



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y**

**HUMANAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y ANSIEDAD SOCIAL EN ESTUDIANTES**

**UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA METROPOLITANA**

Tesis presentada por el Bachiller:

**DIEGO ANDRE MELENDEZ SOTO**

Para optar por el Título Profesional de

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Asesor: Mg. Walter Lizandro Arias

Gallegos

**AREQUIPA-PERÚ, 2024**

# Diego Andre Melendez Soto - AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y ANSIEDAD SOCIAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE AREQUIPA METROPOLITANA

## INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="https://repositorio.ucsp.edu.pe">repositorio.ucsp.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
4	<a href="https://repositorio.usmp.edu.pe">repositorio.usmp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
5	<a href="https://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
6	<a href="https://repositorio.upla.edu.pe">repositorio.upla.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="https://tdx.cat">tdx.cat</a> Fuente de Internet	<1%
8	<a href="https://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	<1%

## Índice

Índice de Tablas .....	5
Resumen .....	6
Abstract .....	7
Capítulo I: Planteamiento del problema .....	8
Justificación.....	8
Pregunta de Investigación.....	12
Objetivos de Investigación.....	12
Generales .....	12
Específicos.....	12
Capítulo II: Marco Teórico .....	13
Estrés .....	13
Afrontamiento al Estrés .....	18
Ansiedad.....	23
Ansiedad Social.....	26
Hipótesis.....	29
Capítulo III: Método .....	30
Diseño de investigación.....	30
Muestra.....	30
Instrumentos.....	32
Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE) .....	32
Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS).....	33
Ficha sociodemográfica.....	34
Procedimiento.....	34
Análisis de Datos.....	35
Capítulo IV: Resultados .....	36
Capítulo V: Discusión .....	50
Limitaciones .....	59
Recomendaciones.....	60
Conclusiones.....	62
Referencias .....	64
Anexos.....	77
Anexo 1.....	77
Anexo 2.....	78

Anexo 3.....	79
Anexo 4.....	81

## Índice de Tablas

Tabla 1 Frecuencias de la Población por sexo, diagnóstico y medicación .....	31
Tabla 2 Rango de edad de población evaluada.....	31
Tabla 3 Análisis descriptivo de los estudiantes evaluados según estrategia de afrontamiento	36
Tabla 4 Análisis descriptivo de Ansiedad y subdimensiones.....	37
Tabla 5 Análisis descriptivo de Evitación y Subdimensiones.....	37
Tabla 6 Prueba T de Student de muestra según Dimensiones, Subdimensiones de LSAS y sexo .....	38
Tabla 7 Prueba T de Student de muestra según Estrategias de Afrontamiento y sexo .....	39
Tabla 8 Prueba T de Student de Dimensiones, Subdimensiones de LSAS y Diagnóstico .....	40
Tabla 9 Prueba T de Student de Estrategias de Afrontamiento y Diagnóstico.....	41
Tabla 10 Prueba T de Student de Dimensiones y Subdimensiones LSAS con Medicación ...	42
Tabla 11 Prueba T de Estrategias de Afrontamiento con Medicación.....	43
Tabla 12 Análisis correlacional de estrategias de afrontamiento COPE con Dimensiones de Ansiedad.....	44
Tabla 13 Coeficiente de Determinación de la variable Ansiedad.....	46
Tabla 14 Validación de Modelo ANOVA de Variable Ansiedad .....	46
Tabla 15 Modelo de Regresión de variable Estrategias a Ansiedad.....	47
Tabla 16 Coeficiente de Determinación de variable Evitación .....	48
Tabla 17 Validación de Modelo Anova de Variable Evitación.....	48
Tabla 18 Modelo de Regresión de variable Estrategias a Evitación.....	49

## **Resumen**

El impacto en la salud mental, el crecimiento de niveles de estrés y ansiedad, el aislamiento y los problemas sociales que el proceso de pandemia COVID, cuarentena y el regreso a la presencialidad han traído, demuestran la necesidad de evaluar capacidades eficientes de afrontamiento al estrés; así como entender la importancia de esta variable en el manejo de la ansiedad social por parte de los estudiantes universitarios, población especialmente afectada por el particular contexto de cambio.

En esta investigación, de tipo empírica cuasiexperimental transversal, se buscó determinar el impacto del afrontamiento al estrés sobre la ansiedad social presentada en estudiantes universitarios.

Para ello, mediante una población de 674 estudiantes de una universidad de Arequipa, se utilizó la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) y el Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE), cuyos resultados fueron trabajados estadísticamente mediante las pruebas de Pearson y Spearman, evaluados en análisis descriptivos, de frecuencia en tablas de contingencia y luego análisis inferencial mediante t de Student y ANOVA para así también establecer el grado de impacto.

Los resultados indicaron que existe un impacto significativo del Afrontamiento al Estrés que explica en un 16.7% (Dimensión Ansiedad) y un 17.2% (Dimensión Evitación) la variabilidad de la Ansiedad Social, donde las estrategias de Desentendimiento Mental ( $p=.001$ ,  $p=.004$ ) y Conductual ( $p=0.44$ ), Enfoque en Emociones ( $p<.001$ ), Postergación ( $p<.001$ ,  $p=.001$ ) y Afrontamiento Activo ( $p=.009$ ,  $p=.007$ ) y Búsqueda de apoyo por motivos emocionales ( $p=.015$ ) tuvieron resultados significativos.

*Palabras clave:* afrontamiento al estrés, ansiedad social, impacto, estudiantes universitarios, COPE, LSAS

## **Abstract**

The impact on mental health, the increase in stress and anxiety levels, the isolation and social problems that the COVID pandemic process, quarantine and the return to the classroom have brought, demonstrate the need to evaluate efficient stress coping skills; as well as to understand the importance of this variable in the management of social anxiety by university students, a population especially affected by the particular context of change.

In this research, of a quasi-experimental cross-sectional empirical type, the aim was to determine the impact of stress coping on social anxiety in university students.

For this purpose, the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) and the Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (COPE) were used with a population of 674 students from a university in Arequipa. The results were statistically analyzed using Pearson and Spearman tests, evaluated in descriptive analysis, frequency analysis in contingency tables and inferential analysis using Student's t-test and ANOVA to establish the degree of impact.

The results indicated that there is a significant impact of Coping with Stress that explains 16.7% (Anxiety Dimension) and 17.2% (Avoidance Dimension) of the variability of Social Anxiety, where the strategies of Mental Disengagement ( $p=.001$ ,  $p=.004$ ) and Behavioral ( $p=.44$ ), Focus on Emotions ( $p<.001$ ), Procrastination ( $p<.001$ ,  $p=.001$ ) and Active Coping ( $p=.009$ ,  $p=.007$ ) and Emotionally Motivated Support Seeking ( $p=.015$ ) had significant results.

*Key words: stress coping, social anxiety, impact, college students, COPE, LSAS.*

## Capítulo I: Planteamiento del problema

### Justificación

El impacto de la pandemia del COVID-19 y las medidas de aislamiento social impuestas como respuesta a esta crisis sanitaria han tenido efectos profundos en la salud mental y el bienestar emocional de la población global. Ramírez et al. (2020) sostienen que estas repercusiones afectan tanto a nivel individual como social, con consecuencias persistentes que incluyen el aumento de la ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Además, estudios recientes indican que el estrés postraumático es una condición que ha emergido con mayor frecuencia en la población general debido a la incertidumbre y el miedo asociados con la pandemia (Galea et al., 2020). En este contexto, es fundamental reevaluar los efectos de la pandemia desde una perspectiva educativa actualizada, especialmente porque la enseñanza virtual, indispensable en su momento, ha dejado de ser el único medio de impartición de clases en muchos países (García-Aretio, 2021).

El retorno a la presencialidad ha traído consigo nuevos retos para los estudiantes universitarios. La adaptación a las interacciones sociales, el manejo de la ansiedad post-aislamiento y la reconfiguración de las expectativas académicas han sido algunas de las principales dificultades (Rivas et al., 2022). Huarcaya-Victoria (2020) destaca que los efectos psicológicos de la pandemia, en especial el estrés y la ansiedad, persisten incluso después de la vuelta a la normalidad. Es por ello que esta investigación se vuelve relevante para analizar cómo las estrategias de afrontamiento al estrés influyen en el bienestar emocional de los estudiantes universitarios en Arequipa.

El estrés académico es definido como una respuesta adaptativa a demandas académicas percibidas como excesivas, que pueden generar síntomas de ansiedad, depresión y agotamiento emocional (Pekrun, 2014). Este tipo de estrés se manifiesta en la presión por

cumplir con los requisitos académicos, la competencia entre compañeros, y la incertidumbre sobre el futuro profesional. En el contexto universitario, estas demandas son constantes y, en muchos casos, exacerbadas por la pandemia (Zhang et al., 2020).

Desde un enfoque teórico, el estrés es una respuesta adaptativa frente a demandas percibidas como excesivas o amenazantes, como lo describen Lazarus y Folkman (1986). El afrontamiento al estrés, entendido como el conjunto de estrategias para manejar dichas demandas, es clave para la adaptación emocional de los estudiantes universitarios. En este contexto, es esencial estudiar la relación entre el afrontamiento al estrés y la ansiedad social, ya que ambas variables juegan un rol fundamental en el bienestar de esta población (Cassaretto & Chau, 2016), sobretodo la manera en que el afrontamiento al estrés impacta sobre la ansiedad, pues el afrontamiento es un medio de apoyo terapéutico importante que permite al estudiante manejar problemas y situaciones complejas como la Ansiedad Social (Aldao et al., 2010). Esta investigación, además, busca llenar un vacío en la literatura sobre cómo los estudiantes universitarios en Perú, específicamente en Arequipa, manejan el estrés y la ansiedad social en un contexto postpandemia.

Los estudios sobre la relación e impacto entre el afrontamiento al estrés y la ansiedad social en estudiantes universitarios en Perú son escasos. Aunque se han realizado investigaciones internacionales sobre la salud mental en estudiantes universitarios durante la pandemia, como los de Sandín et al. (2020), existe una falta de estudios centrados en la realidad peruana. Esta carencia se debe, en parte, a las diferencias contextuales y culturales que afectan cómo se manifiesta y se maneja el estrés en diferentes regiones. El contexto socioeconómico y cultural del Perú presenta características únicas, como la desigualdad económica y el acceso limitado a recursos tecnológicos, que pueden influir en las estrategias de afrontamiento de los estudiantes (González & Evaristo, 2021). Esta investigación es

esencial para abordar estas diferencias y proporcionar datos específicos que puedan guiar intervenciones locales.

Por otro lado, la ansiedad social ha aumentado considerablemente entre los jóvenes debido a las restricciones sociales y la virtualización educativa. Este tipo de ansiedad deja a muchos estudiantes en una situación vulnerable debido a que delimita las capacidades de afrontamiento de quienes lo presentan (Stein et al., 1996).

Este padecimiento se manifiesta como un temor constante a la evaluación negativa en situaciones de interacción social, es una variable que ha mostrado un aumento significativo en los estudiantes universitarios durante la pandemia (Sandín et al., 2020). Este estudio ofrece una oportunidad única para explorar cómo los estudiantes universitarios peruanos, particularmente en Arequipa, están lidiando con esta forma de ansiedad tras el retorno a la presencialidad o los modelos híbridos.

La investigación también busca identificar patrones de afrontamiento que puedan predecir el desarrollo de problemas emocionales más graves, como el Trastorno de Ansiedad Social (TAS). Esto es crucial, ya que un manejo inadecuado del estrés y la ansiedad puede tener consecuencias a largo plazo en el rendimiento académico y en la salud mental de los estudiantes (Cassaretto & Chau, 2016). Al proporcionar una base para intervenciones psicológicas dirigidas a fortalecer las estrategias de afrontamiento, esta tesis tiene el potencial de generar un impacto positivo en la salud mental de los estudiantes universitarios peruanos.

Punto que se respalda si se tiene en cuenta que, a nivel nacional, Asejo-Alarcón et al. (2020) encontraron que más del 50% de los estudiantes universitarios que habían evaluado presentaban niveles severos de estrés académico, lo que refuerza la necesidad de desarrollar investigaciones específicas para este grupo y para los estilos y estrategias de afrontamiento al estrés. Además, la falta de recursos de apoyo psicológico en las universidades peruanas hace

aún más urgente el desarrollo de estrategias de intervención basadas en los hallazgos de estudios como este (Lovón & Cisneros, 2020).

En resumen, esta tesis no solo contribuirá al cuerpo de conocimiento sobre la relación entre el afrontamiento al estrés y la ansiedad social, sino que también ofrecerá un marco para el diseño de intervenciones prácticas que puedan mejorar la calidad de vida de los estudiantes universitarios. Como sugieren Folkman y Moskowitz (2004), la intervención temprana en los procesos de afrontamiento al estrés mejora significativamente la adaptación emocional y previene el desarrollo de trastornos más severos. Los resultados de esta investigación podrán ser utilizados para guiar la implementación de programas de salud mental en universidades peruanas, contribuyendo a la creación de entornos académicos más inclusivos y resilientes.

## **Pregunta de Investigación**

¿Cómo impacta el afrontamiento al estrés sobre la ansiedad social presentada en estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana?

## **Objetivos de Investigación**

### ***Generales***

Determinar el impacto del afrontamiento al estrés sobre la ansiedad social presentada en estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana.

### ***Específicos***

Describir las características sociodemográficas en estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana.

Medir el afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana.

Evaluar la ansiedad social en su escala general y en sus cuatro dimensiones en estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana.

Comparar el afrontamiento al estrés y la ansiedad social según el sexo, presencia de diagnóstico psiquiátrico y el uso de medicación en los estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana.

Correlacionar si existe una relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y las dimensiones de la ansiedad social en estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana.

Describir el impacto de las estrategias del afrontamiento al estrés sobre las dimensiones ansiedad social en estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana.

## **Capítulo II: Marco Teórico**

### **Estrés**

El estrés en sí mismo representa algo cotidiano en la vida de las personas, pues implica una respuesta a estímulos que podrían darse y se dan en el entorno natural, donde es la concepción de la propia persona, la que define en qué situación o cambio del ambiente podrá darse un proceso de estrés.

Levine (2005) señala la concepción de estrés como un problema constante dentro de su estudio, pues se trata de un concepto multidimensional con diferentes elementos y partes. Siguiendo el punto, el autor explica que estos elementos pueden dividirse en el estímulo estresor, los sistemas de procesamiento del estrés que incluyen la experiencia subjetiva del estrés, y las respuestas y reacciones al estrés, donde la dificultad radica entre otras cosas, en la forma que estos elementos interactúan el uno con el otro. Asimismo, los efectos del estrés se clasifican según el autor en cuatro distintos roles, fisiológico, conductual, cognitivo y la experiencia subjetiva, donde el fisiológico implica alteraciones neuroendocrinológicas, del sistema nervioso e inmune.

En una revisión histórica, Chrousos et al. (1988), proponen la idea de armonía y desarmonía como el primer acercamiento hacia la idea de estrés y estresor. Y se dispone del término homeostasis como una puerta a su entendimiento, a la cual filósofos como Empédocles, precursores de la medicina como Hipócrates y más adelante científicos como Claude Bernard darán uso: El primero como una expresión de lo armonioso entre los

elementos inertes existentes; el segundo, atribuyéndolo al enfoque de seres vivos, donde se presenta el concepto previo de balance armónico y por lo tanto el bienestar físico, mientras que la falta de este bienestar representa la desarmonía, que se atiene a la enfermedad, se consideraba por lo tanto a la enfermedad como un producto y causante de desequilibrio e imbalance (Cohen et al., 1988); Claude Bernard propondría la estabilidad fisiológica del cuerpo como homeostasis y medio interior. Walter Canon, fisiólogo y científico, introduciría el termino de Fight or Flight (luchar o huir) a la discusión psicofisiológica y poco después entraría Hans Selye en escena, Chrousos et al. (1988).

Se establece con este último el enfoque fisiológico, que expresa al estrés como un generador natural de mecanismos biológicos que preparan al organismo, al cuerpo humano, para dar una respuesta a un estímulo perturbador del equilibrio interno.

En sí misma, la generación de una respuesta ante un agente estresor que según Selye (1936), dividiría la reacción en procesos donde podría patologizar el estrés en GAS (Síndrome del estrés o de Adaptación General), este se dividiría en tres fases claras: La fase de alarma, donde se establecería la alteración fisiológica con la liberación de elementos como el cortisol y ACTH, proveyendo la sobreproducción de energía en forma de taquicardia, dilatación de pupilas, incremento de respiración, etc.; la fase de resistencia, donde radicaría en el análisis de la situación y concepción si ha sido solucionada o tiene el potencial de ser solucionado, de lo contrario llevando a la tercera etapa; el periodo o fase de agotamiento, donde a causa de considerar al agente estresor insolucionable o permanente en el entorno de la persona, se desarrollarían trastornos y daños crónicos en la persona por una fase de alarma y alteración constante (Sierra et al., 2003), que podría traducirse más tarde en otros problemas como el síndrome de Burn Out, problemas hepáticos, hormonales, etc.

Hans Selye se considera, como señalan Rom y Reznick (2015) uno de los principales investigadores modernos del estrés, y se atribuye como la persona que usó el término estrés

en el marco psicológico moderno prestándose la palabra de la física, y correspondiendo en su adaptación a la acción entre dos fuerzas que toman lugar en alguna parte del cuerpo o medio humano (Cohen et al., 1988). Rom y Reznick detallan dos puntos fundamentales que se desprenden de la teoría de GAS propuesta por Selye: que el estrés no representa un proceso cognitivo o psicológicamente complejo, sino más bien una reacción fisiológica natural del cuerpo humano; y que, en segundo lugar, el estrés se expresa como una respuesta del cuerpo físico ante cualquier amenaza o necesidad que pueda presentarse.

El rol fisiológico, sin embargo, es un tema de controversia hacia diferentes posturas, especialmente por el hecho que para Selye, esto excluía una relación de dependencia con la psique, como señalaba en experimentos con animales que expresaban respuestas fisiológicas ante estresores aún sin estímulos emocionales o psicológicos, habiendo desconectado la corteza cerebral del hipotálamo (Rom & Resnick, 2015).

Selye (1975), indica que no puede atenerse a una concepción únicamente psíquica del estrés pues este se ve en reacciones de animales que carecen de sistema nervioso e incluso plantas, por lo que la situación del ser humano representa más un acomplejamiento del proceso del estrés que no es en sí mismo suficiente como para generalizar a la excitación emocional-psicológica como causa principal de las reacciones al estrés.

Ante la posición de que la psique tiene un papel fundamental, habiéndose observado que las respuestas a determinados estímulos psicológicos varían en el tiempo en el mismo individuo (Rom y Resnick, 2015), Selye propone que, si bien puede haber variaciones en la intensidad de estímulos según la psique del ser humano, estas están atadas a factores condicionantes-ambientales.

Reznick (1989) sugiere por ello una modificación que pueda comulgar el aspecto fisiológico de GAS con las teorías más recientes, proponiendo cuatro fases en vez de las tres iniciales, Siendo estas la fase de descanso base, la base de tensión, la fase de respuesta y la

fase de alivio, buscando establecer un patrón o ciclo circular que unifiquen el rol psicobiológico deseado.

En etapas posteriores, la progresión del concepto de estrés y las estrategias de afrontamiento, como delineadas por Lazarus (1996), propició un avance en la comprensión de cómo los individuos responden ante estímulos negativos o desconocidos y cómo estas respuestas inciden en sus capacidades psicológicas, físicas y sociales. Lazarus define el estrés como la sensación y proceso psicofisiológico resultante frente a un elemento percibido como superior a las propias capacidades. Además, en colaboración con Folkman, introduce el concepto de afrontamiento al estrés, que se refiere a las respuestas, tanto cognitivas como conductuales, dirigidas a demandas consideradas superiores (estresores) a los recursos disponibles para la persona (Castaño y León del Barco, 2010).

Este enfoque recalca la importancia de la interacción entre la percepción subjetiva del individuo sobre las demandas ambientales y la capacidad de la persona para gestionar dichas demandas. El estrés, por lo tanto, no solo se conceptualiza como una respuesta pasiva, sino como un proceso activo donde las estrategias de afrontamiento desempeñan un papel clave en la adaptación del individuo. La capacidad de afrontamiento puede influir significativamente en la forma en que las personas enfrentan situaciones estresantes, impactando no solo su bienestar psicológico, sino también su salud física y su funcionamiento social.

Cassaretto et al. (2003) señalan por lo tanto que debe considerarse también que el estrés representa una conexión entre la persona psicofisiológica y su entorno, una relación dinámica y recíproca, esto porque serán las percepciones de los diferentes estímulos que se desarrollan en el entorno los que llevarán a una sensación de suficiencia o caso contrario, insuficiencia, lo que influenciará directamente en el proceso de estrés.

Esta relación se considera dinámica en cuanto a la fluencia constante y diversa de estímulos en el entorno, y recíproca en cuanto a que, así como recibe los estímulos del ambiente, la persona también será capaz que crear estímulos, al reaccionar a los primeros, formando una serie de transacciones como señala la Teoría Transaccional de Lazarus y Folkman.

Sierra et al. (2003) hacen hincapié en la realización que en esa naturaleza de relación entorno - persona, los estímulos no se representan como elementos negativos únicamente, sino que, en efecto, la cualidad de reacción o concepción de superioridad sobre las capacidades propias se puede dar en situaciones positivas pero demandantes como ascensos o un hijo esperado por la familia; esta postura, junto con la de Lazarus y Folkman subrayan la necesidad de considerar no solo la presencia del estrés, sino también las estrategias de afrontamiento utilizadas para comprender mejor el impacto global en la salud mental y el bienestar de un individuo.

Los diversos enfoques modernos del estrés son en gran medida complementarios, tanto el fisiológico como el psicológico presentan aportes significativos, por ejemplo, entendiendo la respuesta biológica del ser humano ante el estrés o en enfoques como el cognitivo, que permitiría más adelante entender que aquellos estímulos perturbadores no son necesariamente físicos o tangibles, sino que pueden exponerse como cogniciones erróneas e incluso elementos sociales mediante las terminologías de evaluación cognitiva o cognitive appraisal (Lazarus et al., 1980) y la teoría de las emociones. Esto a su vez ha permitido la profundización en el estudio del estrés y por lo tanto de la manera en que el ser humano responde a este, es decir, el afrontamiento al estrés.

## **Afrontamiento al Estrés**

El afrontamiento al estrés es desarrollado ampliamente por Lazarus y Folkman (1986), quienes le dan la misma importancia de investigación que al estrés debido a que corresponde a la respuesta de la persona al medio y al estímulo.

Naranjo (2009), señala, resumiendo parte de su teoría, que la reacción que la persona tendrá tras la exposición del agente estresor estará dividida en dos elementos con igual importancia. La primera, la valoración cognitiva que tendrá la persona del agente, y la segunda, la manera de afrontar la situación, condicional en gran parte a la primera, pues de esa dependerá cómo se dará al cabo el afrontamiento en sí mismo.

Esta valoración, para Lazarus y Folkman (1986), se divide en una primaria y otra una secundaria, en la primaria presentándose cuatro variantes, la valoración de amenaza, que implica la anticipación de un perjuicio o peligro; la valoración de desafío, donde además del peligro se presenta alguna ganancia; la valoración de pérdida, que busca la estimación de daños anteriores, como enfermedades, lesiones, problemas sociales; y la valoración de beneficio, que no tendría efecto estresante por sí misma. Mientras que, en la valoración secundaria, se buscaría percibir que recursos y habilidades se disponen para afrontar el problema y que acciones posibles pueden llevarse al cabo. Donde la interacción entre ambas valoraciones sería el elemento que definiría el grado de estrés, así como la intensidad y el contenido de la respuesta emocional (Cassaretto et al., 2003).

Asimismo, estaría presente la cualidad de continuidad en el afrontamiento al estrés, propuesta por los mismos autores como reciprocidad estrés - afrontamiento, en el que este último tiene una consecuencia fisiológica, emocional y cognitiva en la persona, que influye en cómo valorará los próximos agentes estresores y cómo reacciona ante ellos, es decir, generando una evolución continua a partir de la manera inicial de afrontamiento (Cassaretto et al., 2003). En este punto es posible denotar cómo los sistemas de valoración, estrés y

afrontamiento están conectados y cómo a su vez estos tienen consecuencias en la psique del individuo.

La propuesta cognitiva detalla diferentes grados de evaluación similares a los de Lazarus y Folkman, donde la evaluación primaria considera la significancia del estímulo y su relevancia en cuanto a benigno, o perjudicial insignificante, así mismo la evaluación secundaria también implica un pase a considerar las posibles respuestas en cuando a que se puede y se debe hacer como señala Marquéz (2004).

Esta autora inserta los roles de autoconcepto; la perspectiva descriptiva que tenemos de nuestras conductas, y autoeficacia, la idea que mantenemos respecto a la eficiencia de nuestras acciones o capacidades en determinadas situaciones o contextos. Estos elementos base del sistema cognitivo se apoyan en este caso en: la expectativa de resultado, que es la expectativa por Bandura de que una acción sea útil para cierto momento, y la expectativa de autoeficacia, que refiere a si la persona se considera capaz de llevar al cabo la acción necesaria (Marquéz, 2004).

Además de estos dos elementos similares a la teoría transaccional, se establece la reevaluación, como pareo de la continuidad, que implica la calificación que el individuo da al suceso estresor, la reacción y el resultado, para decidir si cambiar, modificar o reemplazar la conducta establecida previamente, esto pudiendo partir desde la percepción propia o información del medio. La reevaluación, se pueden influenciar por diferentes elementos y tener caracteres emocionales, por ejemplo, en una naturaleza defensiva valorar situaciones de manera más negativa o positiva a lo que realmente son.

Esto abre las puertas a su vez a la evaluación de cómo una persona determina si replicar o no determinados estilos de afrontamiento y en qué medida estos se guían por el rasgo objetivo. Es decir, como cuantificar que estrategias y estilos de afrontamiento decidirá el individuo a repetir continuamente y que tanto factores como el medio social, la familia,

las influencias externas y culturales podrán influir sobre esa decisión y no sólo el sentido de eficacia (autoeficacia) que la persona pueda concebir de la situación. Thoits (1995) señala respecto a esto que, si bien no es generalizable, hay una importante relación entre elementos como el estatus social, la capacidad económica, laboral y familiar, esto debido a que las carencias en estos aspectos se traducen en dificultades crónicas en facetas importantes y cotidianas, como la vida ocupacional, financiera, social, la salud o la situación parental o marital de una persona. Características claramente fundamentales dentro de la percepción y desarrollo de uno mismo.

Ante esto, el autor concluye que en el caso de grupos sociales o económicos bajos o afectados (personas de bajos recursos, madres solteras, ancianos, personas divorciadas, etc.) hay una especial prevalencia a ser especialmente vulnerables y reactivos a estresores, y en efecto a escoger mecanismos de afrontamiento más ineficientes a largo plazo, como puede ser el afrontamiento emocional, o el alcohol. Esta prevalencia es especialmente notable cuando el grupo comparte tanto el rasgo problemático como el rasgo de poca capacidad económica, y, al contrario, el sentido de mantener una estructura familiar constituida pero no tener ingresos altos o tener elevado estatus económico y tener desventajas sociales no simularía tener un impacto negativo importante. Se propone el término de estrés social como una consecuencia que circunvalaría los efectos de la estructuración de clases sociales sobre los individuos e intentaría determinarse como una suerte de concepto inevitable, predecible y una expresión de la “discriminación sistemática y la desigualdad” según Aneshensel (citado por Thoits, 1995, p. 56)

Thoits (1995) también señala que hay una especial debilidad o afectación según el grupo evaluado y el tipo de estresor, por ejemplo, en el caso de las mujeres se señala como especialmente demandantes los estresores sociales, mientras que en el caso de los hombres toma ese lugar el estresor laboral-económico. Esta diferenciación también se ve en el tipo de

formas de afrontamiento propuesto; por ejemplo, en cuanto a resoluciones conflictivas, los hombres tenderían más a alternativas como el uso de sustancias, mientras que las mujeres a resoluciones emocionales, desembocando en algunos casos en depresión.

Se entiende además una relación estrecha entre el factor del estrés continuo o “Carry-Over”, que implica la rotación del estrés acumulado en personas con roles dominantes durante situaciones difíciles (laborales, económicas, etc.), y la tendencia negativa a optar por métodos problemáticos de afrontamiento. Por ejemplo, padres (roles dominantes), trasladan el estrés laboral a los miembros de la familia dependientes, en este caso los hijos, quienes a su vez desarrollan consecuencias de trauma tras situaciones de negligencia, abandono, abuso, entre otros. Esto a su vez podría desembocar en la complejidad familiar social del desarrollo de estructuras de afrontamiento negativamente eficientes para diferentes situaciones (Thoits, 1995), es decir los hijos y siguientes generaciones podrían adoptar estrategias de afrontamiento que continúen la estructura negativa o perjudicial ya planteada por los padres.

Respecto a la tipología de los métodos de afrontamiento, Lazarus y Folkman plantearían los estilos de afrontamiento centrados en el problema y los centrados en la emoción, siendo el primero considerado como más objetivo, será de mayor efectividad para la resolución de problemas, mientras que el otro implicaría consecuencias negativas y se consideraría como una resolución errónea del problema al no reconocer un acto direccionado a resolver el suceso real sino la sensación emocional subjetiva.

Carver perfeccionaría la clasificación de los estilos de afrontamiento bajo la premisa de la complejidad mayor y demandante de las mismas, la cual llevaría a la propuesta de quince estrategias: “El afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competitivas, la postergación del afrontamiento, el soporte social instrumental y emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación, la negación, el acudir a la religión, la expresión de

las emociones, el uso de alcohol, y drogas y el no compromiso conductual cognitivo” (Cassaretto et al., 2003, p. 370).

Estas 15 estrategias presentadas por Carver serían fundamento para el desarrollo de pruebas psicológicas como el Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento COPE, una de las herramientas principales para las mediciones de estilos y estrategias de afrontamiento (Cassaretto y Chau, 2016).

Bajo esta teorización, se correlaciona la toma de estrategias enfocadas en el problema con situaciones que la persona considera controlables o sobrellevables, mientras que eventos de carácter desconocido o percibidos como incontrolables llevarían a escoger aquellas más enfocadas hacia las emociones, que por lo general lleva a resultados menos eficientes (Folkman, 1984). También se señala que esta prevalencia está relacionada también con la alta autoestima y los grados altos de locus de control interno, ambos apuntando hacia estrategias enfocadas en el problema. Por lo que la percepción de la persona sobre sus capacidades y los problemas, como menciona la teoría transaccional, tendrá gran peso a la hora de elegir qué tipo de estrategias se llevarán al cabo.

Otra cualidad de la elección de estrategias y estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman recae en la habitación y la variedad de los mismos, según Thoits (1995) la efectividad de un método de afrontamiento deviene también del tipo de situación estresante que la persona debe mediar, especialmente en cuanto que no todas las formas son eficientes en todos los casos, pues dependen de la facilidad de los medios a su disposición, por ejemplo la meditación requiere un lugar y momento adecuados; del tipo de estresor y sus características, por ejemplo si es un problema crónico o único.

Las respuestas del ser humano en cuanto al afrontamiento al estrés se refiere, pueden dividirse en estilos de emociones y estrategias de afrontamiento, como señalan Castaño y Barco (2010), dónde se habla de estilos cuando se representan predisposiciones, tendencias

de accionar frente a las situaciones en general, así como la estabilidad de la persona frente a esta, mientras que las estrategias de afrontamiento en cuanto a respuesta refieren a la respuesta específica que se da a una situación en particular, lo cual se puede llegar a entender por lo tanto como una relación complementaria de dos características psíquicas (Sandín et al., 1995). La evaluación de la investigación en este sentido se ve enfocada en las estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman.

### **Ansiedad**

La conceptualización del estrés y el afrontamiento al estrés es considerada necesaria para poder hacer una diferenciación con respecto a la ansiedad y su rama, la ansiedad social:

Anteriormente, la separación de los términos estrés y ansiedad resultó ser problemático y en la mayoría de los casos no ha permitido un intercambio claro y acertado de información y perspectivas de ambas teorías, teniéndose incluso un uso poco claro respecto a ambos, tomándolos como sinónimos, como es el caso de algunos autores como Miller, Freud y Dollard (como se citó en Sierra et al., 2003).

Sin embargo, actualmente tras la teorización y el interés por su diferenciación, es claro poder señalar que, mientras el estrés representa, como se mencionó anteriormente, un proceso adaptativo ante un estímulo que produce de la sensación de sostener una demanda mayor a la capacidad actual de la persona, que puede nacer tanto de situaciones buenas como malas, siempre que se consideren sobre estimulantes o superiores a la capacidad de respuesta propia; la ansiedad en sí misma se expresa como un elemento plenamente negativo, de inquietud y agitación en respuesta a un estímulo invisible y probablemente imaginario que refiere además a sensaciones de peligro inminente y son en todos los casos percibidos como algo desagradable (Sierra et al., 2003). Característica última que no se comparte, al igual que varias de las expuestas, con el estrés, debido a que este también

implica la posibilidad de sensación placentera y de aprendizaje por parte del individuo que lo experimenta por la sensación de emociones de alarma.

Sarudiansky (2013) asocia el término ansiedad con miedo, nerviosismo y estados psicopatológicos, donde Ey (2008) también agrega tres elementos importantes en cuanto a la presencia y desarrollo de ansiedad: La ampliación peyorativa, lo que implica el crecimiento per se exagerado de las expectativas negativas; la espera inminente de un peligro o desgracia donde se prevé el dolor, el miedo, la muerte el mal , las sensaciones negativas; y “el desasosiego, el sentido agónico de la existencia” (Sarudiansky, 2013, p.23), además, al no corresponder a una situación necesariamente real, presentan una cualidad más profunda de permanencia que a diferencia del estrés, no depende del estímulo. Algunos autores como Spielberger aluden al factor miedo y estrés como piezas del sistema que puede originar la ansiedad, especialmente por el razonamiento que podría ser necesario un estímulo primero base que diese origen al objeto de ansiedad (1972, como se citó en Sierra et al., 2003).

Freud además explica una diferencia importante entre ansiedad, miedo y terror, donde la diferencia fundamental de los dos primeros es que la ansiedad no se orienta hacia un elemento específico ergo no necesita de su presencia, a diferencia del miedo que se enfoca en una parte existente, esto también implica que la ansiedad apunta en este sentido a un estímulo más difuso, de menor delimitación, con un origen o foco poco reconocible y sobre todo aprensivo para la persona. Asimismo, el terror se asocia a la intensidad de la emoción más que a la duración, sus causas o su contexto (Sarudiansky, 2013; Sierra et al., 2003).

Rasgos de personalidad como el neuroticismo presentan también una natural tendencia a la sobre reacción ante diferentes estímulos, tal como describe el rasgo en sí mismo en cuanto a la propensión hacia la inestabilidad en cuanto más alto sea, mientras que al ser más bajo representaría un ajuste más estable.

Sin embargo, Costa y McCrae (1992) describirían dentro del sistema de clasificación de los cinco grandes (Big Five) a la Ansiedad (N1) como una faceta de la dimensión Neuroticismo (N) y no al revés, donde definirían a la primera como una inclinación especial a experimentar emociones negativas como la preocupación, el miedo o la angustia, un descriptivo también para una capacidad orgánica mayor de aprensión respecto a los eventos y situaciones que rodean al individuo.

Además, los mismos autores englobarían dentro de esta dimensión a la Ansiedad Social (N4), una focalización de la ansiedad en forma de una preocupación especial por el rol y desempeño social, miedo al ridículo y direccionamientos a experimentar incomodidad o inferioridad en la función social cotidiana, una expresión de hipersensibilidad centrada en la interacción con las otras personas, también pudiendo describirse como hipervigilia ante cualquier gesto o sensación de ineficiencia social, que como se señalaba respecto a reevaluación de la teoría cognitiva, esta especial adherencia a la percepción de error y sensación de autoeficacia negativa no corresponde a una característica denotativa, sino a una subjetividad que nace del individuo y depende de condiciones y experiencias previas.

Por otro lado, se señalan que los elementos fisiológicos y emocionales de la ansiedad se interconectan pero que son estos últimos una expresión supeditada de los primeros, similar a la postura de Selye respecto al estrés: “la emoción era una consecuencia más que un antecedente de los cambios corporales” (Díaz y de la Iglesia, 2019, p.44).

Como señala Robles et al. (2008) la perspectiva cognitivo conductual demostraría la importancia del ambiente y la manera de interpretarse en el desarrollo de la ansiedad, un punto bastante importante para reparar en la conexión que tiene el estrés y la ansiedad, al tener y recibir gran influencia del medio, los estímulos y las percepciones y auto percepciones; especialmente en la ansiedad social donde la forma de concebirse, la

autoestima, el autoconcepto y la autoeficacia, las concepciones objetivas y subjetivas de uno mismo; resultan tener un papel fundamental.

### **Ansiedad Social**

El desarrollo de la Ansiedad Social y el Trastorno de ansiedad social (TAS) afectan a una cantidad significativa de personas en América Latina, donde el TAS, por ejemplo, es considerado un problema de salud pública (Franco-Jimenez, 2020). Este tiene también arraigo en países más desarrollados; en Estados Unidos, este problema afecta al menos a un 13.3% de la población general estadounidense (Robles et al. 2008).

La Ansiedad Social, en sí misma, se caracteriza entonces por aquellas mismas sensaciones de peligro, inquietud y agitación presentes en la sintomatología ansiosa, pero formadas en miedo hacia la evaluación negativa en momentos de socialización, preocupación por la percepción de los demás hacia la persona y cogniciones erróneas negativas (Moran et al., 2018).

Estas características no sólo corresponden a una cualidad descriptiva de la forma de anticipar el contacto social, sino también son demostración de métodos ineficientes de afrontamiento directos y activos. Esto, según Castaño y León del Barco (2010), sería un elemento evidente debido a la alta relación de las personalidades introvertidos y estilos de afrontamiento pasivos, que no sólo responden a elementos de inseguridad, sino también al predominio de ideas ansiosas relacionadas a situaciones sociales y la propia autoeficacia de la persona, experimentando además altos grados de auto culpabilidad.

Esta descripción resulta significativa para la valoración de la relación teórica estrecha que se presenta entre la ansiedad social y los estilos de afrontamiento que pueden resultar predictivos para la patologización de este tipo de problemas (Moran et al., 2018).

Además, se conecta con el reciente incremento de problemas relacionados con la vida social y las dificultades presentadas debido al aislamiento por cuarenta, como señalan también Chaturvedi et al. (2021) en un estudio en más de mil estudiantes hindúes durante la pandemia con el uso de cuestionarios, cuyo objetivo fue analizar el desarrollo de la salud mental, capacidades sociales y académicas en estudiantes universitarios y de preparatoria de India.

Franco-Jimenez (2020) apunta a la necesidad actual de entender y prevenir el desarrollo de un posible Trastorno de ansiedad social, debido a la baja posibilidad de recuperarse si no se cuenta con un tratamiento especializado y el impacto que actualmente representa para Latinoamérica. En este sentido, la investigación de la ansiedad social y el trastorno desarrollado, TAS, han llevado a la creación de diferentes tipos de evaluación que buscan reparar en síntomas del trastorno dentro de la persona, para esto vinculándose con situaciones específicas generadoras de ansiedad (Moran et al., 2018).

Mediante la exposición de casos y estudios, se busca brindar una mejor perspectiva respecto al proceso de investigación actual, tomando también como antecedentes de importancia situaciones de pandemias anteriores donde se podrá describir parte de los procedimientos llevados a cabo y los resultados obtenidos durante un contexto con características similares al actual.

Por un lado, los brotes epidemiológicos de SARS en Canadá obligaron la toma de medidas de cuarentena en Toronto para más de 15000 personas (Hawryluck et al., 2004). En una investigación de tipo correlativa hecha por los autores anteriores en 2004 se buscó medir los efectos psicológicos que la cuarentena y el aislamiento social tuvieron en aquellos pobladores, los cuales en su mayoría fueron personas entre los 20 y 47 años, cuyo nivel de estudio era como mínimo estudiante universitario. Para esto se tuvo como variables principales la medida del impacto emocional y la prevalencia de depresión, usando como

escalas validadas el IES-R, y la escala CED-D, prueba que busca medir síntomas de depresión. Brindando como resultados una significativa correlación entre los puntajes de síntomas de depresión y trastorno de estrés postraumático con la duración de la cuarentena. (Hawryluck et al., 2004).

Durante la epidemia de Ébola de la primera mitad de la década de 2010, donde se presentaron más de 28000 casos (WHO, 2015), se hicieron estudios que buscaron entender e identificar los efectos psicológicos y sociales a corto y largo plazo de la epidemia. Entre ellos, una investigación teórica señaló la relación estrecha entre el proceso de enfermedad y el desarrollo de trauma, estrés y ansiedad, entre otros elementos, en niveles individuales como comunitarios, expresando el aislamiento, la incerteza y las consecuencias contextuales de una epidemia no solo un espectro de afectación psicológica al individuo en sí mismo, sino también a su relación con la sociedad (Van Bortel et al., 2016).

Ambas investigaciones, pertenecientes a contextos similares, señalan las consecuencias negativas producto de contextos epidémicos, donde predominan elementos como síntomas depresivos, sensaciones de incerteza y ansiedad. Teniendo una alta correlación con la incapacidad auto percibida de responder ante problemas mayores, elemento que, cómo se definió anteriormente resulta en un generador del estrés y por lo tanto requiere de maneras claras de afrontamiento.

Por otro lado, en Reino Unido se llevó a cabo una investigación durante 2020 cuya finalidad era examinar la salud mental de los estudiantes universitarios de East Midlands University, así como su actividad física durante la cuarentena actual. Este estudio, de corte longitudinal, reportó, mediante el uso de encuestas virtuales, y la escala de salud mental Warwick-Edinburg y la escala de estrés percibido de Cohen, una correlación donde, a medida que aumentaba la duración de la pandemia, los hábitos sedentarios y resultados de

estrés percibidos, aumentaban, concluyendo en el aporte negativo de la cuarentena y la pandemia para la salud mental de los estudiantes universitarios (Savage et al., 2020).

Paralelamente, Li et al, 2020, llevaron una investigación similar en su carácter longitudinal a la anterior, cuyo fin era poder comprender el desarrollo de los síntomas depresivos, estrés agudo y ansiedad en estudiantes universitarios; para esto se utilizaron el cuestionario PHQ-9 para los síntomas depresivos, el IES-6 para estrés agudo y la escala GAD-7 para la ansiedad; para esta situación se trabajó con 68000 estudiantes universitarios donde los resultados apuntaron al desarrollo de estrés agudo en el 34.6 % del total en la primera ola y 16.4% en la segunda, así como 11.4% y 14.7% en ansiedad generalizada y 21.6 y 26.3% en síntomas depresivos, respectivamente, representando una cantidad significativamente grande de personas afectadas por la cuarentena y la pandemia, donde se concluyó la prevalencia significativa de las tres variables en estudiantes universitarios durante esta pandemia.

### **Hipótesis**

Hi: El afrontamiento al estrés impacta significativamente sobre la ansiedad social presentada en estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana.

Ho: El afrontamiento al estrés no impacta significativamente sobre la ansiedad social presentada en estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana.

## Capítulo III: Método

### Diseño de investigación

El presente estudio se trabajó utilizando un diseño empírico porque existe una data original que se va a procesar a partir de datos estadísticos y matemáticos, asimismo es de estrategia asociativa ya que analizó la relación funcional entre dos variables o más, de tipo predictivo simple más conocido como correlacional ya que cumple con los criterios de trabajar con constructos cuantitativos y susceptibles a las mediciones de covarianza. La temporalidad utilizada fue de diseño transversal porque la evaluación se realizó en un único momento con episodios que corresponden al presente (Ato y Vallejo, 2015).

### Muestra

El muestreo a utilizar en esta investigación fue no probabilístico por conveniencia ya que se encuentra sujeto a las posibilidades del investigador, en ese sentido no se requiere de la cantidad de la población total (Hernández y Mendoza, 2018). Sin embargo, se asoció al aproximado 10% de la población mayor de edad dentro de la Universidad evaluada, por lo que se proyectó la participación de 700 estudiantes universitarios, que en total resultaron 674 válidos que siguieron los siguientes criterios de inclusión:

- Estudiantes universitarios de ambos sexos
- Estudiantes universitarios en un rango de edad entre los 18 y 28 años

Y se establecieron dos grupos más para la comparación estadística:

- Estudiantes universitarios que refieran encontrarse en tratamiento psicoterapéutico
- Estudiantes universitarios que refieran algún diagnóstico psiquiátrico

La muestra se describe en la tabla siguiente (Tabla 1)

**Tabla 1**

*Frecuencias de la población por sexo, diagnóstico y medicación*

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Sexo</i>	Varón	269	39.9
	Mujer	405	60.1
<i>Diagnóstico psiquiátrico</i>	Con diagnóstico psiquiátrico	67	9.9
	Sin diagnóstico	607	90.1
<i>Medicación psiquiátrica</i>	Medicado	34	5
	No medicado	640	95
Total		674	100.0

En esta evaluación de las características de la población, se muestra la frecuencia basándose en los caracteres adicionales recolectados como el sexo, si han recibido diagnóstico psiquiátrico y medicación psiquiátrica.

Se evidencia que la muestra estuvo compuesta mayormente por mujeres (60.1%). Además, el 9.9% tenía un diagnóstico psiquiátrico y que el 5 % estaba tomando medicación psiquiátrica.

Se señala el rango de edades que se recolectó respecto a la población evaluada en la siguiente tabla (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Rango de edad de población evaluada*

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad	674	18	28	19.85	2.077

El rango de edad fluctuó entre los 18 a 28 años, con una media de 19.85 años y una desviación estándar de 2.077 años.

## **Instrumentos**

### ***Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE)***

Este instrumento es creado y propuesto en 1989, Estados Unidos, por Carver, Scheier y Kumari como un método de medición de la capacidad del afrontamiento al estrés para cuya validación se trabajó en un grupo de 978 estudiantes de la Universidad de Miami (Carver et al., 1989). El instrumento fue validado en Perú por Cassaretto y Chau en el año 2016, Lima, cuya muestra fue un grupo de 300 estudiantes universitarios con edades de 16 a 25 años, el 50.7% varones y el 49.3% mujeres.

El instrumento validado consta de tres factores/estilos señalados inicialmente por Cassaretto et al. En 2003: El Afrontamiento Orientado a la Emoción (Enfocado en el producto emocional de la situación estresora), el Afrontamiento Orientado al Problema (Observación lógica enfocada en la situación estresora) y el Desentendimiento (Estrategias evasivas y meditativas).

Esta prueba constaba de 52 ítems originales con 13 estrategias; más adelante se añadirían una 14ava y 15ava estrategia, asignándole 8 ítems más, dando un total de 60.

Asimismo, se establece la premisa de cómo el evaluado actuaría en determinada situación de estrés, para lo cual se puede responder mediante una escala Likert, calificada del 1 al 4, siendo 1, casi nunca lo hago; 2, a veces hago esto; 3, usualmente hago esto y 4, hago esto con mucha frecuencia (Cassaretto y Chau, 2016).

La prueba pasó por un análisis factorial exploratorio (AFE), encontrando 13 factores que explican el 65.15% de la varianza, respecto a los índices de bondad de ajuste los valores fueron adecuados ( $KMO=0.798$ ,  $p=0.01$ ;  $\chi^2=8529.48$ ;  $gI=1770$ ,  $p<0.01$ ). En adición a ello el instrumento pasó por un análisis factorial confirmatorio en el que se confirmó el modelo de 3 factores encontrando solo algunos valores de los índices de ajuste adecuados, ya que el CFI es menor a 0.9 y el RMSEA mayor a 0.06, por lo que se sugiere más estudios. Respecto

a la confiabilidad del instrumento analizada con el coeficiente de omega se encontraron valores aceptables que oscilan entre .53 a .91 (Cassaretto y Chau, 2016).

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

Esta escala es creada por Liebowitz, Estados Unidos (1987) en respuesta a la escasez de otros test que pudiesen puntuar y abarcar el conjunto de síntomas y dificultades sociales que implica la Ansiedad Social. Resultando entonces en uno de los primeros instrumentos centrados en la medición y diagnóstico de la Ansiedad Social y sus síntomas.

Este presentó inicialmente 24 ítems y 2 tipos de evaluación en formato Likert del 0 al 3, siendo uno de estos tipos el de miedo/ansiedad donde 0 es ninguna ansiedad y 3, bastante ansiedad; y la otra siendo evitación donde 0 es ninguna evitación y 3, bastante evitación. Liebowitz presenta las investigaciones propias y de Marks y Gelder (citadas por Liebowitz, 1987) como una base sólida a sus propuestas, y plantea dos factores: Interacciones Sociales y Desempeño, donde la primera representa que tipo de situaciones representan un generador de ansiedad y la frecuencia de esta, mientras que la segunda se centra en la medida en la que la ansiedad afecta el desempeño de la persona en diferentes situaciones, es decir, la intensidad.

La escala fue validada y evaluada en Perú por Franco-Jiménez y Pérez (2020), para esto se tuvo una muestra de 549 estudiantes de pregrado de una universidad estatal peruana (Franco-Jimenez, 2020) cuya media de edad era de 21 años aproximadamente. Esta usa como modelos, además del original, las adaptaciones al español y diferentes modelos propuestos del test como el de Caballo et al. (2019) y Stein et al. (2004) entre otros, para la evaluación de una mayor cantidad de factores, específicamente 4, 5 y 6, siendo el de mejor el de 5 factores, los cuales son:

Hablar en Público (5 ítems: 5, 6, 15, 16 y 20)

Comer o Beber delante de los demás (4 ítems: 2, 3, 4 y 7)

Comportamientos Asertivos (4 ítems: 13, 21, 22 y 24)

Trabajar o Escribir delante de otras Personas (2 ítems: 8 y 9)

Interactuar con Extraños (5 ítems: 10, 11, 12, 19 y 23)

Para el análisis de constructo se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) en el que se halló un mejor ajuste en el modelo de 5 factores, lo cual se evidencia en índices de bondad de ajuste aceptables  $X^2 = 319.43$ , CFI = .991, RMSEA = .043, TLI = .990, SRMR = .051. La confiabilidad fue comprobada por medio del coeficiente omega y presentó resultados altos de entre 0.81 y 0.62 (Franco-Jiménez, 2020)

### ***Ficha sociodemográfica***

Se realizó una breve ficha sociodemográfica en la que se solicitaron datos como el sexo, edad, cantidad de cursos llevados, diagnóstico psiquiátrico y medicación psiquiátrica. Todas las preguntas serán desarrolladas en una escala nominal y ordinal para poder analizarse estadísticamente.

### ***Procedimiento***

El estudio se realizó de manera presencial, la recogida de datos fue de una semana durante el mes de junio, 2023. Para ellos se pidió autorización a los docentes de cursos generales de diferentes carreras para poder acceder a las aulas por un tiempo estimado de 25 minutos, dónde se entregaron los dos test, LSAS y COPE.

El consentimiento informado contuvo las instrucciones para los participantes, dentro del documento se especifica tanto el objetivo de la investigación y el contenido que deberían llenar a continuación; además, se señaló el elemento de anonimato y voluntariedad respecto a los participantes del estudio, brindándose la opción de poder retirar su participación en cualquier momento sin repercusión negativa.

Finalmente se procesaron los datos en una matriz de Excel, donde se tabularon los resultados en números siguiendo el sentido de las escalas Likert de cada prueba, así como estableciendo números diferenciadores para establecer el sexo del participante, la carrera que estudiaba, y los valores de diagnóstico psiquiátrico y medicación psiquiátrica, para luego ser analizada estadísticamente.

### *Análisis de Datos*

La base de datos se convirtió a un formato CVS para luego ser importada al programa estadístico JASP versión 14.1. Se describieron las variables cualitativas a través de frecuencias y porcentajes; mientras que las variables cuantitativas fueron descritas por medio de la media y desviación estándar. Además, se analizó la normalidad de los datos a través de la asimetría y curtosis de las variables analizadas.

El análisis inferencial fue hecho a través de la prueba t de Student para la comparación de dos grupos, la prueba ANOVA para la comparación de tres o más grupos. Además, se utilizaron los coeficientes de correlación de Pearson o de Spearman dependiendo de si las variables tenían o no distribución normal.

## Capítulo IV: Resultados

El análisis descriptivo en la Tabla 3, parte de las estrategias de afrontamiento de la prueba COPE, donde se registran los valores de media, desviación estándar, asimetría y curtosis, así como la cantidad total de población evaluada, 674 estudiantes.

**Tabla 3**

*Análisis descriptivo de los estudiantes evaluados según estrategia de afrontamiento*

	N	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Reinterpretación	674	12.07	2.143	-.330	.095
Desentendimiento mental	674	10.57	2.348	.102	-.173
Enfocar emociones	674	9.68	2.577	.128	-.406
Búsqueda de apoyo instrumental	673	10.56	2.885	-.278	-.353
Afrontamiento activo	674	10.77	2.058	-.057	-.014
Negación	674	7.98	2.479	.388	.048
Religión	673	9.81	3.482	-.034	-1.037
Humor	674	10.25	3.373	-.062	-.830
Desentendimiento conductual	674	7.80	2.385	.437	.036
Postergación	674	10.50	1.864	.104	.337
Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	674	9.73	3.197	.007	-.813
Consumo de alcohol	674	5.66	2.845	1.850	2.787
Aceptación	674	10.86	2.308	-.092	-.048
Supresión	674	10.17	2.060	-.129	.228
Planificación	674	11.34	2.368	-.164	-.122

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se observa que las más usadas son reinterpretación (M= 12.07) y planificación (M= 11.34); mientras que las menos usadas son desentendimiento conductual (M= 7.80) y consumo de alcohol (M= 5.66). Además, se aprecia que todas las estrategias de afrontamiento tienen distribución normal; salvo Consumo de Alcohol cuya asimetría y curtosis sale del intervalo [-1.5; 1.5], por lo que debe ser analizado utilizando estadística no paramétrica.

En la siguiente tabla (Tabla 4) se desarrolla el mismo análisis a partir de las subdimensiones del valor ansiedad de la prueba de LSAS, para hallar la normalidad y determinar qué tipo de estadística se llevará al cabo

**Tabla 4**

*Análisis descriptivo de Ansiedad y subdimensiones*

	N	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Ansiedad	673	25.80	15.214	.375	-.607
Desempeño Ansiedad	673	13.41	7.883	.395	-.509
Social ansiedad	674	12.38	7.858	.407	-.606

Se aprecia que la dimensión ansiedad tiene una media de 25.8 puntos y una desviación estándar de 15.21 puntos; además dicha dimensión y sus subdimensiones presentan distribución normal dado que sus valores de asimetría y de curtosis están dentro del intervalo [-1.5; 1.5], por lo que deben ser analizados utilizando estadística paramétrica.

**Tabla 5**

*Análisis descriptivo de Evitación y Subdimensiones*

	N	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Evitación	673	24.82	14.686	.429	-.461
Desempeño evitación	673	12.44	7.804	.514	-.404
Social evitación	674	12.38	7.858	.407	-.606

Se observa que la dimensión evitación tiene una media de 24.82 puntos y una desviación estándar de 14.69 puntos; además dicha dimensión y sus subdimensiones presentan distribución normal dado que sus valores de asimetría y de curtosis están dentro del intervalo [-1.5; 1.5], por lo que deben ser analizados utilizando estadística paramétrica.

En las siguientes pruebas T se buscará establecer relaciones entre las diferentes variables dependiendo de las mediciones nominales, en el primer caso (Tabla 6) de la población de estudiantes se busca establecer una diferenciación entre los puntajes de las dimensiones y subdimensiones de LSAS según el sexo del evaluado.

**Tabla 6**

*Prueba T de Student de muestra según dimensiones, subdimensiones de LSAS y sexo*

	Sexo	N	Media	DE	t	gl	p-valor
Desempeño Ansiedad	Varón	269	11.24	7.035	-5.974	671	.000
	Mujer	404	14.85	8.092			
Social ansiedad	Varón	269	10.33	7.115	-5.649	672	.000
	Mujer	405	13.74	8.039			
Desempeño evitación	Varón	269	10.56	6.901	-5.191	671	.000
	Mujer	404	13.69	8.121			
Social evitación	Varón	269	10.33	7.115	-5.649	672	.000
	Mujer	405	13.74	8.039			
Ansiedad	Varón	269	21.57	13.638	-6.041	671	.000
	Mujer	404	28.61	15.567			
Evitación	Varón	269	20.88	13.076	-5.816	671	.000
	Mujer	404	27.45	15.122			

Puede observarse como hay una diferencia significativa de todas las puntuaciones de las dimensiones Ansiedad y Evitación entre los varones y las mujeres, siendo los primeros quienes puntúan en promedio significativamente menos que las mujeres en todos los factores ( $p < .001$ ), lo cual implica entonces un punto importante respecto a la evaluación de la población y las dimensiones de Ansiedad social respecto a una característica sociodemográfica.

Asimismo, se establece un mismo análisis, esta vez siendo la variable Dimensiones y Subdimensiones reemplazada por la variable de Estrategias de Afrontamiento (Tabla 7).

**Tabla 7***Prueba T de Student de muestra según Estrategias de Afrontamiento y sexo*

	Sexo	N	Media	DE	t	gl	p-valor
Reinterpretación	Varón	269	12.18	2.187	1.074	672	.283
	Mujer	405	12.00	2.113			
Desentendimiento mental	Varón	269	10.27	2.168	-2.701	672	.007
	Mujer	405	10.77	2.442			
Enfocar emociones	Varón	269	9.26	2.416	-3.458	672	.001
	Mujer	405	9.96	2.645			
Búsqueda de apoyo instrumental	Varón	269	10.25	2.850	-2.263	671	.024
	Mujer	404	10.76	2.893			
Afrontamiento activo	Varón	269	11.00	2.110	2.318	672	.021
	Mujer	405	10.62	2.012			
Negación	Varón	269	8.23	2.594	2.150	672	.032
	Mujer	405	7.81	2.388			
Religión	Varón	269	9.68	3.416	-.814	671	.416
	Mujer	404	9.90	3.526			
Humor	Varón	269	10.83	3.124	3.694	672	.000
	Mujer	405	9.86	3.478			
Desentendimiento conductual	Varón	269	7.61	2.274	-1.615	672	.107
	Mujer	405	7.92	2.452			
Postergación	Varón	269	10.50	1.975	.029	672	.977
	Mujer	405	10.49	1.789			
Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Varón	269	9.22	2.997	-3.371	672	.001
	Mujer	405	10.06	3.284			
Consumo de alcohol	Varón	269	5.89	2.865	1.694	672	.091
	Mujer	405	5.51	2.825			
Aceptación	Varón	269	10.94	2.413	.713	672	.476
	Mujer	405	10.81	2.237			
Supresión	Varón	269	10.39	2.040	2.256	672	.024
	Mujer	405	10.02	2.063			
Planificación	Varón	269	11.30	2.344	-.319	672	.750
	Mujer	405	11.36	2.387			

En la previa tabla distingue también diferencias significativas entre ambos sexos, donde los varones representan valores mayores en las Estrategias de Afrontamiento Activo ( $p=.021$ ), Humor ( $p=.000$ ), Negación ( $p=.032$ ) y Supresión de Emociones ( $p=.024$ ), mientras

que las mujeres presentan puntajes mayores significativos en Desentendimiento Mental ( $p=.007$ ), Enfoque en las Emociones ( $p=.001$ ), Búsqueda de Apoyo Instrumental ( $p=.024$ ) y Búsqueda de Apoyo Emocional ( $p=.001$ ).

Tras esto se procede a establecer si hay diferencia significativa entre los valores de diagnóstico psiquiátrico (con o sin) y los valores de Dimensiones de Ansiedad y Evitación (Tabla 8), y las Estrategias de Afrontamiento (Tabla 9).

**Tabla 8**

*Prueba T de Student de Dimensiones, Subdimensiones de LSAS y Diagnóstico*

	Diagnóstico	N	Media	DE	t	gl	p-valor
Ansiedad	Con diagnóstico	67	32.18	16.908	3.652	671	.000
	Sin diagnóstico	606	25.09	14.862			
Desempeño Ansiedad	Con diagnóstico	67	16.72	8.925	3.654	671	.000
	Sin diagnóstico	606	13.04	7.680			
Social ansiedad	Con diagnóstico	67	15.46	8.682	3.412	672	.001
	Sin diagnóstico	607	12.04	7.694			
Evitación	Con diagnóstico	67	30.18	16.507	3.166	671	.002
	Sin diagnóstico	606	24.23	14.364			
Desempeño evitación	Con diagnóstico	67	14.72	8.901	2.532	671	.012
	Sin diagnóstico	606	12.18	7.639			
Social evitación	Con diagnóstico	67	15.46	8.682	3.412	672	.001
	Sin diagnóstico	607	12.04	7.694			

Se puede denotar una diferencia significativa entre todas las dimensiones evaluadas de Ansiedad Social, donde los evaluados que presentaban diagnóstico psiquiátrico puntuaron más alto que aquellos que no presentaban ningún diagnóstico con p valores entre  $<.001$  y  $.012$ .

A continuación, se establece la diferenciación con Estrategias de Afrontamiento según Diagnóstico (Tabla 9).

**Tabla 9***Prueba T de Student de Estrategias de Afrontamiento y Diagnóstico*

	Diagnóstico	N	Media	DE	t	gl	p-valor
Reinterpretación	Con diagnóstico	67	11.45	2.265	-2.514	672	.012
	Sin diagnóstico	607	12.14	2.120			
Desentendimiento mental	Con diagnóstico	67	11.58	2.703	3.755	672	.000
	Sin diagnóstico	607	10.46	2.280			
Enfocar emociones	Con diagnóstico	67	10.81	2.945	3.813	672	.000
	Sin diagnóstico	607	9.55	2.505			
Búsqueda de apoyo instrumental	Con diagnóstico	67	10.04	3.087	-1.543	671	.123
	Sin diagnóstico	606	10.62	2.858			
Afrontamiento activo	Con diagnóstico	67	10.49	2.507	-1.169	672	.243
	Sin diagnóstico	607	10.80	2.003			
Negación	Con diagnóstico	67	8.67	2.920	2.418	672	.016
	Sin diagnóstico	607	7.90	2.416			
Religión	Con diagnóstico	67	9.46	3.739	-.871	671	.384
	Sin diagnóstico	606	9.85	3.453			
Humor	Con diagnóstico	67	10.13	3.809	-.294	672	.769
	Sin diagnóstico	607	10.26	3.324			
Desentendimiento conductual	Con diagnóstico	67	8.60	2.708	2.915	672	.004
	Sin diagnóstico	607	7.71	2.333			
Postergación	Con diagnóstico	67	10.82	1.898	1.507	672	.132
	Sin diagnóstico	607	10.46	1.858			
Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Con diagnóstico	67	9.37	3.558	-.959	672	.338
	Sin diagnóstico	607	9.77	3.155			
Consumo de alcohol	Con diagnóstico	67	7.27	3.899	4.947	672	.000
	Sin diagnóstico	607	5.49	2.649			
Aceptación	Con diagnóstico	67	10.85	2.439	-.031	672	.975
	Sin diagnóstico	607	10.86	2.295			
Supresión	Con diagnóstico	67	9.87	2.138	-1.265	672	.206
	Sin diagnóstico	607	10.20	2.050			
Planificación	Con diagnóstico	67	10.87	2.752	-1.718	672	.086
	Sin diagnóstico	607	11.39	2.319			

En este caso, se contempla que la estrategia de Reinterpretación Cognitiva mantiene una diferencia significativa ( $p=.012$ ) donde son las personas sin diagnóstico quienes más

suelen escogerla. Por otro lado, aquellos con diagnóstico psiquiátrico tienen una diferencia significativa mayor que el grupo sin diagnóstico en Desentendimiento Mental ( $p < .001$ ), Enfoque en las Emociones ( $p < .001$ ), Negación ( $p = .016$ ), Desentendimiento Conductual ( $p = .004$ ) y Consumo de Alcohol ( $p < .001$ ).

Se efectúa entonces el mismo procedimiento, esta vez aislando el valor de medicación psiquiátrica para establecer si existe una diferencia significativa entre este y las Dimensiones y Subdimensiones de LSAS (Tabla 10) y las Estrategias de Afrontamiento (Tabla 11).

**Tabla 10**

*Prueba T de Student de Dimensiones y Subdimensiones LSAS con Medicación*

	Medicación	N	Media	DE	t	gl	p-valor																																																								
Ansiedad	Medicado	34	28.76	17.422	1.168	671	.243																																																								
	No medicado	639	25.64	15.086				Desempeño Ansiedad	Medicado	34	15.38	8.676	1.501	671	.134	No medicado	639	13.30	7.832	Social ansiedad	Medicado	34	13.38	9.455	.764	672	.445	No medicado	640	12.33	7.769	Evitación	Medicado	34	25.65	17.132	.335	671	.738	No medicado	639	24.78	14.559	Desempeño evitación	Medicado	34	12.26	8.955	-.131	671	.896	No medicado	639	12.44	7.746	Social evitación	Medicado	34	13.38	9.455	.764	672	.445
Desempeño Ansiedad	Medicado	34	15.38	8.676	1.501	671	.134																																																								
	No medicado	639	13.30	7.832				Social ansiedad	Medicado	34	13.38	9.455	.764	672	.445	No medicado	640	12.33	7.769	Evitación	Medicado	34	25.65	17.132	.335	671	.738	No medicado	639	24.78	14.559	Desempeño evitación	Medicado	34	12.26	8.955	-.131	671	.896	No medicado	639	12.44	7.746	Social evitación	Medicado	34	13.38	9.455	.764	672	.445	No medicado	640	12.33	7.769								
Social ansiedad	Medicado	34	13.38	9.455	.764	672	.445																																																								
	No medicado	640	12.33	7.769				Evitación	Medicado	34	25.65	17.132	.335	671	.738	No medicado	639	24.78	14.559	Desempeño evitación	Medicado	34	12.26	8.955	-.131	671	.896	No medicado	639	12.44	7.746	Social evitación	Medicado	34	13.38	9.455	.764	672	.445	No medicado	640	12.33	7.769																				
Evitación	Medicado	34	25.65	17.132	.335	671	.738																																																								
	No medicado	639	24.78	14.559				Desempeño evitación	Medicado	34	12.26	8.955	-.131	671	.896	No medicado	639	12.44	7.746	Social evitación	Medicado	34	13.38	9.455	.764	672	.445	No medicado	640	12.33	7.769																																
Desempeño evitación	Medicado	34	12.26	8.955	-.131	671	.896																																																								
	No medicado	639	12.44	7.746				Social evitación	Medicado	34	13.38	9.455	.764	672	.445	No medicado	640	12.33	7.769																																												
Social evitación	Medicado	34	13.38	9.455	.764	672	.445																																																								
	No medicado	640	12.33	7.769																																																											

A diferencia de la comparación entre el valor de Diagnóstico y las Dimensiones de Ansiedad Social, en el caso de Medicación no se hallan diferencias significativas entre aquellos medicados y aquellos que no reciben medicación psiquiátrica, pasando todos los p valor la brecha de .05, sin embargo, las Estrategias de Afrontamiento (Tabla 11) si mantienen cierta distinción como con el nominal de Diagnóstico.

**Tabla 11***Prueba T de Estrategias de Afrontamiento con Medicación*

	Medicación	N	Media	DE	t	gl	p-valor																																																																																																																																																																				
Reinterpretación	Medicado	34	11.35	1.921	-2.006	672	.045																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	12.11	2.148				Desentendimiento mental	Medicado	34	11.32	2.671	1.925	672	.055	No medicado	640	10.53	2.325	Enfocar emociones	Medicado	34	10.53	2.573	1.981	672	.048	No medicado	640	9.63	2.571	Búsqueda de apoyo instrumental	Medicado	34	10.21	3.151	-.735	671	.463	No medicado	639	10.58	2.871	Afrontamiento activo	Medicado	34	10.32	2.170	-1.303	672	.193	No medicado	640	10.80	2.051	Negación	Medicado	34	8.29	2.600	.760	672	.448	No medicado	640	7.96	2.473	Religión	Medicado	34	9.06	3.559	-1.299	671	.194	No medicado	639	9.85	3.476	Humor	Medicado	34	10.03	3.631	-.390	672	.697	No medicado	640	10.26	3.361	Desentendimiento conductual	Medicado	34	8.85	2.584	2.665	672	.008	No medicado	640	7.74	2.363	Postergación	Medicado	34	10.53	1.862	.109	672	.914	No medicado	640	10.49	1.866	Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990	No medicado	640	9.73	3.178	Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580
Desentendimiento mental	Medicado	34	11.32	2.671	1.925	672	.055																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	10.53	2.325				Enfocar emociones	Medicado	34	10.53	2.573	1.981	672	.048	No medicado	640	9.63	2.571	Búsqueda de apoyo instrumental	Medicado	34	10.21	3.151	-.735	671	.463	No medicado	639	10.58	2.871	Afrontamiento activo	Medicado	34	10.32	2.170	-1.303	672	.193	No medicado	640	10.80	2.051	Negación	Medicado	34	8.29	2.600	.760	672	.448	No medicado	640	7.96	2.473	Religión	Medicado	34	9.06	3.559	-1.299	671	.194	No medicado	639	9.85	3.476	Humor	Medicado	34	10.03	3.631	-.390	672	.697	No medicado	640	10.26	3.361	Desentendimiento conductual	Medicado	34	8.85	2.584	2.665	672	.008	No medicado	640	7.74	2.363	Postergación	Medicado	34	10.53	1.862	.109	672	.914	No medicado	640	10.49	1.866	Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990	No medicado	640	9.73	3.178	Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353								
Enfocar emociones	Medicado	34	10.53	2.573	1.981	672	.048																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	9.63	2.571				Búsqueda de apoyo instrumental	Medicado	34	10.21	3.151	-.735	671	.463	No medicado	639	10.58	2.871	Afrontamiento activo	Medicado	34	10.32	2.170	-1.303	672	.193	No medicado	640	10.80	2.051	Negación	Medicado	34	8.29	2.600	.760	672	.448	No medicado	640	7.96	2.473	Religión	Medicado	34	9.06	3.559	-1.299	671	.194	No medicado	639	9.85	3.476	Humor	Medicado	34	10.03	3.631	-.390	672	.697	No medicado	640	10.26	3.361	Desentendimiento conductual	Medicado	34	8.85	2.584	2.665	672	.008	No medicado	640	7.74	2.363	Postergación	Medicado	34	10.53	1.862	.109	672	.914	No medicado	640	10.49	1.866	Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990	No medicado	640	9.73	3.178	Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																				
Búsqueda de apoyo instrumental	Medicado	34	10.21	3.151	-.735	671	.463																																																																																																																																																																				
	No medicado	639	10.58	2.871				Afrontamiento activo	Medicado	34	10.32	2.170	-1.303	672	.193	No medicado	640	10.80	2.051	Negación	Medicado	34	8.29	2.600	.760	672	.448	No medicado	640	7.96	2.473	Religión	Medicado	34	9.06	3.559	-1.299	671	.194	No medicado	639	9.85	3.476	Humor	Medicado	34	10.03	3.631	-.390	672	.697	No medicado	640	10.26	3.361	Desentendimiento conductual	Medicado	34	8.85	2.584	2.665	672	.008	No medicado	640	7.74	2.363	Postergación	Medicado	34	10.53	1.862	.109	672	.914	No medicado	640	10.49	1.866	Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990	No medicado	640	9.73	3.178	Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																
Afrontamiento activo	Medicado	34	10.32	2.170	-1.303	672	.193																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	10.80	2.051				Negación	Medicado	34	8.29	2.600	.760	672	.448	No medicado	640	7.96	2.473	Religión	Medicado	34	9.06	3.559	-1.299	671	.194	No medicado	639	9.85	3.476	Humor	Medicado	34	10.03	3.631	-.390	672	.697	No medicado	640	10.26	3.361	Desentendimiento conductual	Medicado	34	8.85	2.584	2.665	672	.008	No medicado	640	7.74	2.363	Postergación	Medicado	34	10.53	1.862	.109	672	.914	No medicado	640	10.49	1.866	Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990	No medicado	640	9.73	3.178	Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																												
Negación	Medicado	34	8.29	2.600	.760	672	.448																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	7.96	2.473				Religión	Medicado	34	9.06	3.559	-1.299	671	.194	No medicado	639	9.85	3.476	Humor	Medicado	34	10.03	3.631	-.390	672	.697	No medicado	640	10.26	3.361	Desentendimiento conductual	Medicado	34	8.85	2.584	2.665	672	.008	No medicado	640	7.74	2.363	Postergación	Medicado	34	10.53	1.862	.109	672	.914	No medicado	640	10.49	1.866	Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990	No medicado	640	9.73	3.178	Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																																								
Religión	Medicado	34	9.06	3.559	-1.299	671	.194																																																																																																																																																																				
	No medicado	639	9.85	3.476				Humor	Medicado	34	10.03	3.631	-.390	672	.697	No medicado	640	10.26	3.361	Desentendimiento conductual	Medicado	34	8.85	2.584	2.665	672	.008	No medicado	640	7.74	2.363	Postergación	Medicado	34	10.53	1.862	.109	672	.914	No medicado	640	10.49	1.866	Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990	No medicado	640	9.73	3.178	Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																																																				
Humor	Medicado	34	10.03	3.631	-.390	672	.697																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	10.26	3.361				Desentendimiento conductual	Medicado	34	8.85	2.584	2.665	672	.008	No medicado	640	7.74	2.363	Postergación	Medicado	34	10.53	1.862	.109	672	.914	No medicado	640	10.49	1.866	Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990	No medicado	640	9.73	3.178	Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																																																																
Desentendimiento conductual	Medicado	34	8.85	2.584	2.665	672	.008																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	7.74	2.363				Postergación	Medicado	34	10.53	1.862	.109	672	.914	No medicado	640	10.49	1.866	Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990	No medicado	640	9.73	3.178	Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																																																																												
Postergación	Medicado	34	10.53	1.862	.109	672	.914																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	10.49	1.866				Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990	No medicado	640	9.73	3.178	Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																																																																																								
Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Medicado	34	9.74	3.587	.013	672	.990																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	9.73	3.178				Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000	No medicado	640	5.58	2.775	Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																																																																																																				
Consumo de alcohol	Medicado	34	7.32	3.599	3.519	672	.000																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	5.58	2.775				Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583	No medicado	640	10.87	2.326	Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																																																																																																																
Aceptación	Medicado	34	10.65	1.952	-.549	672	.583																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	10.87	2.326				Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408	No medicado	640	10.18	2.072	Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																																																																																																																												
Supresión	Medicado	34	9.88	1.822	-.829	672	.408																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	10.18	2.072				Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580	No medicado	640	11.35	2.353																																																																																																																																																								
Planificación	Medicado	34	11.12	2.672	-.553	672	.580																																																																																																																																																																				
	No medicado	640	11.35	2.353																																																																																																																																																																							

Los resultados de la tabla anterior señalan diferencias significativas en Reinterpretación ( $p=.045$ ), Enfoque en las Emociones ( $p=.048$ ), Desentendimiento

Conductual ( $p=.008$ ) y Consumo de Alcohol ( $p<.001$ ), donde los cuatro mostraron un mayor puntaje en la población medicada por sobre la población sin medicación psiquiátrica.

**Tabla 12**

*Análisis correlacional de estrategias de afrontamiento COPE con Dimensiones de Ansiedad Social*

		Desempeño		Social		Desempeño		Social	
		Ansiedad	Ansiedad	ansiedad	Evitación	evitación	evitación	evitación	evitación
Reinterpretación	Correlación de Pearson	-.147**	-.153**	-.131**	-.158**	-.165**	-.131**		
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.001	.000	.000	.001		
Desentendimiento mental	Correlación de Pearson	.259**	.247**	.253**	.245**	.207**	.253**		
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
Enfocar emociones	Correlación de Pearson	.271**	.260**	.265**	.251**	.207**	.265**		
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
Búsqueda de apoyo instrumental	Correlación de Pearson	-.010	-.011	-.009	-.037	-.063	-.009		
	Sig. (bilateral)	.804	.780	.817	.332	.104	.817		
Afrontamiento activo	Correlación de Pearson	-.148**	-.154**	-.133**	-.163**	-.174**	-.133**		
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.001	.000	.000	.001		
Negación	Correlación de Pearson	.231**	.230**	.216**	.253**	.258**	.216**		
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
Religión	Correlación de Pearson	-.032	-.026	-.038	-.013	.012	-.038		
	Sig. (bilateral)	.407	.504	.328	.734	.763	.328		
Humor	Correlación de Pearson	.010	-.008	.028	.003	-.021	.028		
	Sig. (bilateral)	.802	.843	.472	.939	.587	.472		
Desentendimiento conductual	Correlación de Pearson	.297**	.308**	.266**	.279**	.256**	.266**		
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
Postergación	Correlación de Pearson	.191**	.172**	.198**	.179**	.137**	.198**		
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	Correlación de Pearson	-.036	-.025	-.046	-.066	-.079*	-.046		
	Sig. (bilateral)	.353	.514	.238	.089	.041	.238		
Consumo de alcohol	Rho de Spearman	-.030	-.018	-.042	-.010	.022	-.042		
	Sig. (bilateral)	.431	.642	.282	.788	.575	.282		
Aceptación	Correlación de Pearson	-.010	-.024	.004	-.020	-.041	.004		
	Sig. (bilateral)	.786	.538	.916	.610	.292	.916		
Supresión	Correlación de Pearson	-.016	-.023	-.009	-.024	-.037	-.009		
	Sig. (bilateral)	.686	.553	.825	.540	.335	.825		
Planificación	Correlación de Pearson	-.171**	-.185**	-.146**	-.177**	-.187**	-.146**		
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		

Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre la estrategia de desentendimiento mental con la ansiedad ( $r = .259$ ;  $p < .001$ ) y la evitación ( $r = .245$ ;  $p < .001$ ); lo mismo sucede entre la estrategia de enfocar emociones con la ansiedad ( $r = .271$ ;  $p < .001$ ) y la evitación ( $r = .251$ ;  $p < .001$ ); la estrategia de negación con la ansiedad ( $r = .231$ ;  $p < .001$ ) y la evitación ( $r = .253$ ;  $p < .001$ ); la estrategia de desentendimiento conductual con la ansiedad ( $r = .297$ ;  $p < .001$ ) y la evitación ( $r = .279$ ;  $p < .001$ ); la estrategia de postergación con la ansiedad ( $r = .191$ ;  $p < .001$ ) y la evitación ( $r = .179$ ;  $p < .001$ ).

Por otro lado, se halló que existe una relación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre la estrategia de reinterpretación con la ansiedad ( $r = -.147$ ;  $p < .001$ ) y la evitación ( $r = -.158$ ;  $p < .001$ ); lo mismo sucede entre la estrategia de afrontamiento activo con la ansiedad ( $r = -.148$ ;  $p < .001$ ) y la evitación ( $r = -.163$ ;  $p < .001$ ); la estrategia de planificación con la ansiedad ( $r = -.171$ ;  $p < .001$ ) y la evitación ( $r = -.177$ ;  $p < .001$ ).

En este sentido, los resultados apuntan a una relación importante entre las estrategias de desentendimiento mental y conductual, enfoque de emociones, negación, y postergación, todas estas mantienen una correlación directamente proporcional tanto con los puntajes de ansiedad y de evitación.

Además, las estrategias de reinterpretación, afrontamiento activo y planificación, por el contrario, demostrarían una correlación inversamente proporcional tanto con la dimensión de evitación como con la de ansiedad.

En ambos casos se implica por lo tanto que las personas que toman como predominantes las estrategias anteriormente mencionadas tienen una tendencia significativa a puntuar tanto positiva como negativamente en las dimensiones del test LSAS, dependiendo de cuales de estos métodos de afrontamiento se lleven al cabo, y viceversa, donde las

personas con puntajes determinados presentan mayor probabilidad de apuntar hacia determinadas formas de afrontamiento.

**Tabla 13**

*Coefficiente de determinación de la variable Ansiedad*

*Resumen del modelo*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	.427	.183	.172	13.848

El modelo de regresión (Tabla 13) logra explicar el 17.2% de la variable Ansiedad. Significa que un 17.2% de la variabilidad de la variable dependiente (Dimensión Ansiedad dentro de Ansiedad Social) puede ser explicada a partir de las estrategias de afrontamiento al estrés utilizadas. Este valor (17.2%) se considera aceptable y útil en cuanto que, a diferencia de otras disciplinas, en el campo psicológico social las variables son difíciles de capturar en su totalidad pues abarcan rasgos complejos y cambiantes (Ferligoj y Kramberger, 1995), esta ilación se replicará en el valor del modelo respecto a la variable Evitación. Además, el análisis ANOVA (Tabla 14) de la variable Ansiedad expresa si es posible explicar la variable dependiente y validar el modelo.

**Tabla 14**

*Validación de Modelo ANOVA de Variable Ansiedad*

*ANOVA*

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	28400.657	9	3155.629	16.456	.000
	Residuo	127136.454	663	191.759		
	Total	155537.111	672			

La significancia conjunta indica que el modelo en su conjunto logra explicar significativamente a la variable dependiente ( $F= 16.456$ ;  $p< .001$ )

Tras verificar la validez del modelo regresivo y el coeficiente de determinación del modelo se establecen los parámetros mediante la tabla de coeficientes (Tabla 15) determinando el impacto de las variables Estrategias de Afrontamiento sobre Ansiedad.

**Tabla 15**

*Modelo de Regresión de variable Estrategias a Ansiedad*

	B	Desv. Error	t	Sig.	95.0% intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
(Constante)	9.816	4.589	2.139	.033	.806	18.825
Reinterpretación	-.577	.335	-1.723	.085	-1.235	.081
Desentendimiento mental	.828	.260	3.186	.002	.318	1.338
Enfocar emociones	1.109	.255	4.347	.000	.608	1.610
Afrontamiento activo	-.917	.366	-2.508	.012	-1.636	-.199
Negación	.148	.258	.572	.567	-.359	.654
Desentendimiento conductual	.598	.284	2.104	.036	.040	1.156
Postergación	1.202	.342	3.514	.000	.530	1.873
Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	-.356	.192	-1.852	.065	-.733	.021
Planificación	-.145	.331	-.438	.661	-.796	.505

El modelo de regresión indica que las estrategias de desentendimiento mental ( $B= 0.828$ ;  $p= .002$ ), enfocar emociones ( $B= 1.109$ ;  $p<.001$ ), desentendimiento conductual ( $B= 0.598$ ;  $p= .036$ ) y postergación ( $B= 1.202$ ;  $p< .001$ ) impactan positivamente sobre la ansiedad. Por otro lado, la estrategia de afrontamiento activo ( $B= -0.917$ ;  $p= .012$ ) impacta negativamente sobre la presentación de ansiedad.

Esto implica que las estrategias de desentendimiento mental y conductual, postergación y enfoque en emociones tiene un carácter explicativo positivo respecto a la dimensión Ansiedad, mientras que las estrategias de afrontamiento activo sería la única

estrategia inversamente correlativa que tiene un impacto negativo significativo y moderado (B= -.917).

Tras esto se establece el modelo de regresión respecto a la dimensión de evitación, en este sentido el modelo expresa mediante R cuadrado en la Tabla 16.

**Tabla 16**

*Coficiente de Determinación de variable Evitación*

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	.423	.179	.167	13.400

El modelo de regresión logra explicar el 16.7% de la variable evitación, esto significa que el afrontamiento al estrés influye en un 16.7% en la dimensión de Evitación de Ansiedad Social dentro de la población estudiada, porcentaje que representa una relación débil.

Respecto a la validación del modelo regresivo de Evitación se expresan en ANOVA los siguientes resultados (Tabla 17).

**Tabla 17**

*Validación de Modelo ANOVA de Variable Evitación*

ANOVA						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	25891.958	9	2876.884	16.022	.000
	Residuo	119045.352	663	179.556		
	Total	144937.311	672			

La significancia conjunta indica que el modelo en su conjunto logra explicar significativamente a la variable dependiente (F= 16.022; p< .001).

**Tabla 18***Modelo de Regresión de variable Estrategias a Evitación*

	B	Desv. Error	t	Sig.	95.0% intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
(Constante)	11.978	4.440	2.698	.007	3.260	20.696
Reinterpretación	-.587	.324	-1.812	.070	-1.224	.049
Desentendimiento mental	.718	.251	2.857	.004	.225	1.212
Enfocar emociones	1.036	.247	4.197	.000	.551	1.521
Afrontamiento activo	-.950	.354	-2.684	.007	-1.645	-.255
Negación	.415	.249	1.664	.097	-.075	.905
Desentendimiento conductual	.389	.275	1.414	.158	-.151	.929
Postergación	1.106	.331	3.341	.001	.456	1.756
Búsqueda de apoyo por motivos emocionales	-.451	.186	-2.427	.015	-.816	-.086
Planificación	-.089	.321	-.277	.782	-.719	.541

El modelo de regresión indica que las estrategias de desentendimiento mental ( $B=0.718$ ;  $p=.004$ ), enfocar emociones ( $B=1.036$ ;  $p<.001$ ) y postergación ( $B=1.106$ ;  $p=.001$ ) impactan positivamente sobre la evitación. Por otro lado, la estrategia de afrontamiento activo ( $B=-0.950$ ;  $p=.007$ ) impacta negativamente sobre la presentación de evitación, así como la búsqueda de apoyo por motivos emocionales ( $B=-0.451$ ;  $p=.015$ ).

Similar a la variable Ansiedad, las estrategias de desentendimiento mental y postergación y enfoque en emociones mantienen un impacto positivo. Mientras que la estrategia de afrontamiento activo se mantiene junto a la búsqueda de apoyo por motivos emocionales con el carácter de impacto negativo con respecto a la dimensión Evitación, lo que implica que la presencia de estas dos estrategias implicaría una puntuación menor en los rasgos evitativos.

## Capítulo V: Discusión

Este estudio tuvo como objetivo analizar las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y la ansiedad social en estudiantes universitarios, en un contexto donde el estrés y la ansiedad se han visto exacerbados por factores como la pandemia y los cambios en la modalidad educativa.

A través de las pruebas de regresión y correlación realizadas, se encontraron asociaciones significativas entre estrategias de afrontamiento específicas y los niveles de ansiedad social, lo cual aporta a la comprensión de los mecanismos subyacentes en el afrontamiento de situaciones estresantes en un contexto académico y confirma la hipótesis alternativa, al encontrar relaciones significativas entre las variables esperadas.

Los resultados de esta investigación no solo son consistentes con estudios previos en el área, sino que también ofrecen un aporte único al explorar estos fenómenos en un grupo etario y cultural específico como el de los estudiantes universitarios en Perú.

Uno de los hallazgos más destacados de este estudio es la relación positiva entre las estrategias de afrontamiento evitativas, como el Desentendimiento Mental, la Negación y la Postergación, con altos niveles de ansiedad y evitación social. Estas estrategias fueron identificadas como predictores significativos de la ansiedad social en los modelos de regresión lineal, sugiriendo que su uso puede contribuir a la perpetuación de síntomas de ansiedad social. En términos prácticos, estos puntajes obtenidos reflejan que los estudiantes que recurren con frecuencia a evitar o posponer la confrontación de situaciones estresantes tienden a experimentar mayores niveles de ansiedad al interactuar en situaciones sociales.

Este hallazgo es congruente con la literatura existente, como lo proponen Carver et al. (1989), quienes sostienen que las estrategias evitativas, aunque inicialmente alivian el malestar, a largo plazo resultan ineficaces e incluso perjudiciales, ya que impiden el afrontamiento directo de los problemas.

Al comparar con estudios similares, Cassaretto y Chau (2016) encontraron que los individuos que utilizan la evitación como una estrategia predominante presentan mayores probabilidades de desarrollar trastornos de ansiedad social, puesto que estas tácticas refuerzan un ciclo de evitación y ansiedad al no permitir la exposición necesaria a situaciones que desafían la comodidad social del individuo. De esta manera, los puntajes altos en las regresiones y correlaciones de esta investigación coinciden con estudios previos al indicar que el uso excesivo de estrategias evitativas se asocia con un deterioro en la adaptación emocional y social, especialmente en contextos académicos y de interacción social, donde el afrontamiento directo y proactivo es crucial para el éxito y el bienestar del individuo.

Por otro lado, se observó una relación inversa entre estrategias de afrontamiento activas, tales como el Afrontamiento Activo, la Planificación y la Reinterpretación Positiva, con los niveles de ansiedad social. Los análisis de regresión y correlación muestran que los estudiantes que utilizan estas estrategias de forma regular presentan niveles más bajos de ansiedad y evitación social, lo cual indica que estas prácticas permiten enfrentar y manejar de manera más efectiva las situaciones sociales estresantes. Estos resultados son consistentes con los modelos teóricos de afrontamiento de Folkman y Lazarus (1986), quienes postulan que el afrontamiento activo facilita una percepción más controlable de las circunstancias y reduce el impacto negativo del estrés.

El hallazgo de que el Afrontamiento Activo contribuye a una menor ansiedad social también se alinea con investigaciones como la de Sandín et al. (2020), quienes identificaron que el afrontamiento activo no solo permite una mejor adaptación emocional, sino que también contribuye al desarrollo de resiliencia en contextos donde el estrés es elevado. En el presente estudio, los puntajes de regresión sugieren que estas estrategias activas de afrontamiento pueden servir como un factor protector contra el desarrollo de síntomas de

ansiedad social, ya que alientan una confrontación directa de las dificultades en lugar de una evitación. Este hallazgo subraya la importancia de promover habilidades de afrontamiento activo en los estudiantes universitarios, especialmente en aquellos que están expuestos a situaciones de alto estrés como el contexto post-pandémico.

En un sentido estadístico, la estrategia de Afrontamiento Activo es la que tiene mayor impacto negativo, llegando a significancia tanto en correlativos como en la regresión, con puntaje B de  $-.917$  y  $-.850$  en las variables de ansiedad y evitación respectivamente, resalta su relevancia como predictor significativo de ambas variables dentro del modelo. Esto sugiere que, aunque el modelo, que puntúa una fuerza de  $17.2\%$  y  $16.7\%$ , no captura la complejidad de la variable evidentemente, la estrategia en sí merece atención en futuros estudios, al igual que ambas estrategias de Desentendimiento, Postergación y Enfoque en Emociones.

Por otro lado, los resultados también resaltan el valor del Apoyo Social como estrategia de afrontamiento, evidenciado en su relación negativa con los niveles de evitación social. Los puntajes obtenidos en las regresiones indican que aquellos estudiantes que buscan apoyo social tienden a presentar menores niveles de ansiedad en situaciones de interacción, lo cual coincide con el modelo del “amortiguador de estrés” de Cohen y Wills (1985), que propone que el apoyo social actúa como un recurso que reduce el impacto negativo del estrés. En este sentido, el apoyo social puede ser fundamental en la construcción de una red de soporte emocional que permita al individuo sentirse respaldado y menos vulnerable en contextos sociales desafiantes.

Al comparar con otros estudios, es evidente que el apoyo social no solo ayuda a reducir la percepción de amenaza en situaciones sociales, sino que también facilita el desarrollo de habilidades sociales y de afrontamiento. Ubillos y González (2020) documentaron que los estudiantes que contaban con redes de apoyo sólidas presentaban

menores niveles de ansiedad social y mayores habilidades para manejar situaciones de interacción, lo cual está en sintonía con los hallazgos de este estudio. En el contexto universitario, la capacidad de recurrir a una red de apoyo puede ser particularmente beneficiosa, ya que permite a los estudiantes compartir sus preocupaciones y obtener perspectivas que les ayudan a reducir la ansiedad ante situaciones sociales.

Los resultados de las regresiones proporcionan información importante sobre la relación entre las diferentes estrategias de afrontamiento y la ansiedad social en estudiantes universitarios. Por ejemplo, la alta correlación entre el Desentendimiento Mental y los niveles de ansiedad sugiere que esta estrategia de afrontamiento está profundamente arraigada en el comportamiento evitativo, lo cual es indicativo de una falta de habilidad para enfrentar directamente los factores estresantes. Esta información es particularmente útil para diseñar intervenciones que busquen reducir la dependencia de estrategias evitativas y fomentar el desarrollo de afrontamientos activos en el contexto universitario.

En cuanto a las estrategias de Planificación y Reinterpretación Positiva, los puntajes bajos de ansiedad en los estudiantes que emplean estas estrategias sugieren que estos métodos son efectivos para reducir la percepción de amenaza en situaciones de interacción social. Esto respalda la utilidad de enseñar y fomentar estas prácticas en programas de salud mental universitarios, como una manera de promover la resiliencia y el bienestar emocional en la vida académica. La evidencia de que el Afrontamiento Activo y el Apoyo Social están asociados con una menor ansiedad social refuerza la importancia de estas estrategias no solo como herramientas individuales, sino también como prácticas que pueden ser promovidas en un entorno de apoyo y colaboración entre pares.

El resultado en sí expresa un acercamiento a la evaluación de la relación entre el afrontamiento al estrés y la ansiedad social, donde en el caso de esta población, sí presenta impacto entre variable independiente (afrontamiento al estrés) y dependiente (ansiedad

social) pero no mantiene una fuerza o capacidad explicativa fuerte mas si aceptable (Ferligoj y Kramberger, 1995), lo que implica la necesidad de contemplar más variables que puedan abarcar un mejor valor explicativo de la ansiedad social. Por ello la investigación representa un valor como antecedente a posteriores estudios, donde brinda data de determinada población de estudiantes universitarios en una universidad de Arequipa Metropolitana.

Además, como se menciona anteriormente, esta situación lleva a evaluar métodos para insertar activamente en la sociedad universitaria determinadas estrategias de afrontamiento que permitan un desarrollo óptimo y no sólo puntajes menores en Ansiedad Social, sino también en las capacidades cotidianas y desarrollo de capacidades de resiliencia como señalan Ubillos y González (2020), refiriéndose en este caso tanto a las estrategias como Afrontamiento Activo, Reestructuración Cognitiva, entre otros, como al apoyo social que se fundamentó ya anteriormente.

En cuanto resultados de estudios contemporáneos, autores como Castillo, Vistín y Yuquilema (2021), Santos et al. (2021), Baloran (2020) y Briones y Moya (2020) entre otros señalan que distintas poblaciones refieren a diferentes estrategias de afrontamiento predominantes, en sentido de edades. Por ejemplo, en los estudiantes escolares el Desentendimiento Conductual y la Evitación destacaron como Estrategias Negativas por su frecuencia y las comorbilidades que destacan (Baloran, 2020), mientras que las Estrategias Positivas fueron la Planeación, el Afrontamiento Directo, la Revaluación y la Búsqueda de Apoyo, por otro lado, los ancianos según Briones y Moya (2020) tendieron hacia la Búsqueda de apoyo, la Religiosidad, y negativos como el uso de Sustancias.

En cuanto a grupos profesionales se presenta el caso con los trabajadores de instituciones legislativas, donde predominan sobre todo el Afrontamiento Directo y la Búsqueda de Apoyo (Castillo et al., 2021), con personal médico donde las Estrategias enfocadas en el problema, la Religión, la Aceptación y el Desentendimiento Conductual/

Emocional tuvieron un papel significativo (Asenjo et al., 2021; Minka et al., 2021); en docentes en cambio, en el caso de trabajadores sexuales varían entre la Religión, la Búsqueda de Apoyo Emocional o Instrumental o el Consumo de Alcohol y otras sustancias (Santos et al. 2021), esto implica entonces que si bien hay ciertas Estrategias que se podrían replicar como las más frecuentes en poblaciones (Búsqueda de Apoyo, por ejemplo), por lo general hay diferencias según el grupo por edad u ocupación y por lo tanto la investigación puede especificarse en otros grupos etarios con distintos resultados.

Respecto a la diferenciación estadística entre varones y mujeres, Thoits (1995) y Folkman (1984) hacen hincapié en la especial influencia negativa que recibe el sexo femenino ante los estímulos estresores y percepciones sociales, algo que se ve apoyado con los resultados dispuestos en la comparativa T de Student de sexos respecto a resultados en LSAS. Donde estas tuvieron un puntaje significativamente mayor que los hombres en todas las dimensiones y subdimensiones.

Es necesario en este caso evaluar el factor de las estrategias de afrontamiento llevadas al cabo por las mujeres. Folkman (1984) en este sentido señalaría un punto que se comprobaría en los resultados, la predominancia de las mujeres al momento de escoger estrategias enfocadas en la emoción y dirigidas a medios sociales (Búsqueda de apoyo tanto instrumental como emocional, así como Desentendimiento Mental y Enfoque en las Emociones), mientras que los hombres buscan medios más directos y frontales o socialmente negativos (Afrontamiento directo, Consumo de Alcohol y Supresión de Emociones).

Thoits (1995) aludiría a que, en muchas situaciones de dificultad, la mujer tiene mayor tendencia a elegir enfoques poco eficientes en la resolución de conflictos y propone la idea de considerar el sexo femenino un factor de riesgo más importante que el masculino por la tendencia hacia lo emocional al momento de evaluar situaciones socio-culturales de

riesgo. Sin embargo, el mismo autor sostiene que es una postura contextual: cuando las mujeres afrontan específicamente situaciones de naturaleza familiar, la sensación de control es mucho mayor en la mujer que el varón y por lo tanto esta tiende al uso de estilos de afrontamiento más enfocados al problema que su contraparte masculina, como la planeación, el afrontamiento directo, entre otros, elemento que sugiere las capacidades de ambos sexos para afrontar diferentes tipos de problemas.

Se rescatan también dos elementos importantes de esta observación de las frecuencias estadísticas; primero, el sentido resolutivo: a medida que se considera el estímulo menos sobrellevable o solucionable, se presenta una tendencia más grande a optar por estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción y evitativas, mientras que la perspectiva de una solución eficiente se relaciona con optar por soluciones activas y enfocadas en el problema (Lazarus & Folkman 1984), es decir, la sensación de control percibida que parte de la concepción de sí mismo y el contraste de la percepción del estímulo tiene una influencia importante.

El segundo elemento es que podría proponerse la evaluación y profundización en cuanto a esta sensación de confianza, que al obtener resultados significativamente mayores en todas las Dimensiones y Subdimensiones de LSAS, podría implicarse una tendencia del sexo femenino a una autopercepción significativamente menor que la del sexo masculino en situaciones sociales (que optó por métodos más directos y emocionalmente desconectados) o, por otro lado, una percepción magnificada del elemento estresor, más relacionado a una tendencia a la ansiedad como señalaba Sarudiansky (2013), como una característica siendo la tendencia a engrandecer la situación real o imaginaria que produce ansiedad. Esto no solo apunta a comprobar la postura de Thoits respecto a que las situaciones sociales tienen mayor influencia sobre el sexo femenino, sino también que es necesaria apuntar también a rasgos que tengan mayor parte en el sexo masculino para así poder tener una perspectiva más

amplia, teniendo en cuenta que el enfoque usado apunta hacia el Test de Ansiedad Social, sugerir pruebas como el de estrés laboral, o cuestionarios de estrés parental.

En este rol se efectúa una diferenciación importante respecto a la tendencia de elección de métodos de afrontamiento eficientes e ineficientes, las personas sin diagnóstico o medicación presentan diferencias significativas en las dimensiones y subdimensiones de Ansiedad Social, en ambos casos, los evaluados con diagnóstico o medicación presentan un contraste evidente, manteniendo puntajes significativamente mayores en todas las categorías de estas dimensiones. Al igual que en el caso del sexo femenino, es posible sugerir una tendencia especial a puntuaciones altas.

Esto, sin embargo, no se observa de manera similar respecto a las Estrategias de Afrontamiento: En este caso el diagnóstico, que representa 9.9% de los evaluados, presenta diferencias significativas en el doble de estrategias que aquellos que reciben medicación psiquiátrica, quienes representan el 5.0% del total de evaluados; además, dos de estas estrategias se repiten en ambos grupos, Desentendimiento Conductual y Consumo de Alcohol, donde las dos son estrategias poco eficientes de resolución de conflictos y una, el Consumo de Alcohol, también se replica en diferencias significativas respecto a la población femenina, y masculina respectivamente.

Justamente esas dos estrategias han sido verificadas como estrategias altamente conflictivas respecto al afrontamiento, como señalan Meléndez et al. (2021) ya en el contexto de pandemia respecto a evaluaciones de profesores en instituciones públicas de Lima, donde quienes señalaban estas estrategias mantenían una escasa capacidad de recibir y manejar eventos y situaciones consideradas problemáticas.

Junto con esto, las otras estrategias que sí establecen una diferencia significativa en el rango de personas con diagnóstico psiquiátrico son Reinterpretación (considerada de balance positivo (Ubillos y González, 2020) y la única en la que el puntaje es

significativamente mayor en aquellos sin diagnóstico, Enfoque en las emociones y Negación.

Esta tendencia en la población diagnosticada y (más leve) en la medicada hacia más diferencias significativas positivas entre los grupos sin diagnóstico o medicación, refiere también que ambos grupos primeros tienden a optar por más estrategias de afrontamiento que los otros grupos.

La situación se sostiene además por las postulaciones de Ubillos y González (2020), quienes hicieron una evaluación respecto al COVID y las estrategias de afrontamiento en la población española, y señalaban una estrecha relación entre desplegar varias estrategias de afrontamiento y la tendencia a problemas psiquiátricos, así como a derrumbarse ante situaciones difíciles, es decir, que el uso de varias estrategias de afrontamiento podría relacionarse con menor capacidad de afrontamiento y aceptación de las situaciones difíciles, así como una “peor salud mental” (Ubillos y Gonzáles, 2020, p.30). Proponiendo que esto también desprende de la eficiencia con la que se llevan al cabo y se efectúan las diversas estrategias de afrontamiento.

Este punto no es del todo general; Thoits (1995) señala por el contrario que mantener estrategias de afrontamiento variadas son el acercamiento más adecuado en el sentido de afrontar la vida, esto debido a que no todas las estrategias son eficientes por la especificidad de algunos estresores y el contexto en el cual se traduce el ambiente, lo que implica que el individuo debe disponer de un abanico estable de estrategias de afrontamiento y sobretodo estrategias que la persona domine o tenga la confianza de poder usar, en esta intersección se puede encontrar un punto común, el dominio y la eficiencia de las capacidades de afrontamiento son importantes en este factor propuesto por tanto Ubillos y Gonzáles y Thoits, más que solamente el uso desmedido de métodos de afrontamiento, se podría tratar de la percepción de eficacia respecto a esto y a la razón por la que opta por usar otras

estrategias, así como de inestabilidad al momento de mantener esas estrategias, si lo hace por una cuestión de eficacia contextual o porque rotundamente no confía en poder desempeñar una u otra estrategia en el rol y por lo tanto opta por variar o huir hacia estrategias más evitativas o disonantes como el Consumo del Alcohol.

Esta combinación de postulaciones abren entonces un elemento de diálogo e investigación respecto a la pertenencia etaria de distintas estrategias de afrontamiento y por lo tanto a la posibilidad de diferentes formas de abordamiento.

### **Limitaciones**

Este estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados y al plantear futuras investigaciones. En primer lugar, la recolección de datos se realizó en un contexto postpandemia (durante 2023, primer año de inserción de clases presenciales no híbridas), donde las percepciones y experiencias de estrés y ansiedad social en los estudiantes pueden estar influenciadas por la transición entre modalidades educativas y las secuelas emocionales del confinamiento. Esto limita la generalización de los resultados a contextos donde no hayan ocurrido situaciones similares de aislamiento social y cambio en las dinámicas educativas, especialmente en cuanto se trata de un evento único y por lo tanto la población afectada por el evento puede dar valores que otras muestras futuras (estudiantes universitarios afectados de distintas maneras por la pandemia o sin influencia de la misma) podrían no replicar con los mismos resultados.

La muestra, aunque estadísticamente adecuada, fue relativamente pequeña y se concentró en estudiantes de determinadas áreas académicas y de una sola universidad de la región de Arequipa. Esto disminuye su alcance, restringiendo la representatividad, lo que sugiere la necesidad de ampliar la muestra en futuras investigaciones para incluir una

variedad más amplia de estudiantes universitarios de diversas carreras y regiones, lo cual permitiría un análisis comparativo y una mayor robustez en los hallazgos.

Además, el diseño transversal del estudio limita la capacidad para establecer relaciones causales entre las variables de afrontamiento al estrés y ansiedad social, dado que se capturaron datos en un solo punto temporal. Un diseño longitudinal permitiría analizar cómo evolucionan estas variables a lo largo del tiempo, especialmente en el contexto de cambios educativos y sociales. Finalmente, el uso de cuestionarios de auto reporte puede introducir sesgos de deseabilidad social, dado que los participantes pueden responder de manera que consideren más aceptable socialmente en lugar de reflejar sus experiencias y emociones reales.

### **Recomendaciones**

Con base en las limitaciones y hallazgos obtenidos, se sugiere que futuras investigaciones amplíen la muestra para incluir una mayor diversidad de estudiantes de diferentes facultades y regiones. Esto permitiría analizar mejor las variaciones individuales en el afrontamiento del estrés y la ansiedad social, facilitando una comprensión más amplia y generalizable de la realidad universitaria en diversos contextos.

También se recomienda emplear un diseño longitudinal que permita observar cómo evolucionan las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad social a lo largo del tiempo, especialmente en respuesta a cambios académicos y sociales. Eso aportaría datos valiosos sobre el impacto de factores externos en el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Se sugiere además complementar los cuestionarios con entrevistas o grupos focales, ya que estos métodos cualitativos pueden proporcionar una visión más profunda y detallada

de las experiencias y estrategias individuales de afrontamiento, reduciendo los posibles sesgos de autorreporte.

Considerando que los factores contextuales, como el apoyo familiar y el acceso a servicios de salud mental, pueden influir significativamente en el afrontamiento, se podría concretizar su inclusión en investigaciones futuras para un análisis más completo de la situación de los estudiantes universitarios.

Finalmente, en el ámbito institucional, las universidades deberían implementar programas de apoyo psicológico que incluyan la enseñanza de estrategias de afrontamiento saludables, adaptando continuamente estas intervenciones en función de las necesidades y experiencias cambiantes de los estudiantes.

## Conclusiones

Este estudio aporta una comprensión detallada sobre las estrategias de afrontamiento del estrés y la ansiedad social en estudiantes de una universidad en la región de Arequipa, en un contexto postpandemia, un área de investigación que es especialmente relevante dada la magnitud de los desafíos emocionales enfrentados por esta población.

Los análisis de regresión lineal aplicados permitieron identificar que aquellos estudiantes que emplean estrategias de afrontamiento basadas en la evitación tienden a experimentar niveles más altos de ansiedad social, lo cual sugiere que estas estrategias, aunque puedan brindar alivio temporal, no resultan efectivas para enfrentar las demandas sociales a largo plazo y pueden agravar la sensación de ansiedad en situaciones de interacción.

De igual manera, se encontró una relación inversa entre la adopción de estrategias centradas en la solución de problemas y apoyo social, y los niveles de ansiedad social. Estos hallazgos refuerzan la importancia de promover habilidades de afrontamiento proactivas en los estudiantes universitarios, ya que el enfoque en la solución de problemas y el fortalecimiento de redes de apoyo resultan ser herramientas valiosas para reducir la ansiedad social y mejorar el bienestar emocional. Esto resalta el papel crucial que desempeñan las relaciones interpersonales y la capacidad de adaptación en el manejo de situaciones estresantes, un aspecto que se alinea con la literatura existente sobre afrontamiento y resiliencia en contextos educativos.

En cuanto a los objetivos de la investigación, los resultados cumplen con el propósito de identificar las estrategias de afrontamiento predominantes entre los estudiantes universitarios y su impacto en la ansiedad social. Asimismo, el análisis comparativo entre diferentes estrategias aporta claridad sobre la efectividad de métodos de afrontamiento

específicos en la reducción de la ansiedad en el contexto universitario, cumpliendo con los objetivos específicos planteados en el estudio. La evidencia obtenida resalta que las estrategias de afrontamiento no solo afectan la salud mental de los estudiantes, sino también su desempeño académico y social, reafirmando la importancia de fomentar habilidades de adaptación saludables.

En conclusión, esta tesis pone de manifiesto la necesidad de implementar en las universidades programas de intervención que promuevan el uso de estrategias de afrontamiento efectivas. A través de la enseñanza de habilidades como la solución de problemas y el fortalecimiento de redes de apoyo, se podría mitigar el impacto negativo del estrés y la ansiedad social, contribuyendo a un entorno educativo que favorezca el crecimiento personal y el bienestar integral de los estudiantes. Los resultados de esta investigación no solo cumplen con el cometido de proporcionar una aporte para futuros estudios sobre el afrontamiento del estrés y la ansiedad en contextos educativos, sino que también subrayan la importancia de una atención integral a la salud mental en el ámbito académico, especialmente en tiempos de cambio y adaptación constantes.

## Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Ato, G. M., & Vallejo, G. (2015). Diseños de Investigación en Psicología. (pp. 17-50). Madrid, ESPAÑA: Larousse-Ediciones Pirámide. <http://www.ebrary.com>.
- Asenjo-Alarcón, J. A., Linares-Vásquez, O., & Díaz-Dávila, Y. Y. (2021). Nivel de estrés académico en estudiantes de enfermería durante la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 5(2), 59–66.  
<https://doi.org/10.35839/repis.5.2.867>
- Asejo-Alarcón, J., Linares-Vásquez, J., & Díaz-Dávila, G. (2020). Niveles de estrés académico en estudiantes universitarios de enfermería en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(3), 445-454.
- Baloran, E. (2020) Knowledge, Attitudes, Anxiety, and Coping Strategies of Students during COVID-19 Pandemic. *Journal of Loss and Trauma*, 25(8), 635-642.  
<https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1769300>
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2044–2046.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Caamaño W, L., Fuentes M, D., González B, L., Melipillán A, R., Sepúlveda C, M., & Valenzuela G, E. (2011). Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de

- impacto de evento-revisada (EIE-R). *Revista médica de Chile*, 139(9), 1163–1168.  
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872011000900008>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Carver C., Scheier M. & Weintraub J. (1989). Assessing coping strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52(2): 267-283
- Cassaretto Bardales, M., Chau Perez-Aranibar, C., Oblitas H., & Valdez N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 363–392.
- Cassaretto Bardales, M., & Chau Perez-Aranibar, C. (2016). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 42(2), 95–109. [https://doi.org/10.21865/ridep42\\_95](https://doi.org/10.21865/ridep42_95)
- Cassaretto, M., & Chau, C. (2016). *Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE)*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Castaño, Elena Felipe & León del Barco, Benito (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2),245-257. ISSN: 1577-7057.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>

Castillo, M., Vistín, C., y Yuquilema, M. (2021). Resiliencia y estrategias de afrontamiento al COVID-19 en funcionarios del Consejo de la Judicatura. Riobamba 2021.

*Universidad Nacional de Chimborazo*. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7952>

Chaturvedi, K., Vishwakarma, D. K., & Singh, N. (2021). COVID-19 and its impact on education, social life and mental health of students: A survey. *Children and Youth Services Review*, 121, 105866. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105866>

Chrousos, G., Loriaux, L.D. & Gold, P.W. (1988) The concept of stress and its historical development. *Adv. Exp. Med. Biol.*, 245, 3-7.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis.

*Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Cohen, I.R., Tavassoli, M., Zanjani, E.D., Ascensao, J.L., Abraham, N.G., Loriaux, L.,

Chrousos, G.P., & Gold, P. (1988). Mechanisms of Physical and Emotional Stress. *Advances in Experimental Medicine and Biology*.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343–359.

<https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343>

Dal’Bosco, E., Messias, L., Schuber, A., Ribas, M., Garbuio, A., da Silva, C., y Andreani, L.

(2022). Coping in mental health during social isolation: analysis in light of Hildegard Peplau. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1207>

Diaz Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: conceptualizaciones actuales. *In Summa*

*Psicológica UST*. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>

- Ey, H. (2008). *Estudios psiquiátricos*. Buenos Aires: Polemos
- Ferligoj, A., & Kramberger, A. (1995). How to interpret R-squared in social sciences. *International Review of Social Science Research*, 13(1), 28-40.
- Figallo, F., González, M. T. & Diestra, V. (2020). Perú: Educación superior en el contexto de la pandemia por el COVID-19. *Revista de Educación Superior en América Latina*, 8, 20–28. <https://doi.org/10.14482/esal.8.378.85>
- Folkman, Susan, & Lazarus, R. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 21:219-39
- Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46:839-52.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745-774.
- Franco-Jimenez, R. A. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz en estudiantes universitarios peruanos. *Persona*. 23(2): 73-86. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(2\).4903](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(2).4903)
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817-818.

- García-Aretio, L. (2021). La educación híbrida en el contexto post-pandemia. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 24(2), 61-76.
- González I. (2020) Estudio de la Influencia de obesidad y COVID19 en la Incidencia de la depresión. *Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria*.  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/20411>
- González, M., & Evaristo, A. (2021). Impacto de la virtualización en la educación superior en Colombia. *Revista Colombiana de Educación Superior*, 40(1), 13-29.
- Gonzales Lopez, E. F. & Evaristo Chiyong, I. (2021). Rendimiento académico y deserción de estudiantes universitarios de un curso en modalidad virtual y presencial. *RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 24(2), 189.  
<https://doi.org/10.5944/ried.24.2.29103>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206–1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Hernández-Sampieri, R. (2018). *Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. Ciudad de México, México: McGraw-Hill Interamericana
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327–334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Lazarus, R. S., Kanner, A. D., & Folkman, S. (1980). EMOTIONS: A COGNITIVE–PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS. *Theories of Emotion*, 189–217.  
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-558701-3.50014-4>

Lazarus, R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springe

Lazarus, Richard S. (1996). The Role of Coping in the Emotions and How Coping Changes over the Life Course. *Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging*. 289–306. <https://doi.10.1016/b978-012464995-8/50017-0>

Li, Y., Zhao, J., Ma, Z., McReynolds, L. S., Lin, D., Chen, Z., ... Liu, X. (2020). Mental Health Among College Students During the COVID-19 Pandemic in China: A 2-Wave Longitudinal Survey. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.10.1016/j.jad.2020.11.109>

Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. *Modern Trends in Pharmacopsychiatry*. 22: 141–173. <https://doi.10.1159/000414022>

Lovón, M., & Cisneros, M. (2020). La deserción universitaria y la enseñanza virtual en el Perú: Un análisis durante la pandemia. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 18(4), 289-305.

Lovón, M., & Cisneros, S. (2020). Repercusiones de las clases virtuales en los estudiantes universitarios en el contexto de la cuarentena por COVID-19: El caso de la PUCP. *Propósitos y Representaciones*, 8 (SPE3), e588. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8nSPE3.588>

Lozano-Díaz, A., Fernández-Prados, J. S., Figueredo Canosa, V., & Martínez Martínez, A. M. (2020). Impactos del confinamiento por el COVID-19 entre universitarios: Satisfacción Vital, Resiliencia y Capital Social Online. *International Journal of Sociology of Education*, 79. <https://doi.org/10.17583/rise.2020.5925>

- Ma, J., Hua, T., Zeng, K., Zhong, B., Wang, G., y Liu, X. (2020). Influence of social isolation caused by coronavirus disease 2019 (COVID-19) on the psychological characteristics of hospitalized schizophrenia patients: a case-control study. *Translational Psychiatry*, 10(411). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01098-5>
- Mahase, E. (2020). Covid-19: concerns grow over inflammatory syndrome emerging in children. *BMJ*, m1710. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1710>
- Marquéz, C. (2004). Estrés y Cognitivismo. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 15(57), 213-217. <https://editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex57.pdf#page=54>
- Marquina Lujan, R. J. (2020). Autopercepción del estrés en aislamiento social en tiempos de covid -19. *REVISTA CONCIENCIA EPG*, 5(1), 83–97. <https://doi.org/10.32654/concienciaepg.5-1.6>
- Mejia, C., Rodriguez-Alarcon, J., Charri, J., Liendo-Venegas, D., Morocho-Alburqueque, N., Benites-Ibarra, C., Avalos-Reyes, M., Medina-Palomino, D., Carranza-Esteban, R., & Mamani-Benito, O. (2021). Repercusión académica de la COVID-19 en universitarios peruanos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 40(1). <http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/814>
- Meléndez, C., Correa, G., y Zapata, M. (2021). Diferencias en las estrategias de afrontamiento al estrés en docentes de Lima Metropolitana durante pandemia por Covid-19. *Universidad San Ignacio de Loyola*. <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/USIL/11817>
- Minka, S. O., Minka, F. H., Chauvin, A., Revue, E., Plaisance, P., Casalino, E., Choquet, C., y Agbessi, C. A. (2021). Resilience strategy in emergency medicine during the Covid-19 pandemic in Paris [Stratégie de résilience en médecine d’urgences pendant la

pandémie de Covid-19 à Paris]. *Journal Européen Des Urgences et De Réanimation*, 33(2), 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2021.04.001>

Moran, V. E., Olaz, F. O., Pérez, E. R., & Del Prette, Z. A. P. (2018). Desarrollo y validación del Test de Ansiedad Social para estudiantes universitarios (TAS-U). *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 24(2), 195–212. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.03>

Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171. <https://doi.org/10.15517/revedu.v33i2.511>

Palomino-Oré, Candy, & Huarcaya-Victoria, Jeff. (2020). Stress disorders caused by quarantine during the COVID-19 pandemic. *Horizonte Médico*, 20(4), e1218. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.10>

Parrado, A., y León, J. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista española de salud pública*, 94(8). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721455>

Pekrun, R. (2014). *Emotions and Learning*. International Academy of Education.

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

- Radanović, A., Micić, I., Pavlović, S., & Krstić, K. (2021). Don't Think That Kids Aren't Noticing: Indirect Pathways to Children's Fear of COVID-19. *Frontiers Media SA*.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635952>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian journal of anesthesiology*, 48(4).  
<https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Ramírez, J., Castro, A., Lerma, P., Yela, M., & Escobar, F. (2020). Desafíos de la salud mental en tiempos de pandemia: Una mirada global. *Salud Mental*, 43(1), 1-12.
- Reznick, A. Z. (1989). The cycle of stress — A circular model for the psychobiological response to strain and stress. Elsevier BV. [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(89\)90064-9](https://doi.org/10.1016/0306-9877(89)90064-9)
- Rivas, A., López, P., & Fernández, M. (2022). El reajuste emocional en estudiantes universitarios post-pandemia. *Psicología Universitaria*, 14(1), 48-56.
- Robles García, R., Espinosa Flores, R., Padilla Gutiérrez, A., Álvarez Rojas, M., & Páez Agraz, F. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 54-62.  
ISSN: 1405-0943. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920328008>
- Rom, O., & Reznick, A. Z. (2015). *The Stress Reaction: A Historical Perspective*. Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/5584\\_2015\\_195](https://doi.org/10.1007/5584_2015_195)
- Sameer, A., Khan, A., Nissar, S., y Banday, M. (2020). Assessment of Mental Health and Various Coping Strategies among general population living Under Imposed COVID-

- Lockdown Across world: A Cross-Sectional Study. *Ethics, Medicine and Public Health*, 15. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100571>
- Sandín B, Chorot P, Santed MA y Jiménez MP (1995). Trastornos psicossomáticos. *Manual de psicopatología*, 401-469. Madrid: Interamericana.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García, E., & Paloma, M. (2020). El impacto del confinamiento en la ansiedad social: Un estudio longitudinal. *Journal of Social Anxiety*, 19(4), 103-120.
- Santos, P., Porcino, C., Souza, S., Tosoli A., Moraes, L., y Alves, A. (2021). Mental health of female sex workers in the COVID-19 pandemic: stressors and coping strategies. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2186>
- Sarudiansky, M., (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2),19-28. ISSN: 1405-0943. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
- Savage, M. J., James, R., Magistro, D., Donaldson, J., Healy, L. C., Nevill, M., & Hennis, P. J. (2020). Mental health and movement behaviour during the COVID-19 pandemic in UK university students: Prospective cohort study. *Mental Health and Physical Activity*, 100357. <https://doi.10.1016/j.mhpa.2020.100357>

- Savitsky, B., Findling, Y., Ereli, A., y Hendel, T. (2020). Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*. 46, 102809. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102809>
- Selye, H. (1936). A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Springer Science and Business Media LLC*. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- Selye, H. (1975). Confusion and Controversy in the Stress Field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 37–44. <https://doi.10.1080/0097840x.1975.9940406>
- Sierra, Juan Carlos, & Ortega, Virgilio, & Zubeidat, Ihab (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1),10 - 59. ISSN: 1518-6148. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Steckler, T., Kalin, N., M., R. J. M. H., & Levine, S. (2005). Stress: an historical perspective. *In Handbook of stress and the brain*. Amsterdam: Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0921-0709\(05\)80004-5](https://doi.org/10.1016/S0921-0709(05)80004-5)
- Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (1996). Public-speaking fears in a community sample: Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 169-174.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53. <https://doi.10.2307/2626957>
- Ubillos, S., y González, J. (2020). Afrontando el Impacto del COVID-19 Resultados Preliminares II. Universidad de Burgos. [https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2020/10/Afrontando\\_el\\_impacto\\_del\\_COVID19-3.pdf](https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2020/10/Afrontando_el_impacto_del_COVID19-3.pdf)

- Valero, N., Vélez, M., Duran, A., y Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, 5(3), 63-70.  
<https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.2020>
- Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A. S., Muana, A. T., Hann, K., Eaton, J., Martin, S., & Nellums, L. B. (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 210–214. <https://doi.org/10.2471/blt.15.158543>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- WHO. (2015). *Ebola Situation Report*. Geneva: World Health Organization.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204714/ebolasitrep\\_30mar2016\\_eng.pdf;jsessionid=112E0F1D42F687CC9923724146148F85?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204714/ebolasitrep_30mar2016_eng.pdf;jsessionid=112E0F1D42F687CC9923724146148F85?sequence=1)
- Xiang, Y., Zhao, Y., Liu, Z., Li, X., Zhao, N., Cheung, T., y Ng, C. (2020). The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1741–1744. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45072>
- Zegarra Rojas, O. D. (2020). Resolución del consejo Directivo N°115-2020-SUNEDU-CD. El Peruano. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/modifican-los-criterios-para-la-supervision-de-la-adaptacion-resolucion-n-115-2020-sunedu-cd-1887724-1/>

Zheng, L., Miao, M., Lim, J., Li, M., Nie, S., & Zhang, X. (2020). Is Lockdown Bad for Social Anxiety in COVID-19 Regions?: A National Study in The SOR Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4561. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124561>

## Anexos

### Anexo 1

#### Formulario de consentimiento informado

**Título del proyecto:** Afrontamiento al Estrés y Ansiedad social en estudiantes universitarios de Arequipa Metropolitana

**Responsable:** Diego André Meléndez Soto

**Email:** [diegomelendezsoto@gmail.com](mailto:diegomelendezsoto@gmail.com)

#### Presentación:

El presente es un estudio que tiene por finalidad conocer la relación entre el afrontamiento al estrés y la ansiedad social en estudiantes universitarios, por lo que su participación es de gran importancia en este proceso y se le estaría agradecido si accede.

La participación consiste en responder un cuestionario y dos test que se encuentran anexados. Este proceso es completamente anónimo y puede interrumpir su participación cuando considere pertinente sin ninguna repercusión negativa para usted. Esta actividad es voluntaria y no habrá algún tipo de beneficio académico o monetario.

Al término, se le solicitará su correo electrónico para la entrega de resultados.

Muchas gracias por su atención.

---

**Respuesta:** He leído el Formulario de Consentimiento Informado y acepto participar en esta actividad de investigación. Comprendo que puedo dejar de participar en esta actividad en algún momento. También entiendo que no recibiré algún pago o beneficio académico por esta participación.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## **Anexo 2**

### **Ficha Demográfica**

Todos los datos serán confidenciales y con fines plenamente académicos

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Escuela Profesional:** \_\_\_\_\_

**Número de cursos llevados en el ciclo actual:** \_\_\_\_\_

**Ha presentado en los últimos meses diagnósticos psiquiátricos:** Sí \_\_\_ No \_\_\_

**Recibe medicación psiquiátrica:** Sí \_\_\_ No \_\_\_

**Email (En caso de querer recibir resultados):** \_\_\_\_\_

### Anexo 3

## Escala de Ansiedad Social de Liebowitz

A continuación, se presenta la escala de ansiedad social, dividida en dos partes. En éste primer cuadro deberá marcar el nivel de miedo o ansiedad que siente en las situaciones sociales. Conteste sinceridad, marque con “X” en el cuadro que mejor le describa, donde:

- 0 = Nada de Miedo o ansiedad
- 1 = Un poco de miedo o ansiedad
- 2 = Bastante miedo o ansiedad
- 3 = Mucho miedo o ansiedad

N°	Situaciones Sociales	Ansiedad			
		0	1	2	3
1	Llamar por teléfono en presencia de otras personas (D)				
2	Participar en grupos pequeños (D)				
3	Comer en lugares públicos (D)				
4	Beber con otras personas en lugares públicos (D)				
5	Hablar con personas que tienen autoridad (S)				
6	Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público (D)				
7	Ir a una fiesta (S)				
8	Trabajar mientras le están observado (D)				
9	Escribir mientras le están observado (D)				
10	Llamar por teléfono a alguien que no conoce demasiado (S)				
11	Hablar con personas que usted no conoce demasiado (S)				
12	Conocer gente nueva (S)				
13	Orinar en servicios públicos (D)				
14	Entrar a una sala cuando el resto de la gente ya está sentada (D)				
15	Ser el centro de la atención (S)				
16	Intervenir en una reunión (D)				
17	Hacer un examen, test o prueba (D)				
18	Expresar un desacuerdo o una desaprobación a personas que usted no conoce demasiado (S)				
19	Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado (S)				
20	Exponer un informe a un grupo (D)				
21	Intentar ligar a alguien (D)				
22	Devolver una compra a una tienda (S)				
23	Dar una fiesta (S)				
24	Resistir la presión de un vendedor insistente (S)				

Y a continuación la frecuencia de evitación que usted experimenta de dichas situaciones, donde:

0 = Nunca lo evito

1 = En ocasiones lo evito

2 = Frecuentemente lo evito

3 = Habitualmente

lo evito

N°	Situaciones Sociales	Evitación			
		0	1	2	3
1	Llamar por teléfono en presencia de otras personas (D)				
2	Participar en grupos pequeños (D)				
3	Comer en lugares públicos (D)				
4	Beber con otras personas en lugares públicos (D)				
5	Hablar con personas que tienen autoridad (S)				
6	Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público (D)				
7	Ir a una fiesta (S)				
8	Trabajar mientras le están observado (D)				
9	Escribir mientras le están observado (D)				
10	Llamar por teléfono a alguien que no conoce demasiado (S)				
11	Hablar con personas que usted no conoce demasiado (S)				
12	Conocer gente nueva (S)				
13	Orinar en servicios públicos (D)				
14	Entrar a una sala cuando el resto de la gente ya está sentada (D)				
15	Ser el centro de la atención (S)				
16	Intervenir en una reunión (D)				
17	Hacer un examen, test o prueba (D)				
18	Expresar un desacuerdo o una desaprobación a personas que usted no conoce demasiado (S)				
19	Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado (S)				
20	Exponer un informe a un grupo (D)				
21	Intentar ligar a alguien (D)				
22	Devolver una compra a una tienda (S)				
23	Dar una fiesta (S)				
24	Resistir la presión de un vendedor insistente (S)				

## Anexo 4

### Inventario COPE

Estamos interesados en la forma en que las personas responden cuando tienen que hacer frente a acontecimientos difíciles o estresantes en sus vidas. Hay muchas formas de intentar manejar el estrés. Este cuestionario le pide que indique lo que generalmente hace y siente cuando experimenta acontecimientos estresantes. Obviamente, sucesos diferentes provocan respuestas algo diferentes, pero piense acerca de lo que hace habitualmente cuando está bajo un estrés intenso.

Entonces responda a cada uno de los siguientes ítems marcando el número que corresponda, utilizando las opciones de respuesta que se presentan abajo. Por favor, intente responder a cada ítem de forma separada a los demás.

Elija sus respuestas cuidadosamente, y responda de la forma más sincera que le sea posible. Por favor responda todos los ítems. No hay respuestas correctas o incorrectas, de modo que elija la respuesta que más se le ajuste a USTED, no la que usted piense que la mayoría de la gente diría o haría. Indique lo que USTED habitualmente hace cuando experimenta un acontecimiento estresante.

- 1 = No suelo hacer esto en absoluto
- 2 = Suelo hacer esto un poco
- 3 = Suelo hacer esto moderadamente
- 4 = Suelo hacer esto mucho

	1	2	3	4
1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.				
2. Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente.				
3. Me altero y dejo aflorar mis emociones.				
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.				
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación.				
6. Me digo a mí mismo: "Esto no es real"				
7. Confío en Dios.				
8. Me río acerca de la situación.				
9. Admito que no puedo con ello y dejo de intentarlo.				
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo con demasiada rapidez.				
11. Hablo de mis sentimientos con alguien.				
12. Consumo alcohol o drogas para sentirme mejor				
13. Me acostumbro a la idea de lo que sucedió.				
14. Hablo con alguien para saber más acerca de la situación.				
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.				
16. Sueño despierto con otras cosas diferentes.				
17. Me altero y soy realmente consciente de la situación.				
18. Pido la ayuda de Dios.				
19. Hago un plan de acción.				
20. Hago bromas sobre la situación				
21. Acepto que ha sucedido y que no puede cambiarse.				
22. Demoro hacer algo sobre el tema hasta que la situación lo permita.				
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.				
24. Simplemente abandono en el intento de lograr mi objetivo.				

25. Tomo medidas adicionales para intentar librarme del problema.				
26. Intento evadirme un rato bebiendo alcohol o tomando drogas.				
27. Me niego a creer que haya sucedido.				
28. Dejo aflorar mis sentimientos.				
29. Intento verlo de una forma diferente, para que parezca más positivo.				
30. Hablo con alguien que pudiera hacer algo concreto acerca del problema.				
31. Duermo más de lo habitual.				
32. Intento encontrar una estrategia acerca de qué hacer.				
33. Me concentro en el manejo del problema y si es necesario aparto otros temas un poco.				
34. Consigo la compasión y comprensión de alguien.				
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.				
36. Bromeo sobre ello				
37. Renuncio a intentar lograr lo que quiero.				
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
39. Pienso acerca de cómo podría manejar mejor el problema.				
40. Actúo como si realmente no hubiera sucedido				
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto.				
42. Intento evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos de manejar la situación.				
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.				
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.				
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.				
46. Siento un gran malestar emocional y me encuentro expresando estos sentimientos un montón.				
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				
48. Intento encontrar consuelo en la religión.				
49. Me obligo a mí mismo a esperar el momento oportuno para hacer algo.				
50. Hago bromas de la situación.				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedico a resolver el problema.				
52. Hablo con alguien acerca de cómo me siento				
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.				
54. Aprendo a vivir con ello.				
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema.				
56. Pienso profundamente acerca de qué pasos tomar.				
57. Actúo como si nunca hubiera ocurrido.				
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.				
59. Aprendo algo de la experiencia.				
60. Rezo más de lo habitual				