (68.9%) es mayor que la reportada en investigaciones previas realizadas en poblaciones universitarias. Por ejemplo, se han encontrado prevalencias de 19.7% y 29.5% en universidades ecuatorianas según diversos autores (Chiquito, 2022; Cobos, 2023), mientras que en una universidad peruana se encontró una prevalencia del 32% (Galarza y Arias, 2017). Además, otros estudios llevados a cabo en centros de educación superior en distintos países han reportado prevalencias menores (Alzahrani et al., 2020; Loftis et al., 2019; Lyvers et al., 2020). Es posible que este resultado se deba al hecho de que la muestra estudiada correspondió únicamente a estudiantes de primer año, lo cual representa un periodo de transición a la universidad. Según Kerr et al., (2004) esta transición puede tener un efecto en la capacidad de las personas para identificar y expresar emociones. También se encontró que las mujeres presentaron mayores niveles de alexitimia en comparación con los hombres, lo cual coincide con un estudio previo realizado en una población universitaria utilizando la Escala de Alexitimia de Toronto (Hamaideh, 2018). Sin embargo, en otros estudios con poblaciones universitarias en las que predominaba el género femenino, los hombres mostraron niveles más altos de alexitimia que las mujeres (Alzahrani et al., 2020; Galarza y Arias, 2017; Zhu et al., 2017). Estos hallazgos respaldan la afirmación de Mattila, (2009) de que las diferencias de género en la prevalencia y los niveles de alexitimia son muy variables. Es importante tener en cuenta que también pueden existir factores socioculturales que influyan en estos resultados.

En lo que respecta a los resultados obtenidos con relación a los niveles de ansiedad social, esta investigación evidenció niveles moderados de ansiedad en un 35,3% y niveles graves en un 23,4% de la muestra. Este hallazgo contrasta con los resultados de una investigación previa llevada a cabo por Albornoz (2022) en una universidad ecuatoriana, donde se reportaron niveles moderados y graves del 28%. Por otro lado, Arroyo y Millán, (2020) en una universidad peruana, encontraron que el 49,2% de la muestra presentaba niveles graves y el 24,6% niveles moderados, utilizando la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LASAS). Otros estudios realizados en estudiantes colombianos, utilizando diferentes instrumentos de medición, como el Inventario de Ansiedad Social (SPAI), indican que el 10,9% de la muestra presentaba niveles altos de ansiedad social, con una tendencia general a presentar niveles bajos o medios (Camacho, 2005). Igualmente, otros estudios internacionales que utilizaron la escala LASAS o instrumentos similares en población universitaria reportaron porcentajes más bajos de ansiedad social (Dalbudak et al., 2013; Dell’Osso et al., 2015; Hajure y Abdu, 2020; Izgiç et al., 2004). Antes de realizar cualquier explicación sobre los resultados relacionados con la ansiedad social, es fundamental tener presente que este mismo fenómeno puede influir en la

forma en que las personas reportan sus niveles de ansiedad en diferentes tipos de evaluaciones clínicas, lo que puede resultar en una variación en la magnitud de los reportes de ansiedad según el tipo de medida utilizado (Jystad et al., 2021). Además, se debe tener en cuenta que los estudiantes pertenecían al primer año universitario, lo que podría exacerbar o provocar ciertas conductas relacionadas con la ansiedad social y haber influenciado en la presentación de niveles más elevados en comparación con otras poblaciones. Asimismo, al igual que en el caso de la alexitimia, las estudiantes de género femenino presentaron niveles más elevados de ansiedad social en comparación con sus compañeros hombres. Sin embargo, al comparar los resultados de este estudio con otros estudios previos, se observa que las prevalencias de ansiedad social pueden variar según el método de medición utilizado y no siempre se encuentran diferencias entre los géneros, ya sea en población general o universitaria (Caballo et al., 2014; Dalbudak et al., 2013; Dell’Osso et al., 2015; Izgiç et al., 2004; Panayiotou et al., 2020).

En vista de los resultados, este estudio destaca la importancia de realizar intervenciones tempranas en estudiantes universitarios para detectar y tratar la ansiedad social, ya que esta condición puede tener consecuencias graves si no se aborda a tiempo (Connor et al., 1999; C. Torres et al., 2017). Esta investigación también abre la posibilidad para la creación de protocolos de evaluación temprana para detectar la alexitimia en los primeros años de universidad, dado que esta condición puede dificultar su capacidad para identificar, comprender y comunicar sus emociones, reduciendo las posibilidades para que busquen apoyo (Parker et al., 2005). Además, la alexitimia puede contribuir a la aparición de otros problemas psicológicos, como a su mantenimiento, empeoramiento y a un resultado menos favorable del tratamiento (Arancibia M y Behar A, 2015; Honkalampi et al., 2022; Ogrodniczuk et al., 2011; Pinna et al., 2020; Quinto et al., 2022; Tang et al., 2020).

Los hallazgos obtenidos aportan evidencia a favor de la relación entre alexitimia y ansiedad social en población universitaria. Así, en términos de investigación futura, sería beneficioso llevar a cabo estudios longitudinales y causales para ampliar los hallazgos actuales. Esto permitiría examinar las causas subyacentes de la correlación entre estas dos variables en esta población en particular.

Es necesario destacar que, debido a la naturaleza transversal de este estudio, no es posible determinar las causas o efectos a largo plazo con relación a la alexitimia o la ansiedad social, y no se puede garantizar la estabilidad longitudinal de los hallazgos. Además, la muestra utilizada en este estudio no es representativa, existiendo una muestra predominante de género femenino. Asimismo, es posible que los resultados del estudio hayan sido influenciados por el

sesgo de respuesta debido al uso de cuestionarios autoinformados. Por lo tanto, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a otras poblaciones.

## **8. Conclusiones**

Se ha encontrado una correlación positiva y significativa entre la alexitimia y ansiedad social en estudiantes universitarios en su primer año de carrera, lo que sugiere que a medida que aumenta el nivel de alexitimia, también aumenta el nivel de ansiedad social en esta población. Estos hallazgos sugieren que la alexitimia puede contribuir significativamente al aumento de la ansiedad social en estudiantes universitarios, lo que subraya la importancia de considerar este factor en la prevención y tratamiento de la ansiedad social. De igual forma, en este estudio quedó expuesto que existe un alto porcentaje de alexitimia en estudiantes universitarios de primer año.

En lo que respecta a la ansiedad social, una proporción significativa de los universitarios han presentado niveles moderados y graves. Esto enfatiza la necesidad de promover programas de intervención psicológica a corto plazo con el fin de abordar adecuadamente este problema en los estudiantes universitarios en los primeros años de estudio y evitar que se conviertan en problemas crónicos que afecten su vida personal y académica a largo plazo.

Se ha observado que tanto en lo que respecta a la ansiedad social como a la alexitimia, los individuos del género femenino presentan tasas más elevadas en comparación con los del género masculino. Esto sugiere la importancia de considerar las diferencias de género en la investigación y abordaje de estos problemas psicológicos.

Ante la identificación de una elevada prevalencia de alexitimia y ansiedad social, se implementó un programa de intervención grupal. Este programa ha sido concebido desde un enfoque basado en la terapia cognitivo conductual con la finalidad de proporcionar una solución eficaz a estos fenómenos psicológicos.

En resumen, este estudio destaca la importancia de considerar la alexitimia como una variable transdiagnóstica en el desarrollo de la ansiedad social en estudiantes universitarios y sugiere la necesidad de abordar ambos problemas de manera integrada. También subraya la importancia de considerar el papel de la alexitimia en la evaluación y tratamiento psicológico.

## **9. Recomendaciones**

En vista de la fuerte correlación encontrada entre la alexitimia y la ansiedad social, se recomienda que se realicen investigaciones adicionales en esta área a fin de mejorar la comprensión de los factores que influyen dicha relación en estudiantes universitarios, y para desarrollar estrategias eficaces que permitan abordar ambos fenómenos en este grupo demográfico.

En adición, es aconsejable que los docentes y profesionales en salud mental consideren esta relación mientras brindan apoyo a los estudiantes universitarios. Asimismo, dado que se elaboró un programa de intervención grupal para la ansiedad social y alexitimia en el marco de esta investigación, se recomienda que la Unidad de Bienestar Estudiantil de la Universidad Nacional de Loja implemente dicho programa, haciendo las modificaciones apropiadas según las necesidades específicas.

Finalmente, considerando las limitaciones presentadas en el presente estudio, es recomendable llevar a cabo investigaciones futuras que adopten un enfoque longitudinal causal con el objetivo de determinar las causas y efectos a largo plazo con relación a la alexitimia y ansiedad social. También se sugiere utilizar diferentes métodos de evaluación, como una entrevista clínica con el fin de reducir el sesgo de respuesta y aumentar la validez de los resultados obtenidos.

## 10. Bibliografía

- Albornoz, J. F. (2022). *Ansiedad social y habilidades sociales en estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay* [Tesis de pregrado, Universidad del Azuay]. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11521>
- Alfaro, C. (2016). *Relación entre alexitimia y estrategias de afrontamiento ante el estrés académico* [Tesis de posgrado, Universidad Comillas Madrid]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/13491>
- Alonso, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud mental*, 34(6), 481-490.
- Alzahrani, S. H., Coumaravelou, S., Mahmoud, I., Beshawri, J., & Algethami, M. (2020). Prevalence of alexithymia and associated factors among medical students at King Abdulaziz University: A cross-sectional study. *Annals of Saudi Medicine*, 40(1), 55-62. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2020.55>
- American Psychiatric Association. (2021). *What are Anxiety Disorders?* American Psychiatric Association. <https://psychiatry.org:443/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
- Arancibia M, M., & Behar A, R. (2015). Alexitimia y depresión: Evidencia, controversias e implicancias. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 24-34. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272015000100004>
- Arroyo, J., & Millán, K. (2020). *Ansiedad social en estudiantes universitarios—Huancaayo—2020* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de los Andes]. <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1922>
- Asociación Americana de Psicología. (2022). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/social-phobia>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. (2009). *Fobia social* (1.ª ed.). Editorial Síntesis, S.A. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Bagby, R., Parker, J., Onno, K., Mortezaei, A., & Taylor, G. (2021). Development and psychometric evaluation of an informant form of the 20-item Toronto alexithymia scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 141, 110329. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110329>

- Bagby, R., Parker, J., & Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Barlow, D. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso* (G. Moreno, Ed.; 5.ª ed.). Editorial El Manual Moderno.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología-Edición revisada* (Vol. 2). MC Graw Hill.
- Bermond, B., Oosterveld, P., & Vorst, H. (2015). Measures of Alexithymia. En G. Boyle, D. Saklofske, & G. Matthews (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Constructs* (pp. 227-256). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386915-9.00009-7>
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M., & Dal-Re, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale. Social Anxiety and Distres Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112, 14-16.
- Bobes, J., Paz G, M., Bascarán, M., Sáiz, P., & Bousoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (3.ª ed.). Psiquiatría Editores, S.L.
- Bravo, M., & Padrós, F. (2014). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivoconductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (2.ª ed., Vol. 1). Siglo XX.
- Caballo, V., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, Ma. J., & Alcázar, R. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: Algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11(3), 593-562.
- Caballo, V., Salazar, I. C., & Carroble, J. A. C. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Ediciones Pirámide. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=698305>
- Caballo, V., Salazar, I., Robles, R., & Benito, M. (2016). Validación del Cuestionario de Ansiedad Social para adultos (CASO) en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 33, 12.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: Relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(05), 91-119.



- Cameron, K., Ogrodniczuk, J., & Hadjipavlou, G. (2014). Changes in Alexithymia Following Psychological Intervention: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 162-178. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000036>
- Cardona, J. A., Perez, D., Rivera, S., & Gómez, J. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(1), Article 1. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0001.05>
- Chiquito, M. (2022). *Empatía y alexitimia en estudiantes de psicología clínica de la Universidad Central del Ecuador, período 2021*. [Tesis de pregrado, Quito : UCE]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/26358>
- Clark, D. M. (2001). A Cognitive Perspective on Social Phobia. En *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness* (pp. 406-430). Wiley.
- Cobos, A. (2023). *Alexitimia en estudiantes de la carrera de Ingeniería Civil y Artes Escénicas de la Facultad de Ingeniería y Artes en la Universidad de Cuenca marzo-agosto 2022* [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/40748>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Sutherland, S., & Weisler, R. (1999). Social phobia: Issues in assessment and management. *Epilepsia*, 40 Suppl 6, S60-65; discussion S73-74. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1999.tb00935.x>
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Shulman, I. D., & Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36(3), 195-198. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(95\)90081-6](https://doi.org/10.1016/0010-440X(95)90081-6)
- Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K. S., Yıldırım, F. G., & Ugurlu, H. (2013). Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students. *Psychiatry Research*, 209(2), 167-172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.027>
- Darrow, S. M., & Follette, W. C. (2014). A Behavior Analytic Interpretation of Alexithymia. *Journal of contextual behavioral science*, 3(2), 98-108. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.03.002>
- Dell'Osso, L., Abelli, M., Pini, S., Carpita, B., Carlini, M., Mengali, F., Tognetti, R., Rivetti, F., & Massimetti, G. (2015). The influence of gender on social anxiety spectrum symptoms in a sample of university students. *Rivista Di Psichiatria*, 50(6), 295-301. <https://doi.org/10.1708/2098.22688>
- Dere, J., Falk, C. F., & Ryder, A. G. (2012). Unpacking Cultural Differences in Alexithymia: The Role of Cultural Values Among Euro-Canadian and Chinese-Canadian Students.

- Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(8), 1297-1312.  
<https://doi.org/10.1177/0022022111430254>
- Donges, U.-S., & Suslow, T. (2017). Alexithymia and automatic processing of emotional stimuli: A systematic review. *Reviews in the Neurosciences*, 28(3), 247-264.  
<https://doi.org/10.1515/revneuro-2016-0049>
- Edel, M.-A., Rudel, A., Hubert, C., Scheele, D., Brüne, M., Juckel, G., & Assion, H.-J. (2010). Alexithymia, emotion processing and social anxiety in adults with ADHD. *European Journal of Medical Research*, 15(9), 403. <https://doi.org/10.1186/2047-783X-15-9-403>
- Ertekin, E., Koyuncu, A., Ertekin, B., & Ozyildirim, I. (2015). Alexithymia in social anxiety disorder: Is there a specific relationship or is it a feature of comorbid major depression? *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16(2), 130. <https://doi.org/10.5455/apd.153110>
- Faramarzi, M., & Khafri, S. (2017). Role of Alexithymia, Anxiety, and Depression in Predicting Self-Efficacy in Academic Students. *The Scientific World Journal*, 2017, 5798372. <https://doi.org/10.1155/2017/5798372>
- Fernández, I., Zubieta, E., & Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En *Cultura y Alexitimia: ¿cómo expresamosaquellosentimos?* (pp. 73-98). Paidós.
- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., Decker, O., & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 54-62. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0265-1>
- Freyberger, H. (1977). Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia / Discussion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 337-345. <https://doi.org/10.1159/000287080>
- Gaggero, G., Bonassi, A., Dellantonio, S., Pastore, L., Aryadoust, V., & Esposito, G. (2020). A Scientometric Review of Alexithymia: Mapping Thematic and Disciplinary Shifts in Half a Century of Research. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.611489>
- Galarza, L., & Arias, W. (2017). Alexitimia y funcionalidad familiar en estudiantes de ingeniería. *Perspectiva de Familia*, 2, 27-44.
- García, L. (2013). *Tratando... Trastorno de ansiedad social*. Edición Pirámide.
- Goerlich, K. S. (2018). The Multifaceted Nature of Alexithymia – A Neuroscientific Perspective. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01614>

- Google. (2022). *¿Qué puedes hacer con Forms? - Centro de aprendizaje de Google Workspace.*  
[https://support.google.com/a/users/answer/9302965?hl=en&visit\\_id=638012843005405231-3841273251&ref\\_topic=9296604&rd=1](https://support.google.com/a/users/answer/9302965?hl=en&visit_id=638012843005405231-3841273251&ref_topic=9296604&rd=1)
- Hajure, M., & Abdu, Z. (2020). Social Phobia and Its Impact on Quality of Life Among Regular Undergraduate Students of Mettu University, Mettu, Ethiopia. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 11*, 79-87. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S254002>
- Hakami, R. M., Mahfouz, M. S., Adawi, A. M., Mahha, A. J., Athathi, A. J., Daghreeri, H. H., Najmi, H. H., & Areeshi, N. A. (2018). Social anxiety disorder and its impact in undergraduate students at Jazan University, Saudi Arabia. *Mental Illness, 9*(2), 7274. <https://doi.org/10.4081/mi.2017.7274>
- Hamaideh, S. H. (2018). Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Perspectives in Psychiatric Care, 54*(2), 274-280. <https://doi.org/10.1111/ppc.12234>
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). Chapter 15 - A Cognitive Behavioral Model of Social Anxiety Disorder: Update and Extension. En S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social Anxiety (Second Edition)* (pp. 395-422). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00015-8>
- Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). Alexithymia and Its Associations With Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature. *Frontiers in Psychiatry, 10*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00203>
- Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Brandsma, L. L. (2010). Chapter 2—Assessment of Social Anxiety and Social Phobia. En S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social Anxiety (Second Edition)* (pp. 23-64). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00002-X>
- Honkalampi, K., Jokela, M., Lehto, S. M., Kivimäki, M., & Virtanen, M. (2022). Association between alexithymia and substance use: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Psychology, 63*(5), 427-438. <https://doi.org/10.1111/sjop.12821>
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Tanskanen, A., Hintikka, J., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001). Why Do Alexithymic Features Appear to Be Stable? *Psychotherapy and Psychosomatics, 70*(5), 247-253. <https://doi.org/10.1159/000056262>

- Izgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O., & Kuğu, N. (2004). Social Phobia among University Students and its Relation to Self-Esteem and Body Image. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(9), 630-634. <https://doi.org/10.1177/070674370404900910>
- Jefferies, P., & Ungar, M. (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PLOS ONE*, *15*(9), e0239133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239133>
- Jefferson, J. W. (2001). Social Anxiety Disorder: More Than Just a Little Shyness. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, *3*(1), 4-9.
- Jystad, I., Bjerkeset, O., Haugan, T., Sund, E. R., & Vaag, J. (2021). Sociodemographic Correlates and Mental Health Comorbidities in Adolescents With Social Anxiety: The Young-HUNT3 Study, Norway. *Frontiers in Psychology*, *12*, 663161. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.663161>
- Kaur, H., & Kaur, S. (2015). *Social Anxiety in Relation to Alexithymia Among—ProQuest*. <https://www.proquest.com/docview/1788294263?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar#>
- Kennedy, M., & Franklin, J. (2002). Skills-based Treatment for Alexithymia: An Exploratory Case Series. *Behaviour Change*, *19*(3), 158-171. <https://doi.org/10.1375/bech.19.3.158>
- Kerr, S., Johnson, V. K., Gans, S. E., & Krumrine, J. (2004). Predicting Adjustment During the Transition to College: Alexithymia, Perceived Stress, and Psychological Symptoms. *Journal of College Student Development*, *45*(6), 593-611. <https://doi.org/10.1353/csd.2004.0068>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M. R., & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(6), 471-476. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.27892>
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: Diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context*, *8*, 212573. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- Krystal, J. H., Giller, E. L. J., & Cicchetti, D. V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, *48*(1), 84-94.

- Lane, R. D., Sechrest, L., & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 377-385. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90051-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90051-7)
- Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 533-541. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00466-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00466-X)
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2018). Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 388-414. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0258-5>
- Leising, D., Grande, T., & Faber, R. (2009). The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A measure of general psychological distress. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 707-710. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.03.009>
- Lemche, E., Klann-Delius, G., Koch, R., & Joraschky, P. (2004). Mentalizing language development in a longitudinal attachment sample: Implications for alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(6), 366-374. <https://doi.org/10.1159/000080390>
- Lew, S. Q., & Centron, P. (2021). Chapter 15—Psychiatric challenges in patients treated with peritoneal dialysis. In D. Cukor, S. D. Cohen, & P. L. Kimmel (Eds.), *Psychosocial Aspects of Chronic Kidney Disease* (pp. 311-333). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817080-9.00015-4>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173. <https://doi.org/10.1159/000414022>
- Lindholm, T., Lehtinen, V., Hyypä, M. T., & Puukka, P. (1990). Alexithymic features in relation to the dexamethasone suppression test in a Finnish population sample. *The American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1216-1219. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.9.1216>
- Lo, C. (2014). Cultural Values and Alexithymia. *SAGE Open*, 4(4), 2158244014555117. <https://doi.org/10.1177/2158244014555117>
- Loftis, M. A., Michael, T., & Luke, C. (2019). College student suicide risk: The relationship between alexithymia, impulsivity, and internal locus of control. *International Journal of Educational Psychology: IJEP*, 8(3), 246-269.

- López-Muñoz, F., & Pérez-Fernández, F. (2020). A History of the Alexithymia Concept and Its Explanatory Models: An Epistemological Perspective. *Frontiers in Psychiatry, 10*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.01026>
- Lunazzi, A., Taylor, G., & Bagby, M. (2012). *Alexitimia Cruzando el puente entre la teoría, la investigación y la clínica* (1.ª ed.). Paidós.
- Lyvers, M., Hanigan, C., & Thorberg, F. A. (2018). Social Interaction Anxiety, Alexithymia, and Drinking Motives in Australian University Students. *Journal of Psychoactive Drugs, 50*(5), 402-410. <https://doi.org/10.1080/02791072.2018.1517228>
- Lyvers, M., Holloway, N., Needham, K., & Thorberg, F. A. (2020). Resilience, alexithymia, and university stress in relation to anxiety and problematic alcohol use among female university students. *Australian Journal of Psychology, 72*(1), 59-67. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12258>
- Lyvers, M., Scott, K., & Thorberg, F. A. (2019). Social Anxiety and Alexithymia in Relation to Problematic Drinking and Theory of Mind. *The American Journal of Psychology, 132*(3), 325-342. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.132.3.0325>
- Maroti, D., Lillengren, P., & Bileviciute-Ljungar, I. (2018). The Relationship Between Alexithymia and Emotional Awareness: A Meta-Analytic Review of the Correlation Between TAS-20 and LEAS. *Frontiers in Psychology, 9*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00453>
- Martínez, F., Ato, M., & Ortiz, B. (2003). Alexithymia—State or Trait? *The Spanish Journal of Psychology, 6*(1), 51-59. <https://doi.org/10.1017/S1138741600005205>
- Mattila, A. K. (2009). *Alexithymia in Finnish General Population* [Tesis doctoral, University of Tampere]. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/66422>
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A.-M., Mielonen, R.-L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and Somatization in General Population. *Psychosomatic Medicine, 70*(6), 716-722. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31816ffc39>
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Zambrano, J., Casanova, L., Villatoro, J., Rojas, E., Fleiz, C., & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental, 26*(4), 1-16.
- Messina, A., Beadle, J. N., & Paradiso, S. (2014). *Towards a classification of alexithymia: Primary, secondary and organic*. 12.

- Meza-Concha, N., Arancibia, M., Salas, F., Behar, R., Salas, G., Silva, H., & Escobar, R. (2017). Towards a neurobiological understanding of alexithymia. *Medwave*, *17*(4), e6960. <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.04.6960>
- Moral, J. (2008). Propiedades psicométricas de la escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *11*(2), Article 2. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/18555>
- Morán, V. E., Olaz, F. O., Pérez, E. R., & Prette, D. Z. A. P. (2018). Desarrollo y validación del Test de Ansiedad Social para estudiantes universitarios (TAS-U). *LIBERABIT. Revista Peruana de Psicología*, *24*(2), Article 2. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.03>
- Mou, Q., Zhuang, J., Gao, Y., Zhong, Y., Lu, Q., Gao, F., & Zhao, M. (2022). The relationship between social anxiety and academic engagement among Chinese college students: A serial mediation model. *Journal of Affective Disorders*, *311*, 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.158>
- National Collaborating Centre for Mental Health (Ed.). (2013). *Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment*. The British Psychological Society. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327674/>
- Nunes, A. (2021). Developing Emotional Skills and the Therapeutic Alliance in Clients with Alexithymia: Intervention Guidelines. *Psychopathology*, *54*(6), 282-290. <https://doi.org/10.1159/000519786>
- Nunes, A., Branco, A., & Watson, J. (2013). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, *31*, 197-211. <https://doi.org/10.14417/ap.597>
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagomez, A. (2013). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (4.<sup>a</sup> ed.). Ediciones de la U.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, *190*(1), 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.026>
- Olivares, J., Caballo, V., Garcia-Lopez, L., Rosa-Alcázar, A., & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *11*, 405-427.
- Panaite, V., & Bylsma, L. M. (2012). Alexithymia. En V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior (Second Edition)* (pp. 92-99). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00018-5>

- Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., & Michaelides, M. P. (2020). Self-Awareness in alexithymia and associations with social anxiety. *Current Psychology, 39*(5), 1600-1609. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9855-1>
- Parker, J. D. A., Austin, E. J., Hogan, M. J., Wood, L. M., & Bond, B. J. (2005). Alexithymia and academic success: Examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences, 38*(6), 1257-1267. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.008>
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College Students: Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Academic Psychiatry, 39*(5), 503-511. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9>
- Pinna, F., Manchia, M., Paribello, P., & Carpiniello, B. (2020). The Impact of Alexithymia on Treatment Response in Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry, 11*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00311>
- Quinto, R. M., De Vincenzo, F., Graceffa, D., Bonifati, C., Innamorati, M., & Iani, L. (2022). The Relationship between Alexithymia and Mental Health Is Fully Mediated by Anxiety and Depression in Patients with Psoriasis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(6), 3649. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063649>
- Romano, L., Buonomo, I., Callea, A., & Fiorilli, C. (2019a). Alexithymia in Young people's academic career: The mediating role of anxiety and resilience. *The Journal of Genetic Psychology, 180*(4-5), 157-169. <https://doi.org/10.1080/00221325.2019.1620675>
- Romano, L., Buonomo, I., Callea, A., & Fiorilli, C. (2019b). Alexithymia in Young people's academic career: The mediating role of anxiety and resilience. *The Journal of Genetic Psychology, 180*(4-5), 157-169. <https://doi.org/10.1080/00221325.2019.1620675>
- Sadok, B., Sadok, & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría* (11.<sup>a</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Salazar, I., Caballo, V., Arias, V., & Equipo de Investigación CISO-A. (2018). Estructura Interna del "Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos" (CASO) con una Muestra Chilena. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 48*(3). <https://doi.org/10.21865/RIDEP48.3.08>
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Aärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(1), 75-82. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(98\)00053-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00053-1)
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. MC Graw Hill.



- Santos, L. F., Loureiro, S. R., Crippa, J. A. S., & Osório, F. L. (2015). Can the Liebowitz Social Anxiety Scale—Self-Report Version Be Used to Differentiate Clinical and Non-Clinical SAD Groups among Brazilians? *PLoS ONE*, *10*(3), e0121437. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121437>
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. (11.<sup>a</sup> ed.). Pearson Educación.
- Schneier, F., & Goldmark, J. (2015). Social Anxiety Disorder. En D. J. Stein & B. Vythilingum (Eds.), *Anxiety Disorders and Gender* (pp. 49-67). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-13060-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-13060-6_3)
- Schroeders, U., Kubera, F., & Gnambs, T. (2021). The Structure of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A Meta-Analytic Confirmatory Factor Analysis. *Assessment*, *10731911211033894*. <https://doi.org/10.1177/10731911211033894>
- Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of ‘Alexithymic’ Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *22*(2-6), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
- Sifneos, P. E. (1986). The Schalling-Sifneos Personality Scale Revised. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *45*(3), 161-165. <https://doi.org/10.1159/000287942>
- Silani, G., Bird, G., Brindley, R., Singer, T., Frith, C., & Frith, U. (2008). Levels of emotional awareness and autism: An fMRI study. *Social Neuroscience*, *3*(2), 97-112. <https://doi.org/10.1080/17470910701577020>
- Simson, U., Martin, K., Schäfer, R., Janssen, P., & Franz, M. (2005). [Alexithymia in a clinical sample]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *55*(7), 347-353. <https://doi.org/10.1055/s-2004-834751>
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., ... Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, *15*, 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- Tamayo, C., & Silva, I. (s. f.). *Técnicas e instrumentos de recolección de datos* [Diapositivas de PowerPoint]. <https://www.postgradoune.edu.pe/pdf/documentos-academicos/ciencias-de-la-educacion/23.pdf>
- Tang, W., Hu, T., Yang, L., & Xu, J. (2020). The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in

- China. *Personality and Individual Differences*, 165, 110131.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110131>
- Taylor, G. J., Bagby, M., & Parker, J. D. A. (1991). The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.  
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(91\)72086-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(91)72086-0)
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness* (pp. xxii, 359). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>
- Tillfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 267-276.  
<https://doi.org/10.1080/08039480410005774>
- Torres, C., Otero, P., Bustamante, B., Blanco, V., Díaz, O., & Vázquez, F. L. (2017). Mental Health Problems and Related Factors in Ecuadorian College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), Article 5.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph14050530>
- Torres, Y. (Ed.). (2012). *Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012* (1.<sup>a</sup> ed.). Universidad Ces.
- Virissimo, E. M. (2021). *Alexitimia: Um preditor da ansiedade social?* [Tesis de posgrado, Universidade da Beira Interior]. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/11732>
- Wong, J., Gordon, E. A., & Heimberg, R. G. (2014). Cognitive-Behavioral Models of Social Anxiety Disorder. En *The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorder* (pp. 1-23). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118653920.ch1>
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Xiao, Z., & Huang, J. (2022). The Relation Between College Students' Social Anxiety and Mobile Phone Addiction: The Mediating Role of Regulatory Emotional Self-Efficacy and Subjective Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 13, 861527.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.861527>
- Zhu, Y., Luo, T., Liu, J., & Qu, B. (2017). Influencing factors of alexithymia in Chinese medical students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 17, 66.  
<https://doi.org/10.1186/s12909-017-0901-8>

- Zubeidat, I. (2005). *Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes* [Tesis doctoral, Granada: Universidad de Granada]. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/653>
- Zubeidat, I., Fernández Parra, A., Sierra Freire, J. C., & Salinas, J. M. (2007). *Ansiedad social específica y generalizada: ¿variantes del mismo trastorno o categorías diferentes con características similares?* <https://digibug.ugr.es/handle/10481/32754>

## 11. Anexos

### **Anexo 1. Escala Toronto de Alexitimia consensuada para Latinoamérica (LAC-TAS-20)**

Señale con una X el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Debe tener en cuenta que no existen respuestas correctas o incorrectas. Se trata de conocer el modo en que usted reacciona y se comporta normalmente. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:					
LAC-TAS-20	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	No sé. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. A menudo me encuentro confundido/a con el tipo de emoción que estoy sintiendo.					
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos.					
3. Tengo sensaciones corporales que ni los médicos las entienden.					
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.					
5. Prefiero analizar los problemas en lugar de simplemente describirlos.					
6. Cuando me siento mal emocionalmente no sé si estoy triste, asustado/a o enojado/a.					
7. A menudo estoy confundido/a con las sensaciones que noto en mi cuerpo.					
8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido de esa manera.					
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.					
10. Es muy importante sentir o experimentar las emociones.					
11. Me es difícil describir lo que siento sobre la gente.					
12. La gente me pide que describa con más detalle cómo me siento.					
13. No sé lo que sucede dentro de mí.					
14. A menudo no sé por qué estoy enojado/a.					
15. Prefiero hablar con la gente acerca de sus actividades diarias en vez de sus sentimientos.					
16. Prefiero ver espectáculos de entretenimiento en lugar de dramas psicológicos.					
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos, incluso a mis amigos/as más íntimos/as.					
18. Puedo sentirme cercano/a a alguien, incluso en momentos de silencio.					
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.					
20. Buscar significados profundos en películas u obras de teatro no me deja disfrutarlas tanto como el hecho de verlas simplemente.					

## Anexo 2. Escala de ansiedad social de Liebowitz versión de autoinforme (LSAS-SR)

Contesta en la parte de la derecha con el número que mejor describa tu temor o ansiedad (primera casilla) y la frecuencia con que evitas (segunda casilla) las situaciones que se describen a continuación.

	<b>Temor o ansiedad</b>	<b>Evitación</b>
	O- Ninguna	0- Nunca (0%)
	1 - Leve	1 - Ocasionalmente (1-33%)
	2 - Moderada	2 - A menudo (33-67%)
	3 - Grave	3 - Habitualmente (67-100%)
	<b>Temor o ansiedad</b>	<b>Evitación</b>
1. Hablar por teléfono en público		
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, representar un papel o dar una charla en público		
7. Ir a una fiesta		
8. Trabajar mientras te están observando		
9. Escribir mientras te están observando		
10. Llamar por teléfono a alguien que no conoces muy bien		
11. Hablar con gente a quien no conoces muy bien		
12. Conocer gente nueva		
13. Orinar en un baño público		
14. Entrar en una habitación donde los demás ya están sentados		
15. Ser el centro de atención		
16. Hablar en una reunión		
17. Hacer un examen		
18. Expresar desacuerdo a gente a la que no conoces muy bien		
19. Mirar a los ojos a gente a la que no conoces muy bien		
20. Presentar un informe a un grupo		
21. Intentar conquistar a alguien		
22. Devolver artículos a una tienda		
23. Hacer una fiesta		
24. Resistir la insistente presión de un vendedor		

### **Anexo 3. Consentimiento informado para participación en el estudio de investigación**



#### **Consentimiento para participar en una investigación**

Estimado participante, mi nombre es Kelly Dayana Cevallos Yaguana y soy estudiante de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. Actualmente me encuentro llevando a cabo un estudio denominado “Alexitimia y ansiedad social en estudiantes de primer año de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja”. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre estas variables en la población universitaria.

Usted ha sido invitado a participar de este estudio. A continuación, se entrega la información necesaria para tomar la decisión de participar voluntariamente.

- Si usted accede a estar en este estudio, su participación consistirá en responder a dos cuestionarios que le tomarán cerca de 15 minutos o menos responder.
- Su participación no supone riesgo alguno.
- Aunque usted acepte participar en este estudio, usted tiene derecho a abandonar su participación en cualquier momento, sin temor a ser penalizado de alguna manera.
- La participación en este estudio no conlleva costo para usted, y tampoco será compensado económicamente.
- Los datos que brinde se mantendrán confidenciales en todo momento.
- Los resultados de este estudio tienen únicamente fines académicos.
- Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio puede comunicarse con el investigador a través del siguiente correo electrónico [Kelly.cevallos@unl.edu.ec](mailto:Kelly.cevallos@unl.edu.ec)

De aceptar participar en este estudio seleccione continuar.

## Anexo 4. Informe de estructura y coherencia del proyecto



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

CARRERA DE  
PSICOLOGÍA  
CLÍNICA

Facultad  
de la Salud  
Humana

Loja, 16 de noviembre de 2022

Dra.

**Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.**

GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del Oficio. No. 495- C.PS.CL- FSH-UNL, recibido en mi correo institucional el 9 de noviembre del presente año, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado: **“ALEXITIMIA Y ANSIEDAD SOCIAL EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA FACULTAD DE SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”**, autoría de la señorita. Kelly Dayana Cevallos Yaguana, CI.1105260580, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja; concluyo con lo siguiente:

1. Que el presente proyecto de investigación cuenta con todos los elementos de la estructura propuesta en el Artículo 226 del Capítulo VII de La Graduación y Titulación, Sección I Del Trabajo de Integración Curricular o de Titulación del Régimen académico de la Universidad Nacional de Loja.
2. Que el título del presente proyecto es una buena propuesta, bien elegida, actualizada, clara, novedosa, vigente y apegada a los estudios realizados, sin embargo, sugiero que no se utilice las comillas para el nombre de institución educativa.
3. Que la problemática del presente proyecto describe y fundamenta adecuadamente la problemática objeto de la investigación.
4. Que la justificación del presente proyecto tiene una buena exposición de sus motivos sociales, académicos, económicos y otros.
5. Que los objetivos del presente proyecto presentan un buen fundamento de propósito general, acorde a su tema de investigación.
6. Que la metodología define aceptablemente métodos, técnicas y procedimientos de investigación y son suficientes para el problema, los objetivos y la justificación.
7. Que la bibliografía tiene una buena revisión de los proyectos afines, tesis, libros básicos y de consulta, Internet, manuales, leyes, reglamentos y otros documentos de apoyo a su investigación (de 2 a 4 fuentes).



**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja

CARRERA DE  
PSICOLOGÍA  
CLÍNICA

Facultad  
de la Salud  
Humana

Por tal motivo me permito emitir el **Informe favorable de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado “ALEXITIMIA Y ANSIEDAD SOCIAL EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA FACULTAD DE SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”**.

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.

Atentamente,



Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala.  
Mg.Sc. 1104600844  
mayra.medina@unl.edu.ec  
PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL  
c.c.: Archivo

Calle Manuel Monteros  
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador  
072 - 57 1379 Ext. 102



**Anexo 5. Alexitimia y ansiedad social en estudiantes universitarios según variables sociodemográficas**

**Tabla 6. Alexitimia en estudiantes universitarios según variables sociodemográficas**

Alexitimia	NA		AI		A	
	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%
<b>Género</b>						
Femenino	5	50,0	33	78,6	92	80,0
Masculino	5	50,0	9	21,4	23	20,0
Total	10	100,0	42	100,0	115	100,0
<b>Edad</b>						
17 a 18	7	70,0	28	66,7	76	66,1
18 a 20	3	30,0	13	31,0	34	29,6
21 a 22	0	0,0	1	2,4	3	2,6
23 a 24	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Total	10	100,0	42	100,0	115	100,0
<b>Estado civil</b>						
Soltero	10	100,0	42	100,0	115	100,0
<b>Semestre que cursa</b>						
Primero	4	40,0	24	57,1	54	47,0
Segundo	6	60,0	18	42,9	61	53,0
Total	10	100,0	42	100,0	115	100,0
<b>Procedencia</b>						
Urbana	9	90,0	31	73,8	69	60,0
Rural	1	10,0	11	26,2	46	40,0
Total	10	100,0	42	100,0	115	100,0
<b>Nivel socioeconómico</b>						
Alto	0	0,0	1	2,4	1	0,9
Medio	10	100,0	36	85,7	89	77,4
Bajo	0	0,0	5	11,9	25	21,7
Total	10	100,0	42	100,0	115	100,0

*Nota.* n = 167; NA = No presenta alexitimia; AI = Alexitimia indefinida; A = Alexitimia; f<sub>i</sub> = frecuencia.

**Tabla 7. Ansiedad social en universitarios según variables sociodemográficas**

Ansiedad social	Leve		Moderado		Grave	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Género</b>						
Femenino	52	75,4	45	76,3	33	84,6
Masculino	17	24,6	14	23,7	6	15,4
Total	69	100,0	59	100,0	39	100,0
<b>Edad</b>						
De 17 a 18	49	71,0	33	55,9	29	74,4
De 18 a 20	20	29,0	22	37,3	8	20,5
De 21 a 22	0	0,0	2	3,4	2	5,1
De 23 a 24	0	0,0	2	3,4	0	0,0
Total	69	100,0	59	100,0	39	100,0
<b>Estado civil</b>						
Soltero	69	100,0	59	100,0	39	100,0
<b>Semestre que cursa</b>						
Primero	34	49,3	27	45,8	21	53,8
Segundo	35	50,7	32	54,2	18	46,2
Total	69	100,0	59	100,0	39	100,0
<b>Procedencia</b>						
Urbana	45	65,2	40	67,8	24	61,5
Rural	24	34,8	19	32,2	15	38,5
Total	69	100,0	59	100,0	39	100,0
<b>Nivel socioeconómico</b>						
Alto	1	1,4	0	0,0	1	2,6
Medio	60	87,0	51	86,4	24	61,5
Bajo	8	11,6	8	13,6	14	35,9
Total	69	100,0	59	100,0	39	100,0

Nota. n = 167; f<sub>i</sub> = frecuencia.

## Anexo 6. Jerarquía de evitación y ansiedad de situaciones sociales

### Escala de jerarquía del miedo y evitación

En la columna de la izquierda ubicará las situaciones sociales temidas (por ejemplo, hablar en público), desde las que le generan mayor miedo evitación hasta las que le generan menos. En las columnas de la derecha ubicará en una escala del 1 a 100 cuanto miedo o ansiedad le genera la situación de la celda contigua.

Situaciones sociales	Miedo (0-100)	Evitación (0-100)
Mi peor miedo:		
Mi segundo peor miedo:		
Mi tercer peor miedo:		
Mi cuarto peor miedo:		
Mi quinto peor miedo:		
Mi sexto peor miedo:		
Mi séptimo peor miedo:		
Mi octavo peor miedo:		
Mi noveno peor miedo:		
Mi décimo peor miedo:		

Fuente: Hofmann, S., y Otto, Mi. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder—Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*. Taylor y Francis Group.

**Anexo 7. Hoja de trabajo para desafiar los pensamientos automáticos**

## **Hoja de trabajo para desafiar los pensamientos automáticos**

Instrucciones para completar la hoja de trabajo para desafiar pensamientos automáticos:

1. No evite ninguna situación social. Describa brevemente la situación en la primera columna.
2. Nombre el pensamiento (o imagen) más inquietante en la segunda columna.
3. En la tercera columna, indique cuál podría ser la consecuencia más temida (ya sea realista o no).
4. Desafíe la probabilidad de que se cumpla esta consecuencia temida en la cuarta columna. ¿Qué evidencia tienes de que va a suceder? ¿Qué tan probable crees que es que se cumpla el peor resultado?
5. En la quinta columna, desafía tu pensamiento catastrófico. ¿Qué tan mal sería si la situación no sale bien? ¿Cuál es el peor resultado? ¿Podrías enfrentarte a esta situación? ¿Has podido enfrentarte a situaciones similares en el pasado?
6. Finalmente, explora interpretaciones más razonables de la misma situación.

Recuerda, una tarea de exposición ideal es una situación que induce mucha ansiedad por un período prolongado de tiempo. Cuanto más a menudo la hagas y más tiempo te mantengas en ella, mejor será.

Fuente: Hofmann, S., y Otto, Mi. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder—Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*. Taylor y Francis Group.

Situación:	Pensamientos más perturbadores:	Consecuencia temida:	Desafío a la sobrestimación de probabilidad: Evidencia: ¿Qué tan probable es que ocurra el peor resultado?	Desafío al pensamiento catastrófico: Peor resultado: ¿Podrías sobrellevarlo? ¿Es una verdadera catástrofe?	Interpretación más razonable de la situación:

Fuente: Hofmann, S., y Otto, Mi. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder—Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*. Taylor y Francis Group.

**Anexo 8. Certificado de la traducción del resumen del Trabajo de Integración curricular al idioma inglés**

Loja, 17 de marzo del 2023

Lcdo. Manuel Alejandro Poma Tacuri

**DOCENTE DE INGLÉS Y PROFESOR CERTIFICADO POR LA UNIVERSIDAD DE  
CAMBRIDGE**

**CERTIFICO:**

Que la traducción del resumen, denominado Abstract, de la tesis “**ALEXITIMIA Y ANSIEDAD SOCIAL EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA FACULTAD DE SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**”, bajo la autoría de la Srta. KELLY DAYANA CEVALLOS YAGUANA con número de cédula **1105260580**, estudiante de la carrera de PSICOLOGÍA CLÍNICA, ÁREA DE SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA es completamente veraz; además, su traducción y revisión se han realizado minuciosamente bajo mi responsabilidad.

Atentamente,



---

Lcdo. Manuel Alejandro Poma T.  
Docente de Inglés  
E-mail: manuel.pomat@educacion.gob.ec  
CAMBRIDGE CERTIFICATE: B0357107

*Prof. Manuel Alejandro Poma Tacuri docente de inglés Colegio de Bachillerato Marco Ochoa Muñoz Ciano – Puyango – Loja. Registro de Senecyt 10082109587 Telf. 0990656776. Email: manuel.pomat@educacion.gob.ec*