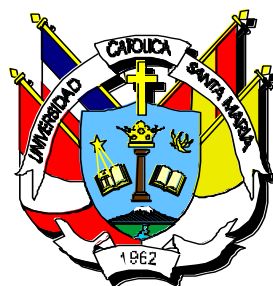


UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA
ESCUELA DE POSTGRADO
PROGRAMA MAESTRIA EN EDUCACIÓN SUPERIOR



ASOCIACIÓN DE FOBIA SOCIAL EN EL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS ALUMNOS DEL CURSO DE FISIOLÓGÍA DE LA U.N.S.A. Y
U.C.S.M. AREQUIPA 2001

PRESENTADO POR:

HENRY JUAN DIAZ MURILLO

PARA OPTAR EL GRADOS DE MAGISTER EN EDUCACION SUPERIOR

AREQUIPA-PERU

2005

INDICE

	Pág
RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO UNICO RESULTADOS	8
1. PREVALENCIA DE FOBIA SOCIAL EN LOS ALUMNOS	2
2. RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS ALUMNOS	5
3. RELACION DE FOBIA SOCIAL EN EL RENDIMIENTO ACADEMICOS	15
4. FACTORES DE RIESGO DE FOBIA SOCIAL EN LOS ALUMNOS	22
5 DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	47
PROGRAMA DE DIAGNOSTICO, ASISTENCIA Y REHABILITACION DE FOBIA SOCIAL EN ALUMNOS	48
TALLER DE DIAGNOSTICO ASISTENCIA Y REHABILITACION DE FOBIA SOCIAL EN ALUMNOS	55
MODELO ABC DE ELLIS	62

ANEXOS

1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	66
2. MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS	127
3. GLOSARIO	132





A LA MEMORIA DE MI MADRE

DORA.

A MI PADRE MANUEL

A MI ESPOSA ANA Y A MIS

HIJOS CAROLL Y MICHAEL





*LA ACTITUD MENTAL POSITIVA
ES VER OPORTUNIDADES
DONDE OTROS SÓLO PUEDEN
VER DIFICULTADES.*

WALTER SALAMA

RESUMEN

Se evaluó la presencia de síntomas de fobia social en los alumnos matriculados en la asignatura de Fisiología del Programa Académico de Farmacia y Bioquímica de la UCSM y Escuela Profesional de Biología de la UNSA, de acuerdo al sexo, edad, nivel socioeconómico, religión, colegio de procedencia y rendimiento académico..

El estudio es descriptivo, prospectivo, longitudinal. Los síntomas de fobia social se utilizó la escala de Smith y Wilson. Se encontró una prevalencia de 70 % de síntomas de fobia social en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM, y un 62.86 % de prevalencia en los alumnos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. ($p>0.05$).

Se encontró un mejor rendimiento académico de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM (47.1 %) y en los alumnos de la Escuela de Biología de la UNSA un 36.4 %.($p<0.01$). Se encontró que los alumnos de la UNSA presentaron un 23 % de riesgo de presentar síntomas de fobia social comparada con los alumnos de la UCSM.

Se encontró que las alumnas de la UCSM presentaron un 6 % de riesgo de síntomas de fobia social mientras que las alumnas de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 9 %. Los alumnos menores de 20 años de la UCSM presentaron un riesgo del 1 % de síntomas mientras que los alumnos mayores de 20 años de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 1 % de fobia social.

Se encontró que los alumnos con IMC normal de la UCSM evaluados presentaron un riesgo del 10 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnas con IMC

anormal de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 42 %. Los alumnos con nivel socioeconómico bajo de la UCSM presentaron un riesgo del 18 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 7 %.

Se encontró que los alumnos no católicos matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 18 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos católicos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 4 %. Los alumnos de procedencia de colegio estatal -parroquial de la UCSM presentaron un riesgo del 3 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos de la de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 22 %. Los alumnos de régimen irregular matriculados de la UCSM presentaron un riesgo del 11 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos de la de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 5. Los alumnos desaprobados de la UCSM presentaron un riesgo del 77 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 13 %.

ABSTRACT

The presence of symptoms of social phobia in the students registered in Academic Physiology was evaluated in the Pharmacy and Biochemistry School at UCSM and the Biology School at UNSA, according to sex, age, socioeconomic level, religion, school of origin and academic level.

The study is descriptive, prospective and over a prolonged period. The symptoms of social phobia was evaluated using the scale of Smith and Wilson.. Symptoms of social phobia was recorded at a level of 70 % in the students enrolled in classes of Physiology in the Pharmacy and Biochemistry at UCSM, and at a level of 62.86 % in the students in the Biology School at U.N.S.A. ($p>0.05$).

The academic accomplishment level was higher in the students registered in the Physiology course in the Pharmacy and Biochemistry Program at UCSM (47.1 %) and slightly lower in the students enrolled in the Biology School at UNSA at 36.4 %.($p<0.01$). The students at UNSA displayed the symptoms of social phobia at a reate of 23 % greater than compared with the students at UCSM.

The students at UCSM displayed a 6% risk of displaying symptoms of social phobia, while the students at UNSA displayed a risk of symptoms at 9%. In students under the age of 20 years at USCM the risk level was 1%, while the risk level within the students under the age of 20 years at UNSA was recorded at 9%. In students above the age of 20 years at UCSM the risk level was 9%, while the risk level among the students above 20 yeas of age at U.N.S.A. was only 1%

It has been found that student with normal IMC values evaluated in UCSM displayed symptoms of social phobia at a level of 10% whereas the students with IMC abnormal at U.N.S.A. displayed risk levels at 42 %. The students with lower socioeconomic levels at UCSM displayed a risk of symptoms at a level of 18 % , whereas the students with the same socioeconomic level at U.N.S.A. displayed risk levels of 7 %.

Non-Catholic students registered in the Physiology classes within the Pharmacy and Biochemistry School at UCSM displayed a risk level of 18 % for symptoms of social phobia, whereas the Catholic students within the Biology School at U.N.S.A. displayed a risk level of 4 %. The students of originally from parochial schools – registered at UCSM displayed a risk level of 3 % for symptoms of social phobia, whereas the students from parochial schools enrolled at U.N.S.A. displayed a risk level of 22 %. Students registered from irregular regimes at UCSM displayed a risk level of 11 % for symptoms of social phobia, whereas the students from irregular regimes at U.N.S.A. displayed a risk level of the 5%. Students who did not pass the Physiology course at UCSM displayed a risk level of 77 % with symptoms of social phobia, whereas the same type of students at U.N.S.A. displayed a risk level of 13 % for symptoms of social phobia.

INTRODUCCIÓN

La existencia de alumnos que presentan conductas perturbadoras en el contexto universitario es un fenómeno cada vez más habitual, según nos demuestran las estadísticas actuales sobre el tema y su correspondiente incidencia en los medios de comunicación

La fobia social fue descrita por primera vez en un trabajo de Marks (1970), pero no adquiere entidad diagnóstica hasta la publicación del DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980). A causa de la falta de reconocimiento oficial en la nomenclatura diagnóstica, este cuadro clínico ha recibido, pese a la gravedad del mismo, un tratamiento secundario entre los trastornos de ansiedad por parte de los investigadores

En realidad, la ansiedad social está presente en todos los trastornos de ansiedad, distinguiéndose de otros trastornos por el miedo y la evitación de un mayor número de situaciones interpersonales y por la mayor interferencia de los temores sociales en la vida cotidiana de los pacientes. La fobia social responde al triple sistema de respuesta: psicofisiológico, motor y cognitivo. Los síntomas psicofisiológicos más frecuentes experimentados por el fóbico ante una situación social son: sudoración, temblores, taquicardia y enrojecimiento facial. La respuesta motora más frecuente es la evitación de las situaciones temidas. Respecto a lo cognitivo, en las relaciones interpersonales estas personas tienen menos pensamientos positivos y muchos negativos, atribuyen las dificultades más a ellos mismos que a la situación, son menos hábiles y experimentan una elevada elevación de la tasa cardíaca y de la

presión sanguínea.

Según el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), la fobia social puede definirse como un miedo duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone a ser observada por los demás (cuando se relaciona con un desconocido o cuando contesta a una persona, por ejemplo) y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que pueda resultarle embarazosa o humillante.

Las fobias sociales pueden estar referidas a estímulos muy específicos (comer o beber en público, escribir o hablar ante los otros) o presentarse de una forma generalizada ante diversas situaciones sociales. Esta distinción, según el DSM-III-R (APA, 1987), parece significativa clínicamente.

En la fobia social de tipo generalizado los pacientes restringen su vida social por temor de que los demás les vean temblar, enrojecer, sudar o simplemente parecer ridículos, por lo que tienden a adoptar conductas evitativas. Este temor a la crítica negativa puede a su vez referirse a la aceptación social global, al establecimiento de relaciones íntimas, a la relación con personas de autoridad y/o a la ejecución de tareas en presencia de otras personas. De su importancia radica el hecho de que la reducción del temor a la evaluación negativa tras el tratamiento se considere el mejor predictor de la mejoría terapéutica a largo plazo.

Estas distorsiones negativas aumentan la ansiedad social e inhiben la respuesta socialmente adecuada, independientemente de las habilidades del sujeto. La interrelación entre los factores cognitivos, las respuestas psicofisiológicas y la evitación de las situaciones sociales explica la persistencia de la fobia social, pese a los inconvenientes que conlleva.

Por lo anteriormente señalado nos proponemos evaluar la asociación de fobia social con el rendimiento académico de los alumnos del curso de fisiología del programa de Farmacia (UCSM) y Biología (UNAS) Arequipa.







**1.. EN CUANTO A LA PREVALENCIA DE FOBIA SOCIAL DE LOS
ALUMNOS EVALUADOS.**

TABLA N° 1

**PREVALENCIA DE SINTOMAS DE FOBIA SOCIAL EN LOS ALUMNOS
DEL CURSO DE FISIOLÓGÍA DE LOS PROGRAMAS DE FARMACIA Y
BIOQUIMICA (UCSM) Y ESCUELA DE BIOLOGIA (UNSA)**

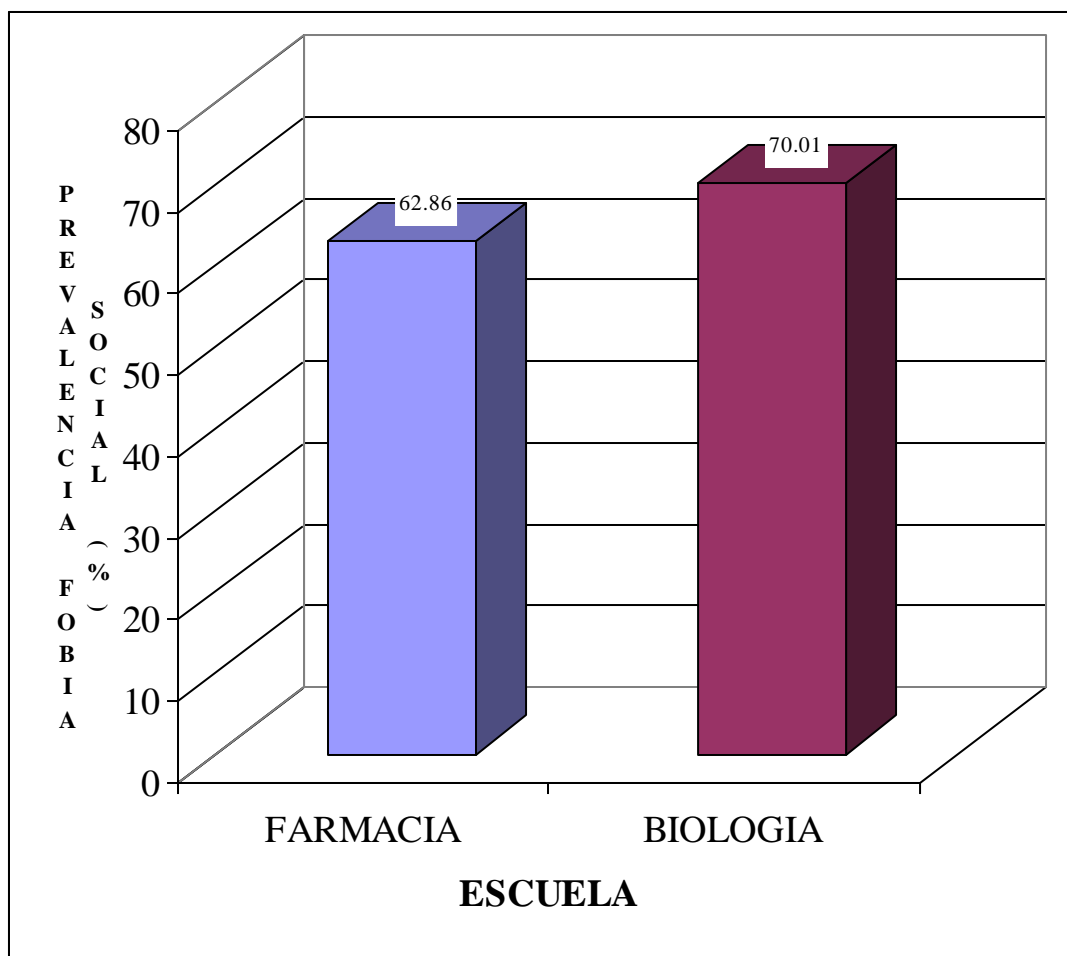
UNIVERSIDAD	FOBIA SOCIAL	ALUMNOS	PREVALENCIA
FARMACIA (UCSM)	44	70	62.86
BIOLOGIA (UNSA)	49	70	70.01
TOTAL	93	140	66.43
X²= 0.37 P>0.05 NS.			

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Gráfico 1 se muestra que no existe diferencia significativa en la prevalencia de los síntomas de fobia social ($p>0.05$) en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) Y Biología (U.N.S.A). Se encontró una prevalencia de 70 % de síntomas de fobia social en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM, y un 62.86 % de prevalencia en los alumnos de la Escuela de Biología de la UNSA.

GRAFICO N° 1

**PREVALENCIA DE SINTOMAS DE FOBIA SOCIAL EN LOS ALUMNOS
DEL CURSO DE FISIOLÓGÍA DEL PROGRAMA DE FARMACIA Y
BIOQUIMICA (UCSM) Y ESCUELA DE BIOLOGIA (UNSA)**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

TABLA N° 1A

**NIVELES DE FOBIA SOCIAL EN LOS ALUMNOS DEL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LOS PROGRAMAS DE FARMACIA Y BIOQUIMICA
(UCSM) Y ESCUELA DE BIOLOGIA (UNSA)**

NIVELES DE FOBIA SOCIAL	ESCUELA				TOTAL	
	FARMACIA		BIOLOGIA		N	%
	N	%	N	%		
NO	33	23.57	29	20.71	62	44.29
LEVE	14	10	10	7.14	24	17.14
MODERADA	7	5	8	5.71	15	10.71
SEVERA	16	11.43	23	16.43	39	27.86
TOTAL	70	50	70	50	140	100

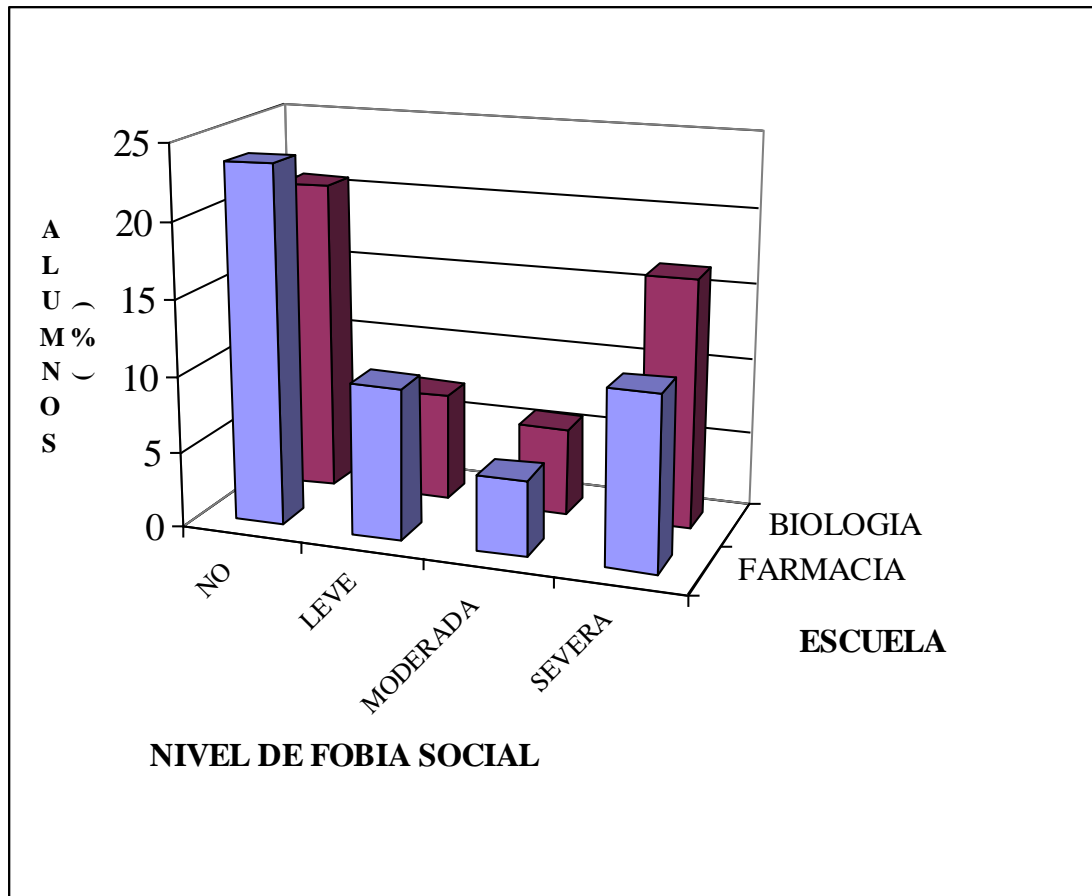
$$X^2 = 2.24 \quad P > 0.05 \quad \text{N.S.}$$

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Gráfico 1A se muestra que no existe asociación significativa en los niveles de fobia social ($p > 0.05$) respecto a la escuela de estudios de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (U.N.S.A). Se encontró un 27.86 % de fobia social severa, 17.14 % de leve y 10.71 % moderada y 44.29 % de ausencia de fobia en los alumnos evaluados.

GRÁFICO N° 1A

NIVELES DE FOBIA SOCIAL EN LOS ALUMNOS DEL CURSO DE FISIOLÓGÍA DE LOS PROGRAMAS DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA (UCSM) Y ESCUELA DE BIOLOGÍA (UNSA)



FUENTE: ELABORACION PROPIA

2. EN CUANTO AL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS



TABLA N° 2

**NIVELES DE RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS DEL
CURSO DE FISIOLÓGÍA DE LOS PROGRAMAS DE FARMACIA Y
BIOQUIMICA (UCSM) Y ESCUELA DE BIOLOGIA (UNSA)**

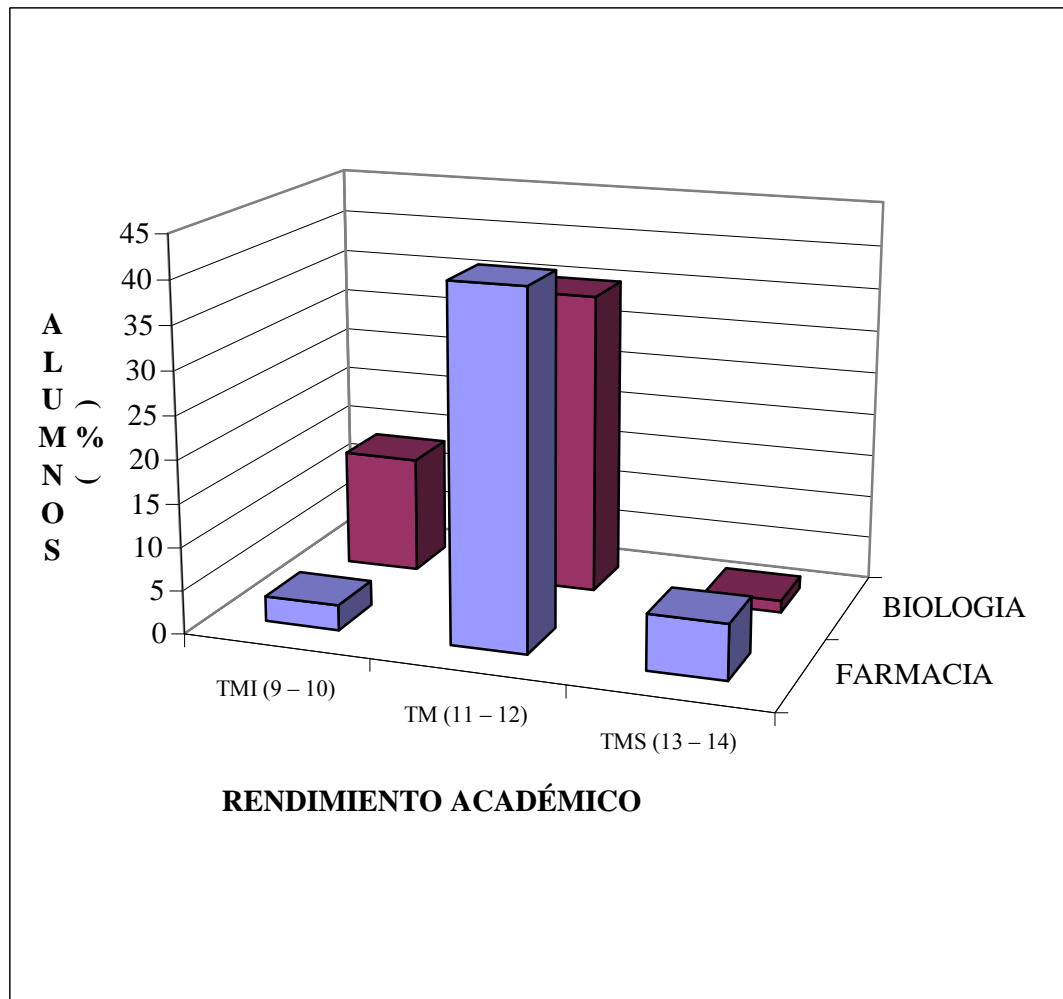
RENDIMIENTO ACADÉMICO	ESCUELA				TOTAL	
	FARMACIA		BIOLOGIA		N	%
	N	%	N	%		
TMI (9 – 10)	4	2.9	19	13.6	23	16.4
TM (11 – 12)	57	40.7	49	35	106	75.7
TMS (13 – 14)	9	6.4	2	1.4	11	7.9
TOTAL	70	50	70	50	140	100

X²= 14.84 P<0.01 A.S.

En la Tabla y Grafico 2 se muestra que existe diferencia altamente significativa en el rendimiento académico ($p<0.01$) de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Se encontró un mejor rendimiento académico de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM (47.1 %) y en los alumnos de la Escuela de Biología de la UNSA un 36.4 %.

GRAFICO N° 2

**NIVELES DE RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS ALUMNOS DEL
CURSO DE FISIOLÓGÍA DE LOS PROGRAMAS DE FARMACIA Y
BIOQUIMICA (UCSM) Y ESCUELA DE BIOLOGIA (UNSA)**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

**3. EN CUANTO A LA RELACION DE LA FOBIA SOCIAL EN EL
RENDIMIENTO ACADÉMICO**



TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL CURSO DE FISIOLÓGÍA DE
LOS PROGRAMAS DE FARMACIA Y BIOQUIMICA (UCSM) Y ESCUELA
DE BIOLOGIA (UNSA) CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL**

UNIVERSIDAD	FOBIA SOCIAL				TOTAL	O.R.	I.C
	SI		NO				
	N	%	N	%			
FARMACIA	44	31.4	26	18.6	70	50	0.89 0.70-1.13
BIOLOGÍA	49	35	21	15	70	50	1.23 0.77-1.98
TOTAL	93	66.4	47	33.6	140	100	

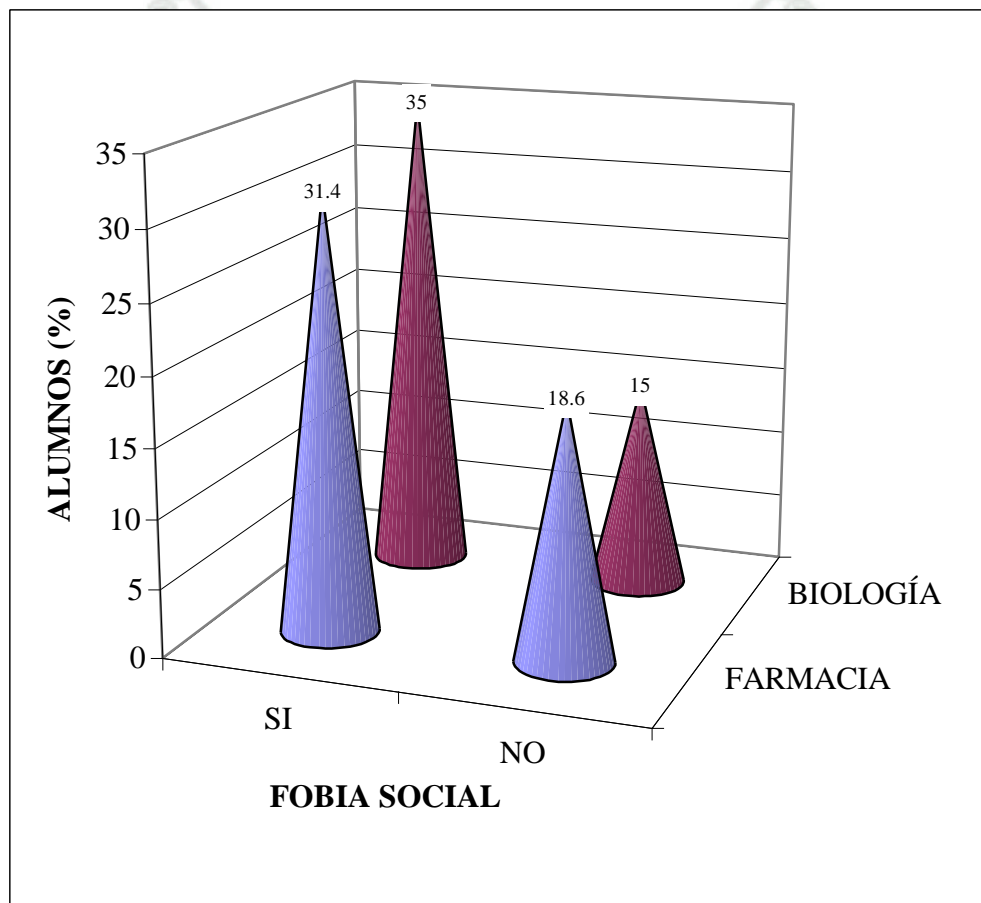
$X^2 = 0.80$ $p > 0.05$ N.S.

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Figura 3 se muestra que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p > 0.05$) en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de la Escuela de Biología de la UNSA presentan un 23 % de riesgo de presentar síntomas de fobia social comparada con los alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM.

GRAFICO N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL CURSO DE FISIOLÓGÍA DE
LOS PROGRAMAS DE FARMACIA Y BIOQUIMICA (UCSM) Y ESCUELA
DE BIOLOGIA (UNSA) CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN REGIMEN DE ESTUDIO

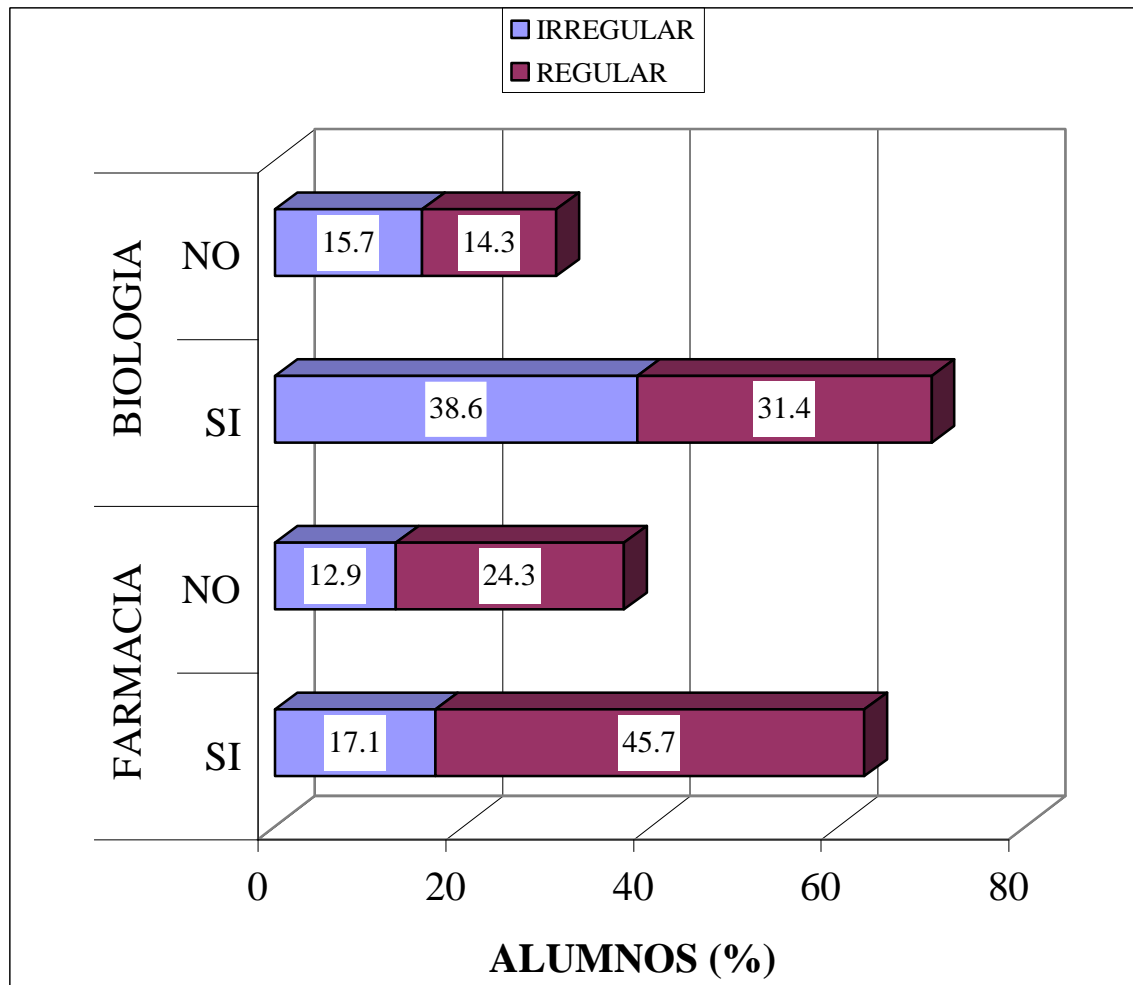
ESCUELA	FOBIA SOCIAL	REGIMEN DE ESTUDIOS				TOTAL		X ² .
		IRREGULAR		REGULAR		N	%	
		N	%	N	%			
FARMACIA	SI	12	17.1	32	45.7	44	62.9	0.42 P>0.05
	NO	9	12.9	17	24.3	26	37.1	
	TOTAL	21	30	49	70	70	100	
	O.R.	1.11		0.78				
BIOLOGIA	SI	27	38.6	22	31.4	49	70	0.04 P>0.05
	NO	11	15.7	10	14.3	21	30	
	TOTAL	38	54.3	32	45.7	70	100	
	O.R.	1.05		0.94				

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Figura 4 se muestra que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según régimen de estudios de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos de régimen irregular matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 11 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 5 %.

GRAFICO N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN REGIMEN DE ESTUDIO**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

TABLA N° 5
DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN RENDIMIENTO ACADEMICO

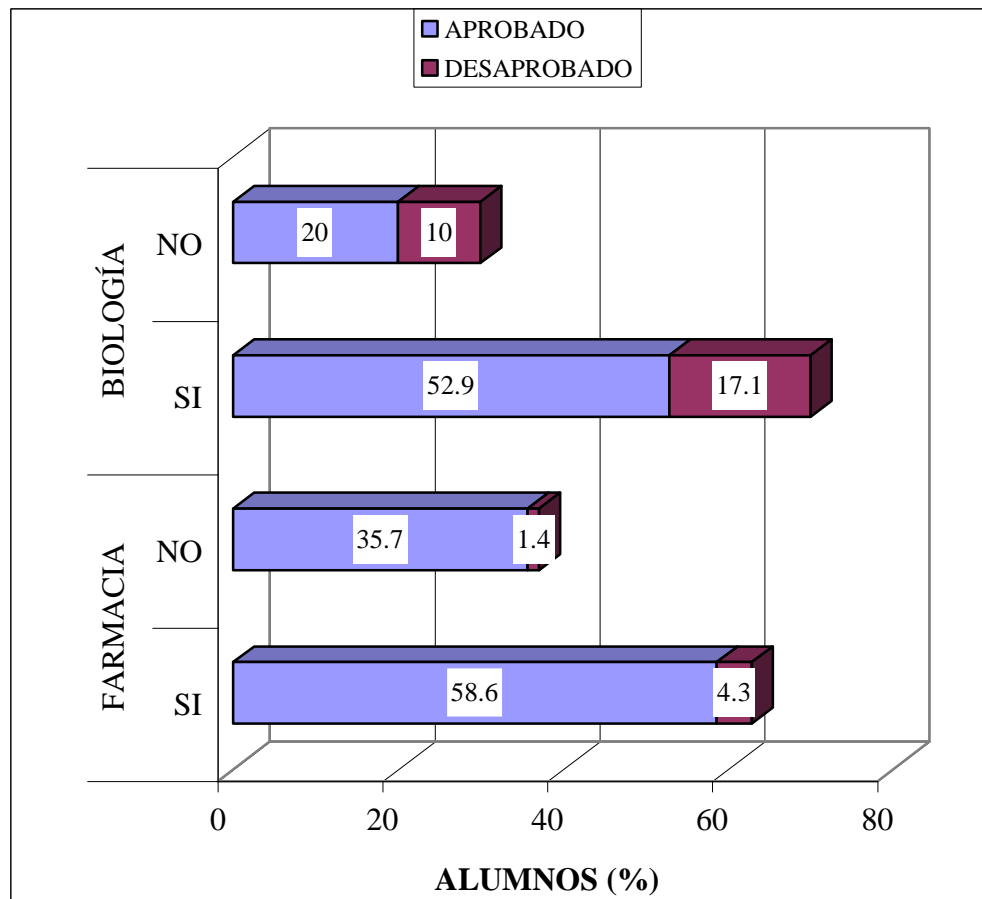
ESCUELA	FOBIA SOCIAL	RENDIMIENTO ACADEMICO				TOTAL	X ² .	
		APROBADO		DESAPROBADO				
		N	%	N	%			
FARMACIA	SI	41	58.6	3	4.3	44	62.9	0.26 P>0.05
	NO	25	35.7	1	1.4	26	37.1	
	TOTAL	66	94.3	4	5.7	70	100	
	O.R.	0.96		1.77				
BIOLOGIA	SI	37	52.9	12	17.1	49	70	0.58 P>0.05
	NO	14	20	7	10	21	30	
	TOTAL	51	72.9	19	27.1	70	100	
	O.R.	0.73		1.13				

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Figura 5 se muestra que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según el rendimiento académico de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos desaprobados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 77 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 13 %.

GRAFICO N° 5

**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN RENDIMIENTO ACADEMICO**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

**4. EN CUANTO A LOS FACTORES ASOCIADOS A LA FOBIA SOCIAL EN
LOS ALUMNOS**



TABLA N° 6

**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN SEXO.**

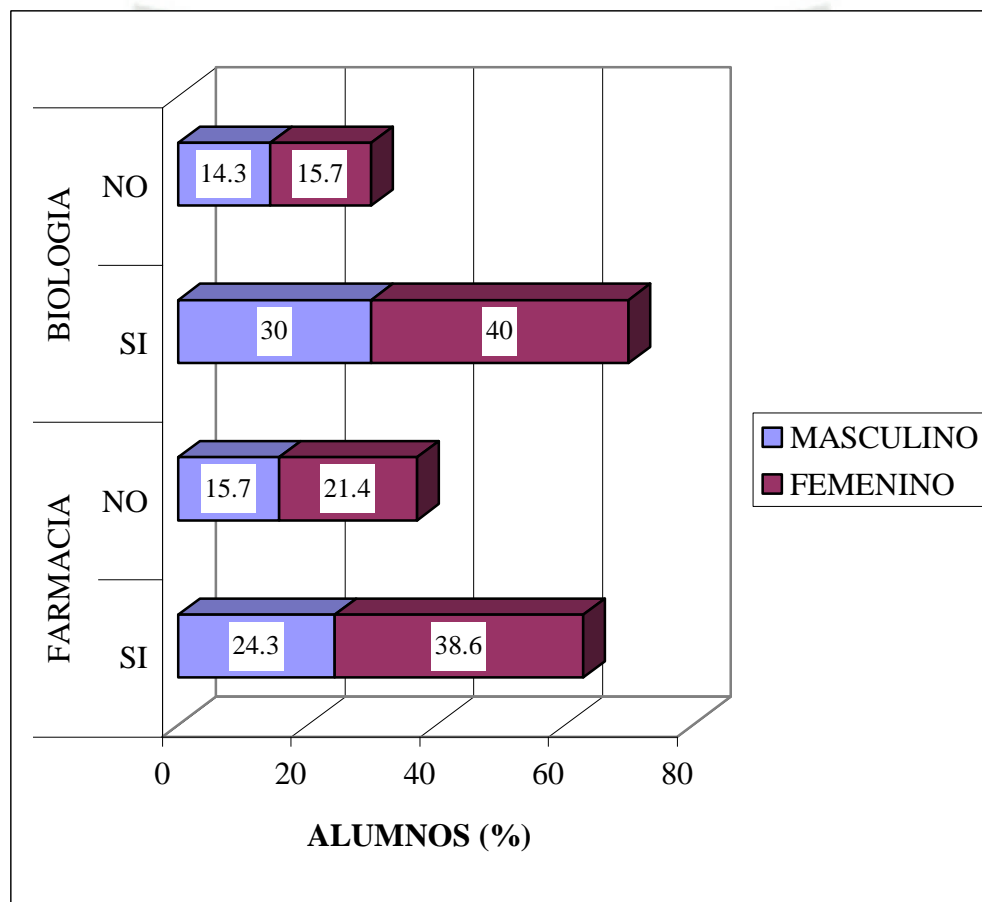
ESCUELA	FOBIA SOCIAL	SEXO				TOTAL		X ² .
		MASCULINO		FEMENINO		N	%	
		N	%	N	%			
FARMACIA	SI	17	24.3	27	38.6	44	62.9	0.092
	NO	11	15.7	15	21.4	26	37.1	
	TOTAL	28	40	42	60	70	100	
	O.R.	0.91		1.06				
BIOLOGIA	SI	21	30	28	40	49	70	0.135
	NO	10	14.3	11	15.7	21	30	
	TOTAL	31	44.3	39	55.7	70	100	
	O.R.	0.90		1.09				

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Figura 6 se muestra que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p > 0.05$) según el sexo en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que las alumnas matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un 6 % de riesgo de síntomas de fobia social mientras que las alumnas de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo de 9 %.

GRAFICO N° 6

**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN SEXO.**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE FISIOLÓGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL SEGÚN EDAD.

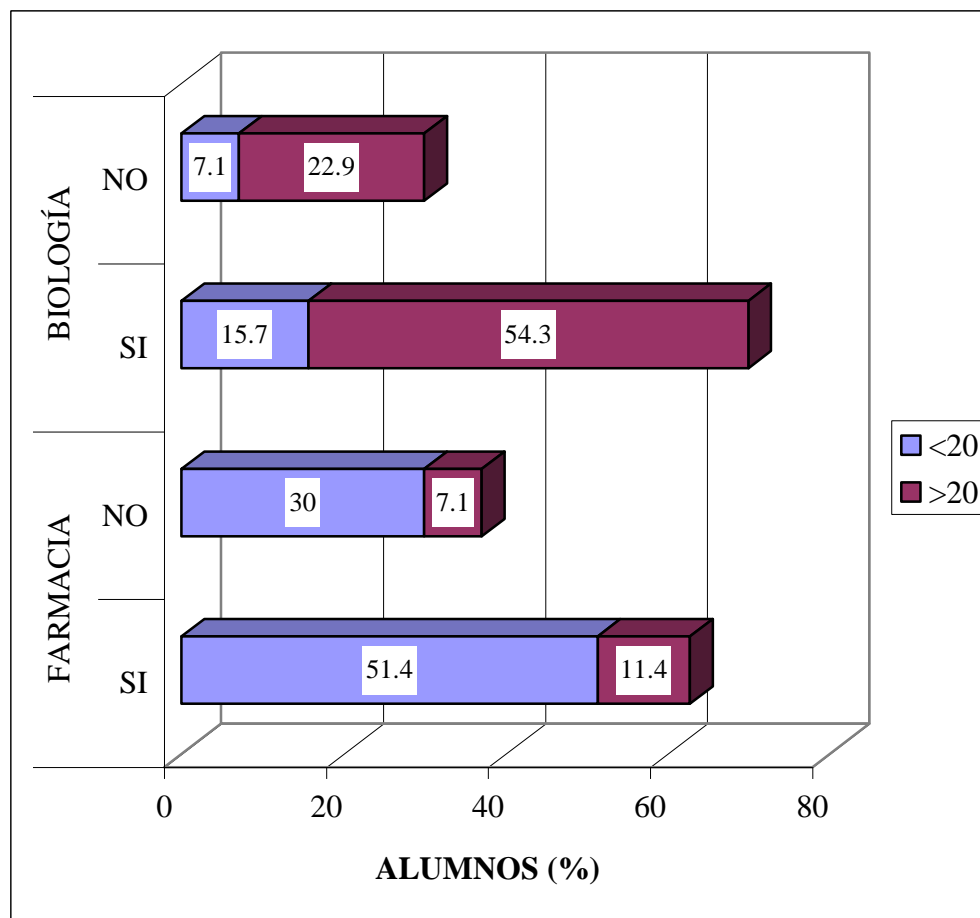
ESCUELA	FOBIA SOCIAL	EDAD (AÑOS)				TOTAL		X ² .
		<20		>21		N	%	
		N	%	N	%			
FARMACIA	SI	36	51.4	8	11.4	44	62.9	0.012
	NO	21	30	5	7.1	26	37.1	P>0.05
	TOTAL	57	81.4	13	18.6	70	100	
	O.R.	1.01		0.945				
BIOLOGÍA	SI	11	15.7	38	54.3	49	70	0.015
	NO	5	7.1	16	22.9	21	30	P>0.05
	TOTAL	16	22.9	54	77.1	70	100	
	O.R.	0.94		1.01				

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Figura 7 se muestra que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según la edad en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que las alumnos menores de 20 años matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 1 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos mayores de 20 años de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 1 %.

TABLA N° 7

**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN EDAD.**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE FISIOLÓGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL SEGÚN IMC (INDICE DE MASA CORPORAL)

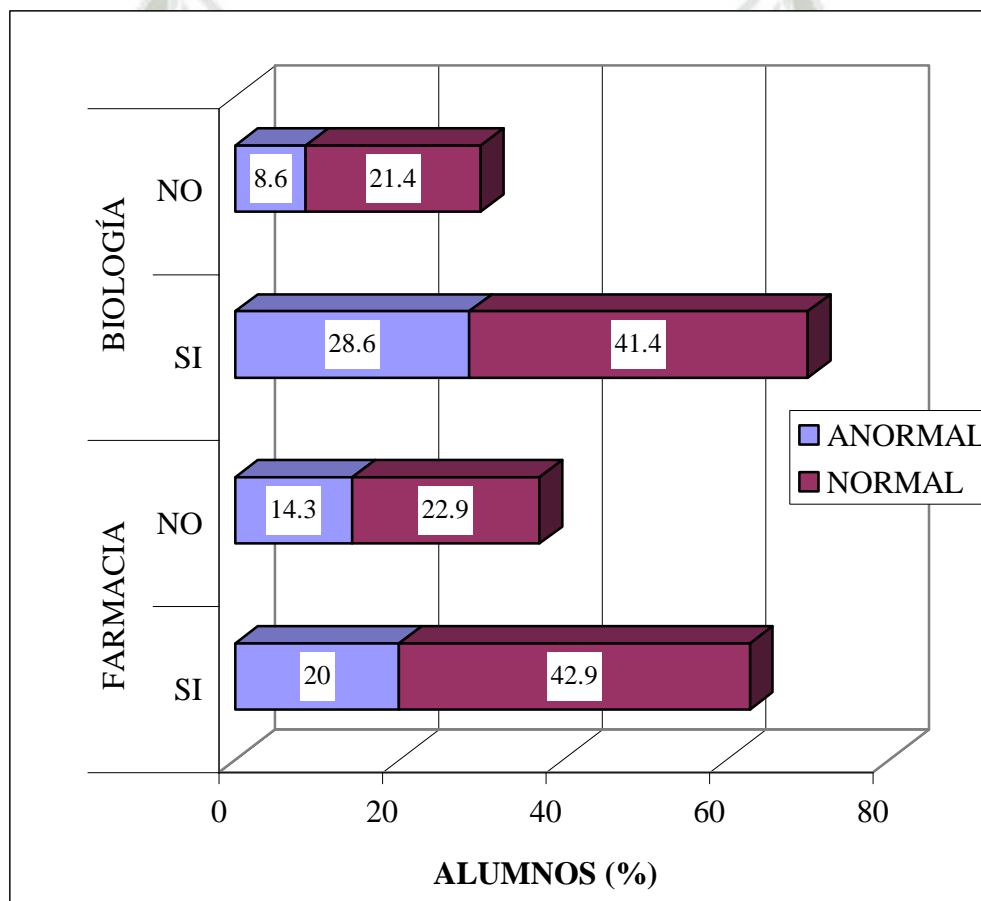
ESCUELA	FOBIA SOCIAL	IMC (AÑOS)				TOTAL		X ² .
		ANORMAL		NORMAL		N	%	
		N	%	N	%			
FARMACIA	SI	14	20	30	42.9	44	62.9	0.32 P>0.05
	NO	10	14.3	16	22.9	26	37.1	
	TOTAL	24	34.3	46	65.7	70	100	
	O.R.	0.827		1.10				
BIOLOGIA	SI	20	28.6	29	41.4	49	70	0.94 P>0.05
	NO	6	8.6	15	21.4	21	30	
	TOTAL	26	37.1	44	62.9	70	100	
	O.R.	1.42		0.82				

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Figura 8 se muestra que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según el Índice de Masa Corporal de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que las alumnos con IMC normal matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 10 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos con IMC anormal de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 42 %.

GRAFICO N° 8

**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN IMC (INDICE DE MASA CORPORAL)**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

TABLA N° 9

**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN NIVEL SOCIOECONOMICO (NSE)**

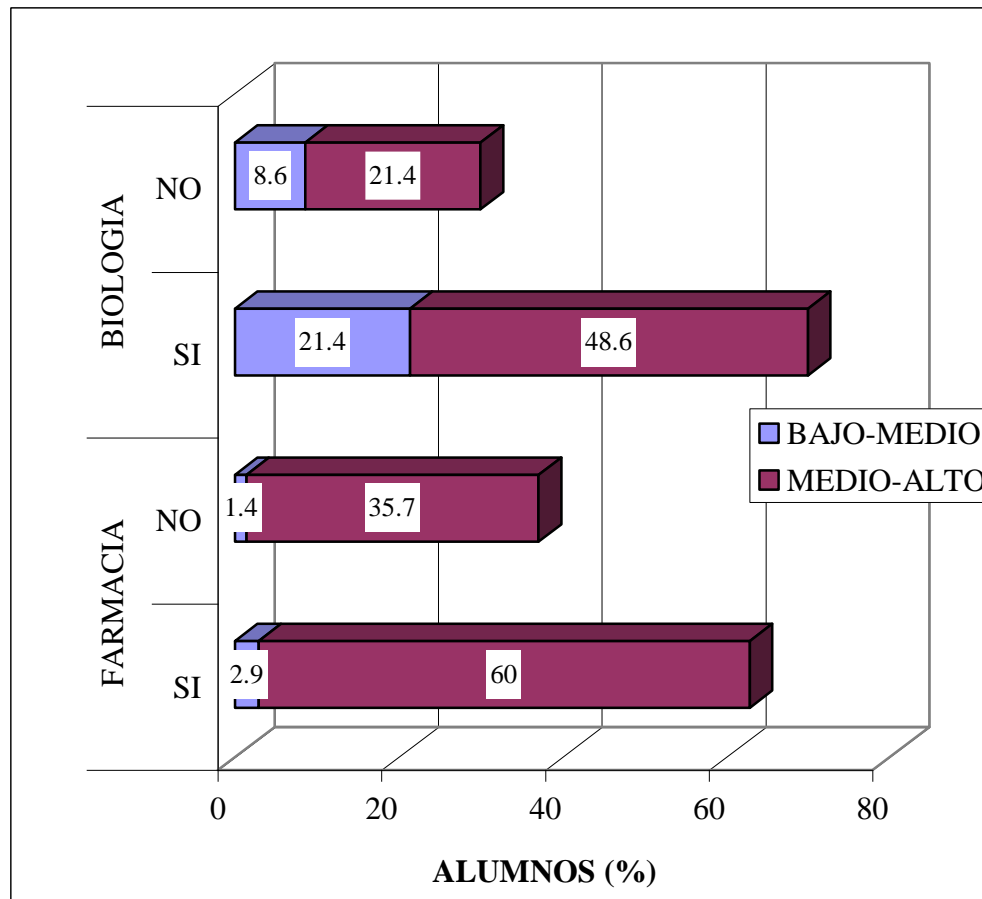
ESCUELA	FOBIA SOCIAL	NSE				TOTAL		X ² .
		BAJO		MEDIOALTO		N	%	
		N	%	N	%			
FARMACIA	SI	2	2.9	42	60	44	62.9	0.019 P>0.05
	NO	1	1.4	25	35.7	26	37.1	
	TOTAL	3	4.3	67	95.7	70	100	
	O.R.	1.18		0.99				
BIOLOGIA	SI	15	21.4	34	48.6	49	70	0.029 P>0.05
	NO	6	8.6	15	21.4	21	30	
	TOTAL	21	30	49	70	70	100	
	O.R.	1.07		0.97				

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Figura 9 se muestra que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según el nivel socioeconómico de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos con nivel socioeconómico bajo matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 18 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 7 %.

GRAFICO N° 9

**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN NIVEL SOCIOECONOMICO (NSE)**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

TABLA N° 10

**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN RELIGIÓN**

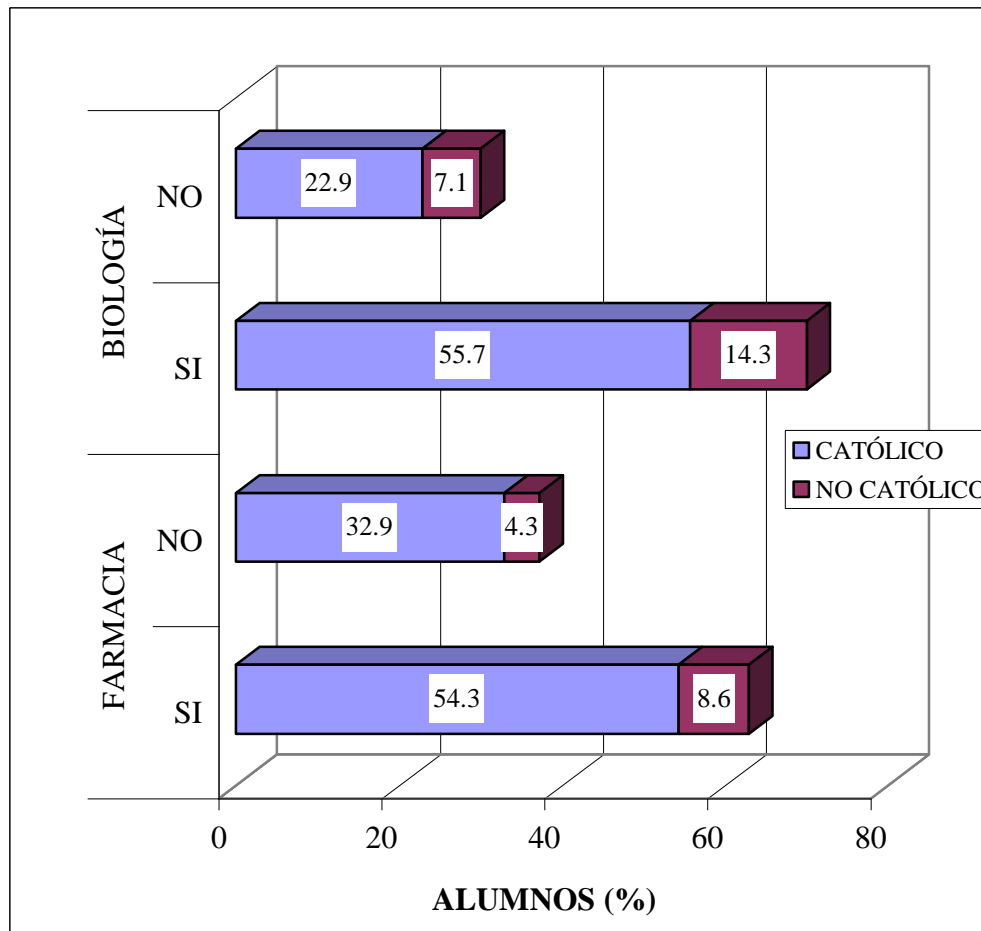
ESCUELA	FOBIA SOCIAL	RELIGIÓN				TOTAL		X ² .
		CATÓLICO		NO CATÓLICO		N	%	
		N	%	N	%			
FARMACIA	SI	38	54.3	6	8.6	44	62.9	0.064
	NO	23	32.9	3	4.3	26	37.1	P>0.05
	TOTAL	61	87.1	9	12.9	70	100	
	O.R.	0.97		1.18				
BIOLOGIA	SI	39	55.7	10	14.3	49	70	0.10
	NO	16	22.9	5	7.1	21	30	P>0.05
	TOTAL	55	78.6	15	21.4	70	100	
	O.R.	1.04		0.85				

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Figura 10 se muestra que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según la religión de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos no católicos matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 18 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos católicos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 4 %.

GRAFICO N° 10

**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN RELIGIÓN**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

TABLA N° 11

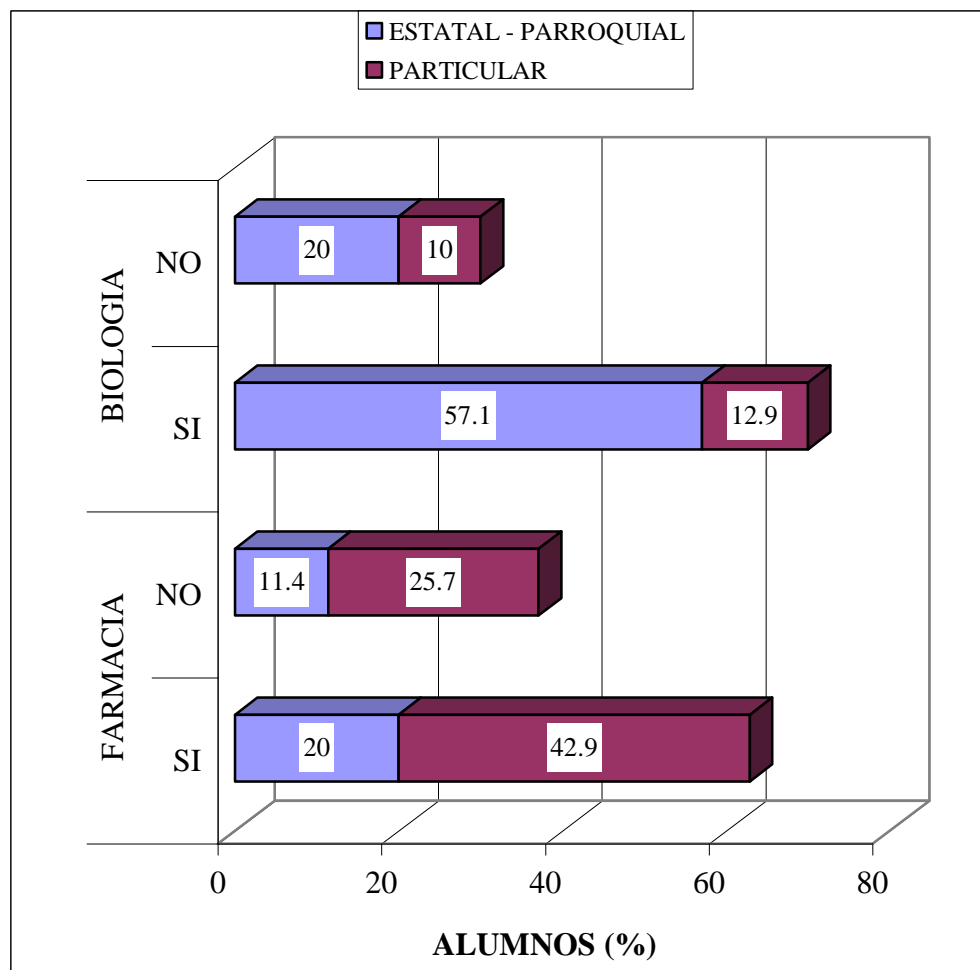
**DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN PROCEDENCIA DE COLEGIO**

ESCUELA	FOBIA SOCIAL	COLEGIO				TOTAL		X ² .
		ESTATAL - PARROQUIAL		PARTICULAR		N	%	
		N	%	N	%			
FARMACIA	SI	14	20	30	42.9	44	62.9	0.008
	NO	8	11.4	18	25.7	26	37.1	P>0.05
	TOTAL	22	31.4	48	68.6	70	100	
	O.R.	1.03		0.98				
BIOLOGIA	SI	40	57.1	9	12.9	49	70	1.86
	NO	14	20	7	10	21	30	P>0.05
	TOTAL	54	77.1	16	22.9	70	100	
	O.R.	1.22		0.55				

FUENTE: ELABORACION PROPIA

En la Tabla y Figura 11 se muestra que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según el colegio de procedencia de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos de procedencia de colegio estatal -parroquial matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 3 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 22 %.

TABLA N° 11
DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL CURSO DE
FISIOLOGÍA DE LA UCSM Y UNSA CON SÍNTOMAS DE FOBIA SOCIAL
SEGÚN PROCEDENCIA DE COLEGIO



FUENTE: ELABORACION PROPIA

5. EN CUANTO A LA DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.



Se evaluó la presencia de síntomas de fobia social en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de la UCSM y de la UNSA, de acuerdo al sexo, edad, nivel socioeconómico, religión, colegio de procedencia y rendimiento académico.

Se observó que no existe diferencia significativa en la prevalencia de los síntomas de fobia social ($p > 0.05$) en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Se encontró una prevalencia de 70 % de síntomas de fobia social en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM, y un 62.86 % de prevalencia en los alumnos de la Escuela de Biología de la UNSA. Estos niveles de fobia social son elevados respecto a la bibliografía revisada, en nuestro medio no existen trabajos similares para poder comparar. Degonda y Angst (1993)⁶ reportan en un estudio longitudinal prospectivo una prevalencia de 3.8 % de fobia social en estudiantes universitarios de la Universidad de Zurich. Hayward y col. (1998)¹¹ reportan una prevalencia de 22.3 % de fobia social en 2242 estudiantes universitarios de la universidad de Stanford. Wittchen y col (1999)³⁸ reporta una prevalencia de fobia social de 9.5 % en jóvenes adolescentes del Instituto de Psiquiatría del Instituto Max Plank. La fobia social es una condición común crónica y debilitante que origina invalidez social y con frecuencia puede producir menoscabo académico y suele asociarse con trastornos depresivos que influirían en el rendimiento académico de los alumnos postulantes a la universidad (Kaplan, 1998)¹⁶.

Se observó que existe diferencia altamente significativa en el rendimiento académico ($p < 0.01$) de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y

U.C.SM. Se encontró un mejor rendimiento académico de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM (47.1 %) y en los alumnos de la Escuela de Biología de la UNSA un 36.4 %.

Se observó que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de la Escuela de Biología de la UNSA presentan un 23 % de riesgo de presentar síntomas de fobia social comparada con los alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM.

Se observó que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según el sexo en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que las alumnas matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un 6 % de riesgo de síntomas de fobia social mientras que las alumnas de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 9 %. Esto se debería a que las mujeres están sometidas a una mayor presión social por lo que es constantemente observada. Estudios epidemiológicos reportan una mayor frecuencia de fobia social en mujeres (Téllez, 1998)³². Simonoff y col. (1997)²⁸ reporta que las mujeres son más susceptibles a tener fobia social (71 % vs 65 %). Wittchen y col. (1999)³⁸ reportan, en un estudio longitudinal prospectivo en 3021 adolescentes de ambos sexos y edades de 14 a 24 años en Munich, que las mujeres presentan mayor fobia social que los hombres (9.5 % vs 4.9 %). Turk y col. (1998)³⁵ reportan que las mujeres adolescentes de la Universidad de Philadelphia presentan mayor fobia social que los hombres

Se observó que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según la edad en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que las alumnos menores de 20 años matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 1 % de síntomas de fobia social mientras que las alumnos mayores de 20 años de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 1 %. Esto se debería probablemente este grupo esta en la adolescencia y enfrenta conflictos internos por cambios hormonales y conflictos externos como el reto de ingreso a la universidad. La OMS Kaplan (1998)¹⁶ señala que el cuadro clínico de la fobia social se inicia en la adolescencia. Wittchen y col. (1999)³⁸ reportan, en un estudio longitudinal prospectivo en 3021 adolescentes de ambos sexos y edades de 14 a 24 años en un Instituto de Psiquiatría en Munich, Alemania; que las mujeres presentan mayor fobia social que los hombres. Téllez (1999)³² señala que la fobia social se inicia en la infancia y se intensifica al llegar a la adolescencia, debido a que es la etapa del desarrollo donde el individuo soporta mayores estímulos y contacto social. Kaplan (1998)¹⁶ señala que la fobia social se manifiesta entre los 2 y 9 años de edad. Simonoff y col. (1997)²⁸ reporta que la fobia social se manifiesta a partir de los cuatro años hasta la adolescencia.

Se observó que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según el Índice de Masa Corporal de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que las alumnos con IMC normal matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 10 % de

síntomas de fobia social mientras que los alumnos con IMC anormal de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 42 %.

Se observó que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según el nivel socioeconómico de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos con nivel socioeconómico bajo matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 18 % de síntomas de fobia social mientras que los alumnos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 7 %. Esto se debería probablemente a que dichos niveles socioeconómicos presentan mayores limitaciones sociales debido a su entorno familiar. Wittchen y Beloch (1996)³⁷ reportan en individuos del Instituto Clínico de Munich que la frecuencia de fobia social se manifiesta más en los individuos de estrato socioeconómico bajo.

Se observó que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según la religión de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos no católicos matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 18 % de síntomas de fobia social mientras que los alumnos católicos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 4 %. No existen reportes bibliográficos al respecto con los cuales comparar nuestros resultados.

Se observó que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según el colegio de procedencia de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que

los alumnos de procedencia de colegio estatal -parroquial matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 3 % de síntomas de fobia social mientras que los alumnos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 22 %. Esto se debería probablemente a que estos alumnos provienen de un nivel socioeconómico bajo y poca estimulación educativa. No existen reportes bibliográficos al respecto con los cuales comparar nuestros resultados.

Se observó que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según régimen de estudios de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos de régimen irregular matriculados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 11 % de síntomas de fobia social mientras que los alumnos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 5 %.

Se observó que no existe diferencia significativa en los síntomas de fobia social ($p>0.05$) según el rendimiento académico de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de U.N.S.A y U.C.SM. Al aplicar la prueba de Odds ratio se encontró que los alumnos desaprobados en el curso de Fisiología del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM presentaron un riesgo del 77 % de síntomas de fobia social mientras que los alumnos de la Escuela de Biología de la U.N.S.A. presentaron un riesgo del 13 %. Estos resultados se corroboran con lo reportado por Hidalgo y col (2004)¹². Quienes reportan que la ansiedad social resulta perjudicial para el funcionamiento social como académico de los estudiantes.



CONCLUSIONES

PRIMERA. No se encontró diferencia significativa en la prevalencia de síntomas de fobia social en los matriculados en el curso de Fisiología de alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM, los de la Escuela de Biología de la UNSA ($p > 0.05$).

SEGUNDA Se encontró un mayor rendimiento académico en los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM (47.1 %) que los de la Escuela de Biología de la UNSA ($p < 0.01$).

TERCERA Se encontró que no existe asociación significativa entre la prevalencia de los síntomas de fobia social y el rendimiento académico de los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de la Escuela de Biología de la UNSA y alumnos del Programa de Farmacia y Bioquímica de la UCSM.

CUARTA Se encontró que los alumnos del sexo femenino, los menores de 20 años, con alteración en el IMC, nivel socioeconómico bajo, no católicos, de procedencia colegio estatal presentaron mayor riesgo de fobia social.

Se acepta H1: A menor rendimiento académico mayor prevalencia de síntomas de fobia social.

Se aprobo H1: Las alumnas matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) tienen mayor riesgo de sintomatología de fobia social que los varones.

Se aprobo H1: Los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) menores de 20 años tienen mayor riesgo de sintomatología de fobia social.

Se aprobo H1: Los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) con sobrepeso o bajo peso ponderal tienen mayor riesgo de sintomatología de fobia social.

Se aprobo H1: Los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) de procedencia de colegio estatal - parroquial tienen mayor riesgo de sintomatología de fobia social.

Se aprobo H1: Los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) de religión católica tienen mayor riesgo de sintomatología de fobia social.

Se aprobo H1: Los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) de nivel socioeconómico bajo tienen mayor riesgo de sintomatología de fobia social.



RECOMENDACIONES

1. Crear programas de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación sobre fobia social que comprometa a alumnos y familiares.
2. Incentivar la búsqueda y detección en forma oportuna de fobia social a nivel de universidades, para la rehabilitación correspondiente
3. Se deben efectuar acciones preventivas a nivel de instituciones de promoción social, educativas y de salud, buscando disminuir y erradicar la fobia social promoviendo la participación activa de profesores y todos los profesionales involucrados en el área de salud mental.
4. Estimular a los alumnos universitarios a hablar en público asistir a reuniones sociales, asistir a clases, dar exposiciones, acudir a espectáculos públicos, mirar directamente a los ojos.

PROGRAMA DE DIAGNOSTICO, ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN DE FOBIA SOCIAL EN ALUMNOS.

I. DATOS DEL PROGRAMA

Título “Diagnóstico, asistencia y rehabilitación de fobia social en estudiantes universitarios”

Localización: UCSM Arequipa

Duración del programa: 2 meses.

II. DIAGNOSTICO

Los estudiantes que acuden a la UCSM son de una condición socioeconómica media, de la UNSA de una condición media a baja que su mayoría son de religión católica, mayormente en una edad de desarrollo de adolescencia avanzada.

Dado que la UCSM alberga 10000 y la UNSA 20000 estudiantes en edad juvenil y, los alumnos invierten alrededor de 5 a 6 horas en la universidad, están en contacto continuo con sus profesores por lo que, están recibiendo su asociación: desde sus comentarios, sus actitudes, bromas, comunicación verbal como no verbal, opiniones, trato, fobias, etc.

Si los profesores, tienen un trato discriminatorio con aquellas personas que son diferentes (raza, color, socioeconómico, fobia social), están mostrando un modelo de relación con las diferencias o, si no se interviene cuando es el alumno quien hace las diferencias entonces, están aceptando que esa forma de relacionarse es adecuada i/o saludable.

Programas como este, no vienen siendo trabajados en nuestras universidades por razones diversas: ideología, poder influyente, relaciones de poder, ejercicio de autoridad, valores, el temor de hablar en público, fobias inespecíficas, etc.

III JUSTIFICACION

La fobia social, es un desorden prevalente y de curso crónico si no es tratada oportunamente constituye un temor intenso a una o más situaciones sociales en la que el paciente se expone ante personas no familiares y a la eventual observación o evaluación por parte de estas. Teme hacer el ridículo, poner en evidencia síntomas de ansiedad (temblor, sonrojo, náuseas) o actuar de una manera que pueda resultar vergonzante o humillante pudiendo deteriorar el funcionamiento tanto familiar como el ocupacional.

Según el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Disorders; Four Edition) a la fobia social se la describe como un miedo intenso, irracional y persistente ante situaciones de relación interpersonal, donde el individuo se siente sometido al escrutinio de los demás provocando ante determinadas situaciones una reacción ansiosa inmediata, desde una aprehensión difusa a pánico situacional.

Por lo que propone el siguiente programa. Se trabajará en tres ejes que deben articularse en función de los objetivos.

El primer eje trabajará los valores de tolerancia, respeto, equidad y comprensión para la fobia social

El segundo eje, fomentar espacios de reflexión en el que los estudiantes puedan cuestionar, conversar.

El tercer eje, el entrenamiento en resolución de conflictos ya que muchas veces la personas diferentes son tratadas en forma diferencial o sufrir marginación.

Si se articula los tres ejes, se contribuirá no solo a un mejor desarrollo discente sino también, al tema de la formación humana tanto para los estudiantes como para los docentes, quienes están en un constante aprender y reaprender, en proceso de reflexión ante los cambios actuales.

IV OBJETIVOS

1. Brindar información de diversas formas de fobia social en los estudiantes
2. Fomentar espacios de reflexión de la fobia social, respecto a la tolerancia, el respeto y equidad.
3. Promocionar la asistencia y rehabilitación de fobia social de los estudiantes.

V..POBLACIÓN BENEFICIARIA

Directa:

Líderes estudiantes seleccionados por aula

Profesores tutores

Indirecta:

Los estudiantes de la UCSM (10000) UNSA (20000)

Los profesores de la universidad.

VI.. LINEAS DE ACCION PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Acciones:

Cursos de capacitación

Talleres vivenciales

Entrenamiento de profesores en la solución de conflictos y prevención de la fobia social

Entrenamiento de los líderes estudiantiles en la solución de conflictos y prevención de fobia social.

Programas de mediación para resolver la fobia social estudiantil.

Entrenamiento de los profesores sobre la fobia social

Entrenamiento de los líderes estudiantiles sobre fobia social

Espacios de reflexión

VII SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Monitoreo:

Soporte al equipo de líderes y tutores en la ejecución de las actividades para facilitar el análisis y la retroalimentación

Apoyo técnico

Examen continuo de la ejecución de las actividades.

Recolección de información para el ordenamiento y análisis que permita la toma de decisiones.

Evaluación:

Algunas actividades requieran de evaluación de inicio y final.

Evaluación de procesos

Evaluación de impacto a los seis meses de terminada la experiencia.

VIII. RECURSOS ADQUIRIDOS

Humanos:

Henry Díaz Murillo

Docentes

Alumnos previo adiestramiento

Materiales:

Instrumentos de evaluación: Cuestionarios de las entrevistas.

Computadora

Proyector multimedia

Presupuesto

2000 nuevos soles.



TALLERES

El equipo de facilitadores de resolución de fobia social, tendrán que conducir talleres tanto para los profesores tutores como para los líderes estudiantiles elegidos por sus propios compañeros de aula.

El taller debería centrarse respecto a:

Formas que se presentan en la fobia social (diagnóstico)

Forma de manejar o resolver los conflictos en fobia social (asistencia y rehabilitación)

Estos talleres tendrán información, experiencias para la reflexión y estimular la comunicación social. Entonces se combinará.

Lo informativo educativo de la capacitación

Experiencia y vivencias

Los espacios de reflexión

Los temas a tratarse:

- Concepto de diagnóstico psicopedagógico
- Diagnóstico de factores de riesgo predisponentes de los problemas de fobia social
- Dimensión Bioneuropsicológica de la fobia social
- Dimensión Psicológica de la fobia social
- Factores cognitivos de la fobia social
- Factores emocionales de la fobia social
- Factores de personalidad de la fobia social
- Factores psicoevolutivos de la fobia social
- Dimensión Socioambiental de la fobia social
- Factores de clima social
- Inadaptación social
- Dimensión Pedagógica

- Factores relacionados con los hábitos y las estrategias de aprendizaje en la fobia social.



TALLER: DIAGNOSTICO, ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN DE FOBIA SOCIAL EN ALUMNOS. UNIVERSITARIOS

La intervención de diagnóstico, asistencia y rehabilitación en grupo se realizará durante ocho sesiones y una duración total de 16 horas, con una periodicidad de una vez por semana. El tratamiento se estructura en dos grandes fases:

Fase educativa (2 horas)

Inicialmente, en esta fase se les proporcionará información sobre la naturaleza del problema que presentaban, el procedimiento terapéutico a seguir y su fundamento teórico.

En esta fase introductoria se resaltaré el papel central de la ansiedad, subrayando la importancia de los factores cognitivos en la activación emocional, informándoles de la posibilidad de reconocer ciertos pensamientos que anteceden, acompañan y siguen a la conducta problema y de la posibilidad de reconocer, analizar y controlar dichas cogniciones para poder ayudar a controlar la conducta a modificar. De igual forma se hará hincapié en la comprensión del papel de la conducta de evitación, y que sólo aprendiendo ciertas habilidades para poder hacerle frente al miedo, lo que permitirá exposiciones cada vez mas prolongadas, éste irá desapareciendo gradualmente.

Una función importante en esta fase es la de alcanzar un nivel elevado de motivación en los estudiantes, ya que el paso a la exposición supone que el propio estudiante ha de enfrentarse él mismo a la situación temida aunque sea de forma gradual.

Asimismo se les enseñará a aprender a reconocer ciertas situaciones como inicio de una cadena de pensamientos y cómo éstos contribuyen a aumentar la ansiedad. Los sujetos aprenderá entonces que el miedo no se experimenta sólo al enfrentarse a la situación temida, sino desde el mismo momento en que la situación es anticipada, por lo que es muy importante conocer esta cadena de pensamientos. Se les instruirá en el modelo ABC de Ellis, de forma que comprenderan que las consecuencias(C) como la ansiedad no vienen inexcusamente de la situación, sino de los propios pensamientos negativos, que son los que nos hacen sentirnos preparados negativamente ante la situación. En conclusión, se instruirá a los estudiantes para que, en el contexto de la autoobservación, primero reconozcan la situación problema; segundo reconozcan sus pensamientos; tercero, modifiquen sus autoverbalizaciones; cuarto, se relajen y quinto, se autorrefuercen. De estos puntos, en la fase educativa se tratarán los dos primeros, los tres restantes se tratarán a lo largo del tratamiento.

Al término de la sesión se les entregará un autorregistro de situaciones diarias donde se les pedirá que observen y anoten durante una semana todas aquellas situaciones en las que sintieran ansiedad o interfiriera en su vida. En el autorregistro debían especificar la situación, pensamientos acaecidos en la situación, número de personas, día, hora, la importancia subjetiva (0-10), si lo hizo o no (evitación física), si se implicó o no (evitación cognitiva) y la intensidad del miedo (0-10).

Fase de aplicación

La estructura de las sesiones será las siguientes: recepción del autotregistro y discusión en público de las ideas o pensamientos negativos que aparecen en las situaciones problema mediante el método analítico. A continuación, en segundo lugar los estudiantes expondrán las situaciones temidas y tendran que realizar

ejercicios de hablar en público. Tercero, concertar las tareas para casa.

Las técnicas ha utilizar: exposición gradual, discusión de pensamientos, entrenamiento en respiración (ER), -entrenamiento autoinstruccional (EA) y biblioterapia.

Sesión primera (2horas y media)

- a) Se revisan en grupo los autorregistros, poniéndose en comun los pensamientos registrados, ésto permite a los sujetos comprobar que muchas de sus cogniciones eran compartidas . Se aprende a evaluar la validez, utilidad de los pensamientos y el grado de creencia en ellos, discutiéndolos según el método socrático, con el objetivo de sustituir el pensamiento original por otro más adaptativo.
- b) Después de reafirmar la importancia de los repasar propios pensamientos se les proporcionará una lista de autoinstrucciones que deberán poner en práctica en 4 fases: (1) preparándose para la situación, (2) haciéndole frente, (3) haciendo frente a momentos críticos de intenso miedo o bloqueo, y (4) reflexión de cómo se ha resuelto la situación.
- c) Tras unos minutos de afianzamiento de las autoinstrucciones se procederá a la realización de una prueba conductual con el objetivo de conocer la habilidad de los estudiantes a la hora de enfrentarse a las situaciones problema y determinar de una forma más directa si poseían en su habilidades necesarias para hacer frente a los problemas específicos.
- d) Por último se pedirá a los estudiantes que realicen tareas para casa consistentes en ejercicios de respiración mínimo de 15 minutos diarios, repasar las autoinstrucciones entregadas, con el fin de que los pensamientos allí presentados se conviertan en habituales

Sesión segunda (2 horas)

- a) Se revisarán los autorregistros, y al estar evaluando los pensamientos acaecidos durante las situaciones estresantes o ansiógenas, se comprueba cómo todos los estudiantes coinciden en su baja autoestima, demandando ayuda. Comprobada la importancia de sus pensamientos y distorsiones, esta sesión se dedicará enteramente a abordar este tipo de pensamientos.
- b) Sobre los ejercicios de respiración, todos lo harán, excepto dos que lo olvidaron un sólo día.
- c) Tareas para casa: -continuar practicando los ejercicios respiratorios; -preparar dos temas a exponer: uno de 30 y el otro de 60 segundos, permitiéndoseles tener un esquema a mano.

Sesión tercera (2h y media)

- a) La primera media hora se dedicará a los autorregistros y a detectar los pensamientos acontecidos en cada situación, para posteriormente trabajarlos en grupo.
- b) A fin de que las autoinstrucciones fueran lo mas personales posibles, se hara una lista de pensamientos negativos, y al lado de cada uno de ellos, esos pensamientos transformados en positivos. Estos pensamientos fueron entonces añadidos en cada una de las etapas de las autoinstrucciones con el fin de confeccionar sus propias listas de pensamientos que les resulten creíbles y les sean útiles para afrontar las situaciones de hablar en público
- c) Se les dejará diez minutos para afianzar las frases y después se procederá a la exposición. La estructura de la exposición sera la siguiente:

- Exposición estudiante por estudiante del tema previamente pactado, con la posibilidad de tener un esquema a mano. La distancia entre el ponente y los oyentes era de aproximadamente un metro.
 - Antes de la exposición, el estudiante ponente deberá anotar el nivel inicial de ansiedad (0-10) en el autorregistro de hablar en público. Al terminar la exposición deberá rellenar los siguientes puntos: calificaciones de los aspectos conductuales y mejoras subjetivas a lograr; técnicas de relajación y en qué medida se aplicaron adecuadamente (0-10); pensamientos internos y grado de creencia en ellos (0-10) y nivel posterior de ansiedad (0-10).
 - Los estudiantes oyentes deberán calificar los aspectos conductuales: miradas, gestos, volumen, etc, y posteriormente se comparan las puntuaciones obtenidas del ponente con las de los oyentes. Se observaran si estas puntuaciones eran sistemáticamente superiores a las que daba el ponente, dando entonces "feedback" positivo de forma que éste viera cómo siempre los demás te ven mejor de lo que él mismo piensa, rompiendo así las expectativas por ellos mismos creados.
- d) Biblioterapia: al final de la sesión se recomendará la lectura de un capítulo del libro "Tus zonas erróneas" (Dyer, 1978) para mejorar la autoestima.
- e) Tareas para casa:
- entrenamiento en respiración: quince minutos diarios;
 - revisar las autoinstrucciones y las frases o pensamientos insertados en ellos con el fin de su asimilación.;
 - preparar para la siguiente sesión un tema de 3 minutos, esta vez con sólo dos notas;
 - se les reafirmará en la importancia de completar el autorregistro de situaciones diarias.

Sesión cuarta (2h. y media)

- b) Tras la lectura del libro recomendado en la sesión anterior, hubo una puesta en común. Como resultado, hubo un consenso a la hora de verse reflejadas todas ellas en el texto, estando de acuerdo con lo planteado en él, así como la fácil lectura de éste, y demandaron mas ayuda en este sentido. De hecho su motivación aumentó en gran medida a raíz de la lectura de dicho libro.
- c) Realización de ejercicios de respiración y comprobación de que las autoinstrucciones se encontraban asentadas.
- d) Exposición, siendo esta práctica igual a la de la sesión anterior, con la excepción de que el auditorio se encontraba a mayor distancia, aproximadamente 5 metros. Como resultado de la exposición, y en el marco del *feedback* comentaron que ellas se veían dispuestas y preparadas para hablar ante un público desconocido, cosa que como dijeron, si se hubiera planteado al comenzar el tratamiento, no hubieran vuelto a venir.
- e) Tareas para casa: preparar un tema de 5 minutos para exponer sin notas y continuar los ejercicios de respiración

Sesión quinta (3 horas)

- a) La primera hora se dedicará a un entrenamiento en respiración y autoinstrucciones, así como discutir un pensamiento que había quedado apuntado en la pasada sesión.
- b) La exposición se realizará de igual forma que en sesiones anteriores, con dos diferencias. Primero la diferencia de capacidad , siendo un aula con un aforo de unas 150 personas y con distribución semicircular, donde quien exponía se colocaba en la mesa del profesor y los demás repartidos en el aula. Segundo aparte

de la diferencia de aula, esta vez habrán dos personas desconocidas, las cuales además iban a calificar el autorregistro de hablar en público, o sea, iban a evaluarlas.



MODELO ABC DE ELLIS

Ellis (1989) clasifica las principales técnicas de la teoría de cambio terapéutico (RET) en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

A- TÉCNICAS COGNITIVAS:

- 1- Detección: Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.
- 2- Refutación: Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para mantener que?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.
- 3- Discriminación: El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
- 4- Tareas cognitivas para casa: Se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación, Cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de RET y biblioterapia RET.
- 5- Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta ("p.e en vez de decir No puedo, decir, Todavía no pude..")
- 6- Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.
- 7- Técnicas de imaginación: Se utilizan, sobretudo, tres modalidades:

(1) La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

(2) La proyección en el tiempo: el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.

(3) Hipnosis: Técnicas hipnosuggestivas en conjunción con frases racionales.

B- TÉCNICAS EMOTIVAS:

1- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.

2- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.

3- Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.

4- Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc... para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

5- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

6- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería")

7- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).

8- Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.

9- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

C-TÉCNICAS CONDUCTUALES:

1- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.

2- Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.

3- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.

4- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.

5- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad

BIBLIOGRAFIA





UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA
ESCUELA DE POSTGRADO
PROGRAMA MAESTRIA EN EDUCACIÓN SUPERIOR



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**ASOCIACIÓN DE FOBIA SOCIAL EN EL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS ALUMNOS DEL CURSO DE FISIOLÓGÍA DE LA U.N.S.A. Y
U.C.S.M. AREQUIPA 2001.**

PRESENTADO POR:

HENRY JUAN DIAZ MURILLO

PARA OPTAR EL GRADOS DE MAGISTER EN EDUCACION SUPERIOR

AREQUIPA-PERU

2005

I. PREAMBULO

Entre los problemas sociales que merecen la atención de educadores y psicólogos es la fobia social. Desde los grados preescolares hasta la educación universitaria, un individuo está sometido a múltiples estímulos de interacción personal que pueden originar invalidez social y laboral que afectan gravemente el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La fobia social es una enfermedad que se caracteriza por un miedo persistente ante determinadas situaciones sociales. Se trata además de uno de los trastornos mentales más frecuentes y su periodo de comienzo se sitúa en la adolescencia. Esta patología, que afecta al 3 por ciento de la población mundial, aparece, en el 95 por ciento de los casos, antes de los 25 años de edad.

Su reciente descripción la convierte en "una gran desconocida y sus perspectivas pronosticas y terapéuticas siguen siendo insuficientemente conocidas", ha señalado Salvador Cervera Enguix, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Navarra. Según el experto, el factor predisponente más importante es la inhibición social, "aspecto que en la mayoría de los casos tiende a confundirse con timidez".

Frente a esta situación es que pretendemos investigar la asociación de la fobia social sobre el rendimiento académico en los alumnos que cursan Fisiología en una Universidad Nacional (Universidad Nacional de San Agustín) y Particular (Universidad Católica Santa María).

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Asociación de fobia social con en el rendimiento académico de los alumnos del curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) 2001

1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

1.2.1 AREA DE CONOCIMIENTO

El problema de investigación se ubica en el área de la educación, Especialidad de Psicología

1.2.2. ANALISIS DE LAS VARIABLES.

a) *VARIABLE DEPENDIENTE*

NIVELES DE RENDIMIENTO ACADEMICO: Notas en el curso de Fisiología. Escala Vigesimal (0 a 20 puntos)

ITM < 10

TMI 11 - 12

TM 13 -14

TMS 15 - 16

STM > 17

b) VARIABLE INDEPENDIENTE:

NIVELES DE FOBIA SOCIAL ESCALA DE SMITH Y WILSON

NINGUNO

LEVE

MODERADO

SEVERO

EXTREMO

c) VARIABLES INTERVINIENTES

SEXO: MASCULINO FEMENINO

EDAD: <18 19-20 >21 AÑOS

COLEGIO DE PROCEDENCIA: ESTATAL PARROQUIAL

PARTICULAR

RELIGIÓN: CATOLICO NO CATOLICO

INDICE DE MASA CORPORAL (NUTRICIONAL):

DE RIESGO; NORMALES; OBESOS

LEVES; OBESOS MODERADOS;

OBESOS MORBIDOS

1.2.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El trabajo de investigación planteado, según el problema considerado, se trata de un tipo de investigación descriptiva relacionante.

1.2.4. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

Considerando que el nivel de la investigación científica alude en mayor o menor grado de amplitud, profundidad y exactitud, como se plantean y resuelven los problemas científicos en un campo específico dado; la investigación será descriptiva, y relacionante

1.3. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.

La globalización ha destruido totalmente algunos valores de los adolescentes, quienes están estresados, posiblemente, con algunos síntomas de fobia social; por el problema de no tener una identidad propia, al no tener apoyo de los padres, a que precozmente salen del colegio y no tiene un gran incentivo y cada vez se pierde la unión familiar.

La fobia social es una enfermedad que en la actualidad afecta a una gran proporción de la población, por lo que es necesario su estudio. Revisada la bibliografía, no existen otros trabajos que señalen prevalencia de fobia social en alumnos universitarios en nuestro medio; con los resultados obtenidos se intentará demostrar la alta prevalencia de síntomas de fobia social en adolescentes.

Existen algunos reportes de un menor rendimiento académico en estudiantes que tienen sintomatología de fobia social. Por lo anteriormente señalado nos proponemos a realizar el presente en el presente trabajo de investigación con el fin de diagnosticar en dos poblaciones de jóvenes adolescentes de ambos sexos la prevalencia de fobia social y su asociación con el nivel del rendimiento académico.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

2.1.1 CONCEPTO DE EVALUACIÓN

El término "evaluar" se puede considerar como sinónimo de valorar. para Lemus, Luis; la evaluación: "es el proceso de juzgar el valor o la cantidad de algo por medio de una cuidadosa medida; las actividades gracias a las cuales, el maestro o cualquier persona, trata de medir el proceso del aprendizaje o de una situación ocasional determinada" Lemus (1974)¹⁹.

Para Lafourcade, Pedro; la evaluación: "es la actitud crítica de una de las conductas que una comunidad democrática tiende a desarrollar, fortalecer a sus miembros; teniendo como misión esclarecer los objetivos que proporcionan la capacidad para valorar un objeto, una idea, un punto de vista o una conducta" Lafourcade (1975)¹⁸.

El proceso de la "evaluación como apreciación científica de la capacidad de la preparación del estudiante debe ir acompañada de principios psico-pedagógicos que tiene en cuenta al educando, expresados en resultados estadísticos". Struch (1982)³⁰.

2.1.2 RENDIMIENTO ACADÉMICO

Etimológicamente viene del latín "reddere" que significa restituir, pagar. Para Merani L.A (1969)²⁰: "Es la relación entre lo obtenido y el esfuerzo empleado para obtenerlo".

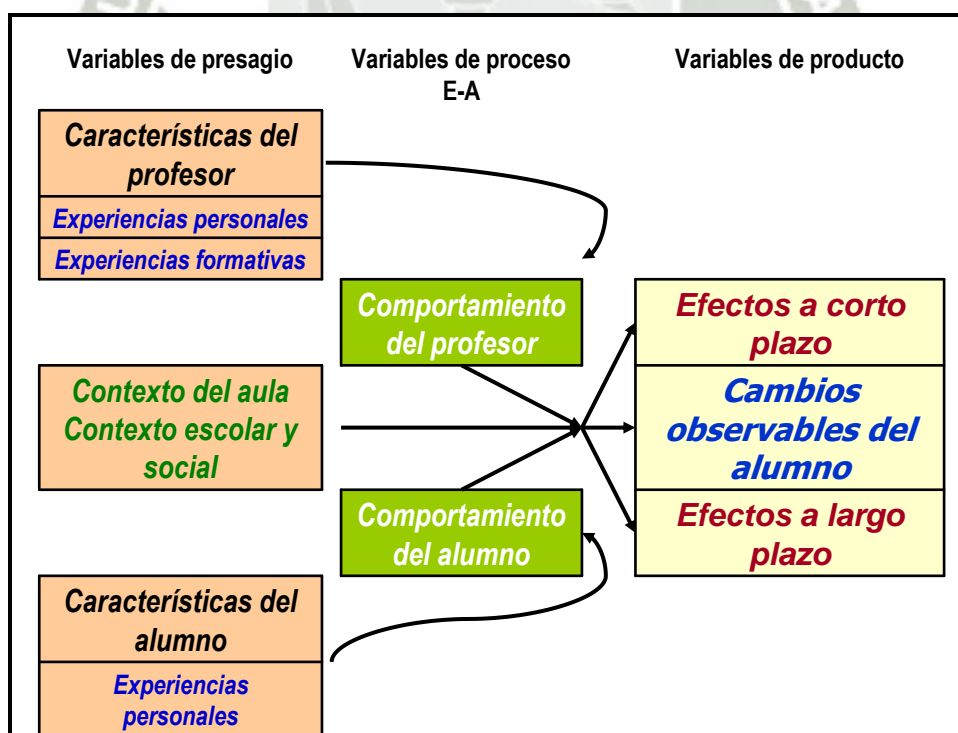
Según Paredes, Peri y col (1976)²³, el rendimiento: "Es el resultado que presentan los estudiantes al terminar o finalizar su período de estudios, ya sea semestral o final, y es únicamente a través de sus notas que se puede tener un

concepto de cada uno, si ha aprendido o no los conocimientos que se les ha impartido".

Según los dos autores anteriormente mencionados, diremos que, coinciden en afirmar, que es un resultado o más bien la verificación de su esfuerzo, obteniéndose ello a través de sus notas, que vendría a ser el baremo de lo aprendido por parte del estudiante.

El rendimiento se refiere al nivel, en el cual una persona opera en el momento presente, cuyo resultado es medido mediante el uso adecuado de pruebas, aquí juega un papel importante el examinador, ya que es una persona indicada para medir el grado de eficiencia actual del estudiante y verificar en que medida es satisfactoria o negativa.

FIG. 1 PROCESO RENDIMIENTO APRENDIZAJE



ELABORACIÓN PROPIA

2.1.3 EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO

Es un programa positivo de la evaluación del rendimiento, deberá estar basado primeramente en el conocimiento y comprensión de las necesidades, hábitos e intereses de los estudiantes, de los métodos, o formas de adquisición de aprendizajes y el estudio de los factores determinantes del comportamiento humano o más específicamente del estudiante.

De ahí que, para una justa evaluación del rendimiento, es menester considerar al estudiante como un todo, como una unidad psicofisiológica, que tiene problemas propios que enfrentar y resolver; afronta labores de aprendizaje que varían relativamente con su status económico-social y cultural, lógicamente sin dejar de lado las etapas de su desarrollo biológico.

En la evaluación del rendimiento debe considerarse lo siguiente:

- a) Los procesos logrados en la adquisición de conocimientos de principios básicos acerca de la vida del individuo.
- b) El uso que éste hace o puede hacer de los conocimientos adquiridos en la vida del estudiante.

2.1.4 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

La evaluación es parte integrante de la educación y debe basarse en los objetivos del maestro, para que tenga validez. los objetivos enfocan su atención en cómo debe desempeñarse el alumno y recomiendan cómo medir ese desempeño. Los criterios de éxito incluidos en cada objetivo hacen que resulte más fácil formarse juicios de valores sobre el desempeño de los estudiantes y, por ende asignarles calificaciones.

Los objetivos conductuales proporcionan una base para decidir qué medir y como debe medirse. Tales objetivos enfocan la atención en cómo deben comportarse los estudiantes después de la instrucción. Las pruebas miden la cantidad del cambio sufrido por el alumno.

Un objetivo bien escrito debe ser suficientemente específico para sugerir un medio destinado a medir las realizaciones Sund y Picard (1976)³¹.

2.1.5. EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE COGNOSCITIVO.

La evaluación del aprendizaje es la acción de comprobar o verificar los cambios que se han producido en los estudiantes como resultado del proceso educativo, en función de los objetivos establecidos previamente, que hacen las veces de parámetros de comparación.

2.1.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Las principales técnicas e instrumentos de evaluación son las siguientes:

a. OBSERVACIÓN.

Es una técnica a través de la cual el docente obtiene información relacionada con las habilidades cognoscitivas, afectivas y psicomotoras y todo cambio gradual que se produzca en el educando ante un estímulo previsto por el docente, en relación a un objetivo que se desea evaluar Alva (1993)¹.

La observación puede ser:

INVESTIGATIVA: cuando el docente no dispone de la referencia de conducta en observación.

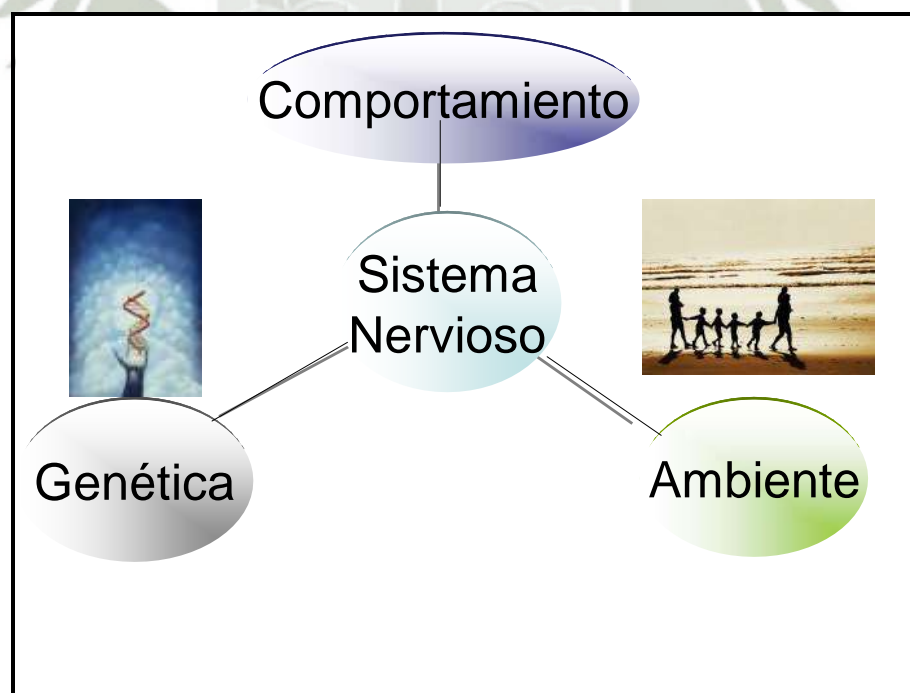
DESCRIPTIVA: cuando es posible interpretar los hechos observados valiéndose de otras informaciones adicionales (obtenidas de encuestas, sociogramas, fichas de ingreso, etc.).

CONFIRMATIVA: cuando la observación del comportamiento en el mismo alumno se da en el curso del tiempo.

2.2. FOBIA SOCIAL

La fobia social se le define como un temor irracional ya produce un evitamiento conciente del sujeto, actividad o situación temida. La presencia o la anticipación de la entidad fóbica origina un distress severo en una persona afectada quien usualmente reconoce que la reacción es excesiva, la reacción fóbica usualmente interrumpe la capacidad de la gente para funcionar en la vida Tellez (1999)³².

FIG. 2 ASOCIACION DE LA CONDUCTA Y COMPORTAMIENTO
HUMANO



ELABORACIÓN PROPIA

La gente con fobia social es llamada también “alteración de ansiedad social”, tienen un temor excesivo de humillación o de vergüenza en diversos ambientes sociales, como hablar en público, orinar en un baño público y hablar por ejemplo para una cita.

La fobia social generalizada que a menudo es un cuadro crónico y discapacitante caracterizado por una evitación fóbica de la mayoría de situaciones sociales puede ser difícil de distinguir de la alteración de personalidad de evitación.

Recientes estudios epidemiológicos han mostrado que las fobias son la alteración mental más común en E.E.U.U., en que aproximadamente 5 – 10% de la población se estima que está afligida con estas situaciones problemáticas y a veces discapacitantes, la estimación es menos conservadora, dan un rango hasta del 25 % de la población. El distress asociado con las fobias, especialmente cuando no se reconocen como alteraciones mentales. Pueden llevar a complicaciones psiquiátricas adicionales que incluyen otras alteraciones de ansiedad Tellez (1999)³².

Estudios recientes de investigación han encontrado que las fobias a menudo responden al tratamiento con psicoterapia cognitiva y conductual, y con drogas tricíclicas que incluyen inhibidores de monoaminaoxidasa, MAO-I y antagonistas de receptores beta-adrenérgicos Dunner (1993)⁸.

2.2.1 EPIDEMIOLOGIA

Aunque las fobias son alteraciones mentales comunes, un gran porcentaje de gente con fobias no busca ayudas para solucionar el problema o se les diagnostica erróneamente por parte del médico o del psiquiatra.

2.2.2 PREVALENCIA FOBIA SOCIAL

La prevalencia para la fobia social es de 2 a 3 meses por cada 100 personas, en estudios epidemiológicos las mujeres se afectan más a menudo que los hombres, pero en las muestras clínicas a menudo es cierto lo inverso.

La razón de estas observaciones variadas se desconoce. La edad máxima de inicio de fobia social es en la adolescencia, aunque el inicio es común ya a los 5 años de edad y a veces hasta los 35 años Chartier (2001)⁵.

ETIOLOGÍA

Tanto la fobia social como la específica tienen tipos y sus causas precisas son probablemente diferentes. Incluso entre los tipos como en todas las alteraciones mentales se encuentra heterogeneidad en la causa.

La patogénesis de las fobias una vez que se entiende puede mostrar ser un claro modelo para la interacción entre factores biológicos y genéticos por un lado y eventos ambientales por otro.

En el tipo de fobia específica de sangre, inyección, lesión, la gente afectada podría haber heredado un reflejo vasovagal especialmente fuerte que se asocia con emociones fóbicas Dunner (1993)⁸.

2.2.3 PRINCIPIOS GENERALES DE FOBIA SOCIAL

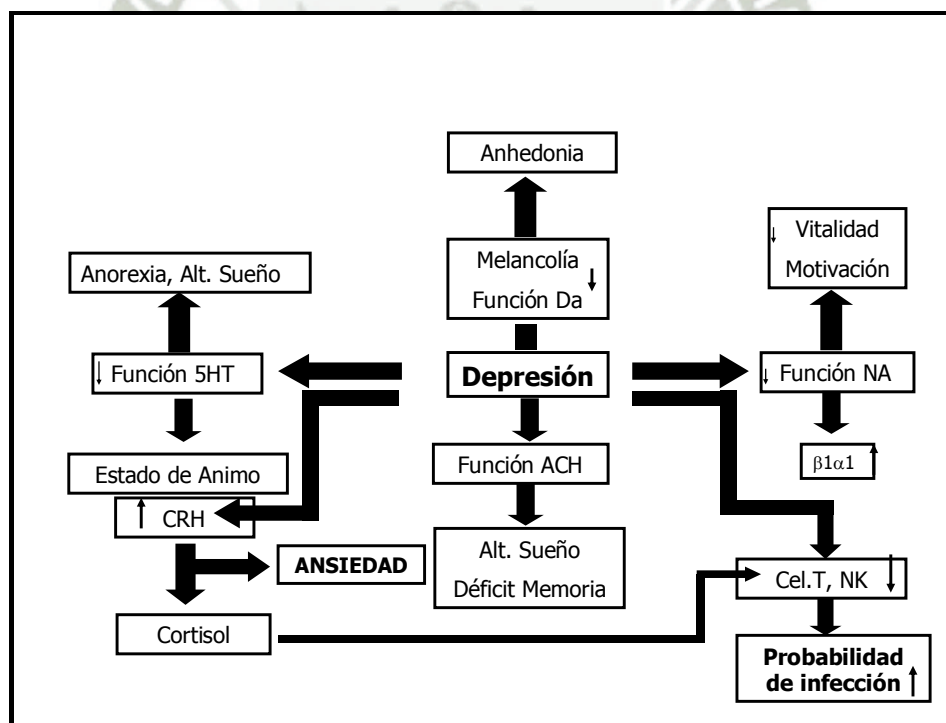
A) FACTORES CONDUCTUALES:

En 1920, John B. Watson Wrote escribió un artículo llamado “reacciones emocionales condicionadas” en que contaba sus experiencias con Little Albert, niño que temía a las ratas y conejos. A diferencia del pequeño Hans de signus fobic que tenía síntomas fóbicos en el curso natural de su maduración, la dificultad del

pequeño Albert era el resultado directo de las experiencias científicas de 2 psicólogos que usaban técnicas que habían inducido con éxito respuestas condicionadas en animales de laboratorio Hudson y Harper (2000)¹⁵.

La hipótesis de Watson invocaba el modelo de respuesta, estímulo Pauloviano del reflejo condicionado para explicar la creación de la fobia. La ansiedad se origina por un estímulo atemorizante natural que se ve continuado con un estímulo inherentemente neutro. Como resultado de la continuidad, especialmente cuando los dos se aparean en varias ocasiones sucesivas, el estímulo neutro original tiene la capacidad de originar la ansiedad por sí misma. El estímulo neutro por ello, se vuelve un estímulo condicional para la producción de ansiedad.

FIG. 3 NEUROBIOLOGIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN



ELABORACIÓN PROPIA

En la respuesta clásica de estímulo y respuesta, el estímulo condicionado gradualmente pierde su potencia de originar una respuesta si no se refuerza por una repetición periódica del estímulo incondicionado. En las fobias no ocurre atenuación de las respuestas al estímulo fóbico o condicionado, el síntoma puede durar por años sin ningún refuerzo externo aparente. La teoría del condicionamiento operante da un modelo para explicar el fenómeno de ansiedad que es un impulso que motiva al organismo a hacer cualquier cosa que pueda, para obviar un efecto doloroso. En esta conducta aleatoria el organismo aprende que cierta acción le permite evitar el estímulo que provoca ansiedad Beidel y col (1999)².

B) FACTORES PSICOANALITICOS

La formulación de Sigmund Freud sobre la neurosis fóbica sigue siendo la explicación analítica de la fobia específica y la fobia social. La hipótesis de Freud es que la principal función de la ansiedad es señalar el ego que un impulso inconsciente prohibido presiona para su expresión consciente y alerta al ego a reforzar y movilizar sus defensas contra esta fuerza instintiva que la amenaza. Freud veía la fobia como un resultado de conflictos centrados en una situación edípica no resuelta en la niñez, por ejemplo: el impulso sexual continúa teniendo un fuerte colorido incestuoso en los adultos, el despertar sexual puede albergar una ansiedad que característicamente es un temor de castración, cuando la represión no logra ser totalmente exitosa, el ego debe invocar defensas auxiliares Dunner (1993)⁸.

En pacientes con fobia la defensa comprende primeramente el uso del desplazamiento, es decir, el conflicto sexual se desplaza de la persona que evoca el conflicto, a un objeto o situación aparentemente irrelevante no importante, que tiene entonces el poder de originar la constelación de afectos, incluyendo la ansiedad de

señales que el objeto o la situación fóbica tendría una conexión asociativa con la fuente primaria del conflicto y así lo simboliza. Además, la situación o el objeto usualmente es uno que la persona puede evitar con este mecanismo adicional de defensa de evitación, la persona puede escapar sufriendo ansiedad seria. Freud discutió la formulación teórica de la formación de fobia, en su famosa casa del pequeño Hans, un niño de 5 años que temía a los caballos. Aunque los psiquiatras seguían el pensamiento de Freud, que las fobias resultaban de la ansiedad de castración, recientes teorías psicoanalíticas sugieren que otros tipos de ansiedad pueden estar incluidos en la agorafobia por ejemplo. La ansiedad de separación claramente juega un rol guía y en la eritrofobia, temor al rojo, que puede manifestarse como temor a enrojecerse, el elemento de vergüenza implica la ansiedad del super-ego Hudson y Harper (2000)¹⁵.

Las observaciones clínicas han llevado a ver que la ansiedad asociada con las fobias tiene diversos orígenes y coloridos. Las fobias ilustran la interacción entre una diatesis constitucional genética y los estresantes ambientales. Los estudios longitudinales sugieren que ciertos niños están constitucionalmente predispuestos a las fobias porque nacen con un temperamento específico llamado Inhibición Conductual al honor familiar, pero un estrés crónico puede actuar sobre la disposición temperamental del niño para crear una fobia completa. Los estresantes como es la muerte de uno de los padres, la separación de uno de ellos, la crítica o la humillación por un hermano mayor y la violencia en el hogar puede activar la diatesis latente en el niño que entonces se vuelve sintomático Dunner (1993)⁸.

C) ACTITUD CONTRAFÓBICA: Otto Fenichel llamaba la atención al hecho que la ansiedad fóbica puede estar oculta detrás de actitudes y patrones de conducta

que representan una negación, sea que el objeto de la situación temida sea peligrosa o que la persona solo le tema, en vez de ser una víctima pasiva en circunstancias externas una persona revierte la situación e intenta activamente enfrentar y dominar a lo que teme.

La gente con actitud contrafóbica busca situaciones de peligro y entusiastamente entra en ellas. Los devotos de deportes especialmente peligrosos como el saltar en paracaídas y trepar rocas pueden mostrar una conducta contrafóbica. Tales patrones podrían ser secundarios a la ansiedad fóbica o podrían ser medios normales de tratar con una situación realmente peligrosa.

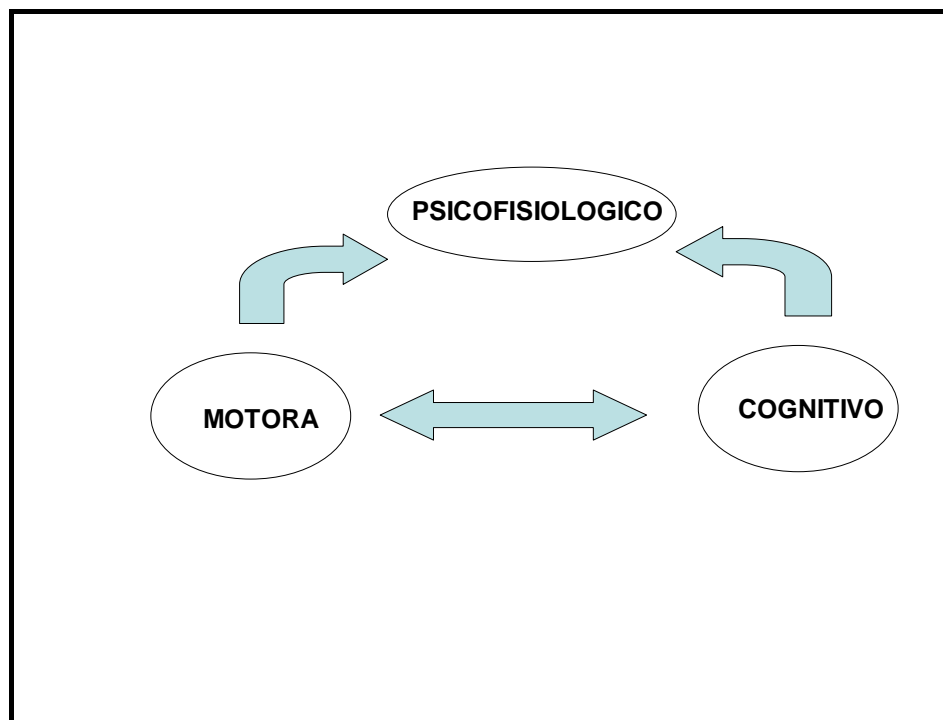
Los niños en sus juegos pueden mostrar elementos contrafóbicos como cuando juegan al doctor y le dan a la muñeca la inyección que recibieron antes en el consultorio del pediatra. El patrón de conducta puede incluir el mecanismo de defensa relacionado de identificarse con el agresor Tellez (1999)³².

2.2.4 DESARROLLO DE FOBIA SOCIAL

El desarrollo de la fobia social puede deberse al apareamiento de un objeto-situación específica con las emociones del temor y el pánico. Diversos mecanismos se han postulado para esta formación de pares; en general la tendencia no específica experimental temor-ansiedad forma el fondo de un evento específico, por ejemplo el manejar un carro, se aparea con una experiencia emocional, por ejemplo un accidente, la persona es susceptible a una asociación emocional permanente entre el manejar los carros y el temor a la ansiedad. Aunque una persona puede quizás no volver a experimentar un ataque de pánico y no cumplir los criterios diagnósticos para alteración de pánico, puede tener un temor generalizado para manejar, no expresándose en un ataque de pánico cuando maneja Hudson y Harper (2000)¹⁵.

Otros mecanismos de asociación entre objetos fóbicos y las emociones fóbicas incluyen el modelaje.

FIG 4. TRIADA DE FOBIA SOCIAL



ELABORACIÓN PROPIA

A) FACTORES GENETICOS:

La fobia social tiende a darse en familias, el tipo de lesión inyección-sangre tiene una tendencia altamente familiar. Los estudios han informado que $\frac{2}{3}$ a $\frac{3}{4}$ de los casos afectados tienen al menos un pariente en primer grado con fobia específica del mismo tipo, pero los estudios en gemelos y de adopción no han permitido hacer una contribución significativa a la transmisión no genética de la fobia específica.

Varios estudios han informado que algunos niños, posiblemente, tienen un rasgo caracterizado por un patrón constante de inhibición conductual, este rasgo puede ser especialmente común en los hijos de padres que se afectan con pánico y

pueden presentar severa timidez cuando el niño crece más. Al menos algunas personas con fobia social pudieran haber mostrado inhibición conductual durante la niñez. Quizás asociado con este rasgo que se piensa tiene base biológica, están los datos de base psicológica, que indican que los padres de personas con fobia social, como grupo, rechazaban más, tenían menos cuidado y eran más sobreprotectores con sus hijos que otros padres. Algo de la investigación en fobia social se refiere al aspecto de la dominancia a la sumisión observada en el reino animal, por ejemplo los humanos dominantes tiende a caminar con sus barbillas en el aire y hacen contacto visual, el humano sumiso tiende a caminar con la barbilla hacia abajo y evitar el contacto visual Dunner (1993)⁸.

B) FACTORES NEUROQUIMICOS

El éxito de la farmacoterapia en tratar la fobia social a generado 2 hipótesis específicas neuroquímicas sobre dos tipos de fobia social.

Específicamente el uso de antagonistas beta-adrenérgicos, por ejemplo propanolol (Inderal) para fobias de funcionamiento como el hablar en público que lleva al desarrollo de una teoría adrenérgica para estas fobias, los pacientes con estas fobias puede que liberen más norepinefrina o epinefrina central o periférica, tales pacientes pueden ser sensibles a un nivel normal de estimulación adrenérgica. La observación de que inhibidores MAO, puedan ser más efectivos que las drogas tricíclicas en el tratamiento de la fobia social generalizada junto con los otros pre-clínicos, lleva a algunos investigadores a la hipótesis que la actividad dopaminérgica se relaciona a la patogénesis de esta alteración Dunner (1993)⁸.

C) FACTORES GENETICOS

Los parientes en primer grado de gente con fobia social tienen 3 veces más posibilidad de ser afectados, que los parientes en primer grado de aquellos que no tienen alteraciones mentales. Algunos datos preliminares indican que los gemelos monocigóticos son más concordantes que los dicigóticos, aunque en la fobia social es especialmente importante estudiar a los gemelos a parte para llegar a controlar los factores ambientales Dunner (1993)⁸.

2.2.5 DIAGNOSTICO FOBIA SOCIAL

El DSM-IV usa el término fobia social para concordar con la nomenclatura del CID₁₀ para evitar restringir el alcance del diagnóstico. Los criterios A y B se han escrito cuidadosamente en el DSM-IV para permitir la posibilidad de que la exposición a un estímulo fóbico de un ataque de pánico. En contraste la alteración de pánico en la fobia específica, el ataque de pánico se liga situacionalmente al estímulo fóbico específico. El criterio G en el DSM-IV incluye las palabras a no ser que se cuente con algo mejor para enfatizar la necesidad del criterio del médico sobre el diagnóstico del síntoma. El contenido específico de la fobia y la fuerza de la relación entre el estímulo y el ataque de pánico también se tiene que considerar Dineen (1999)⁷.

Ya que la revisión de literatura indicaba que la fobia específica asociada con edades variables de inicio, proporción entre los sexos, historia familiar y respuesta fisiológica, el DSM-IV incluye tipos diferentes de fobia específica: tipo animal, tipo ambiente natural, por ejemplo tormentas, tipo lesión inyección-sangre, tipo situacional por ejemplo carros y otros tipos de fobias específicas que no se ajustan en los primeros cuatro. Los primeros datos indican que el tipo de ambiente natural es

más común en niños de menos de 10 años y el situacional en la segunda década de vida Hudson y Harper (2000)¹⁵.

La lesión inyección-sangre se diferencia de los otros en que la bradicardia y la hipotensión a menudo siguen a la taquicardia inicial común en todas las fobias. La lesión inyección-sangre es especialmente posible que afecte muchos miembros y generaciones de una familia, un tipo de fobia específica informada recientemente es la fobia del espacio en que la gente tiene temor de caer cuando no hay un soporte cercano como una pared o una silla. Algunos datos indican que la gente afectada tendría una función anormal del hemisferio derecho que posiblemente da una alteración visual espacial, alteración del equilibrio también debe descartarse en todos los casos Kaplan y Sadock (1998)¹⁶.

2.2.6 DIAGNOSTICO DE FOBIA SOCIAL

El DMS-IV en criterios diagnósticos para fobia social reconoce que la alteración puede asociarse con ataques de pánico, también influye un especificador para el tipo generalizado que podría ser de uso en la predicción del curso, pronóstico y tratamiento. El DSM-IV excluye un diagnóstico de fobia social cuando los síntomas son resultado de la evitación social que se origina en el avergonzamiento sobre un cuadro médico psiquiátrico o no psiquiátrico Hudson y Harper (2000)¹⁵.

Criterios diagnósticos para la Fobia Social por la DSM-IV:

A.-Temor marcado y persistente de una o más situaciones sociales o de actividad en que la persona se expone a gente no conocida o al posible análisis de otros. Los temores individuales de que él o ella actuarán en una forma o mostrarán síntomas de ansiedad que serán humillantes o avergonzantes.

Nota: En niños debe haber evidencia de capacidad de una relación social apropiada para su edad con la gente de la familia y la ansiedad debe darse en ambientes conocidos, no solo en la interacción con adultos.

B.-Exposición a la situación social temida, casi invariablemente provoca ansiedad que puede tomar la forma de un ataque de pánico predispuesto a una situación.

Nota: En niños la ansiedad puede expresarse por rabietas, llanto, inmovilidad o alejarse de situaciones sociales con gente no conocida.

C.-La persona reconoce el temor excesivo o irrazonable.

Nota: Puede que esto falte en niños.

D.-Se evita la situación social temida o se le resiste con intensa ansiedad o molestia.

E.-La evitación, anticipación ansiosa o molestia en la situación de actividad social temida interfiere significativamente con la rutina normal de la persona, su funcionamiento ocupacional o académica, su actividad social o su relación con otros o hay marcada molestia en cuanto a la presencia de la fobia.

F.-En individuos menores de 18 años la duración es al menos de seis meses.

G.-El temor o evitación no se debe a un efecto fisiológico directo de una sustancia por ejemplo: abuso de drogas o de una medicación. Y no se explica mejor por otra alteración mental por ejemplo: alteración de pánico con o sin agorafobia, alteración de separación, ansiedad, alteración dismórfica corporal o alteración amplia al desarrollo o una alteración de personalidad esquizoide.

H.-Si se presenta un cuadro médico general u otra alteración mental, el temor en el criterio A no esta relacionado a ello por ejemplo: el temor no es debido al temblor en la Enfermedad de Parkinson, al tartamudeo o mostrar una conducta anormal en la comida en la Anorexia Nerviosa o en la Bulimia Nerviosa.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS

Las fobias se caracterizan por la aparición de una ansiedad severa cuando el paciente se expone a situaciones específicas u objetos, o cuando los pacientes incluso preveen la exposición a la situación o al objeto. El DMS-IV enfatiza la posibilidad que el ataque de pánico puede, y de hecho ocurre, en pacientes con fobias sociales y específicas, pero los ataques de pánico, salvo quizás por el primero, se espera. La exposición al estímulo fóbico o la anticipación a él, casi invariablemente, da un ataque de pánico en una persona que es susceptible a ellos. La gente con fobias, por definición trata de evitar el estímulo fóbico, entra en problemas para evitar situaciones que provocan ansiedad, por ejemplo el paciente fóbico puede tomar un bus a través de E.E.U.U. en vez de volar, para evitar el contacto con el objeto de la fobia del paciente, el avión; quizás como otra forma de evitar el stress del estímulo fóbico, muchos pacientes fóbicos tienen alteraciones relacionadas a sustancias, especialmente el abuso de alcohol. Además se estima que 1/3 de pacientes con fobia social tienen una alteración depresiva mayor. El principal hallazgo en el exámen del estado mental es la presencia de un temor irracional ego distónico de una situación, actividad u objeto específico; los pacientes pueden describir como ellos evitan el contacto con la fobia. La depresión comúnmente se encuentra al exámen mental y puede estar presente hasta en 1/3 de todos los pacientes fóbicos Dunner (2000)⁸.

FIG. 5 SINTOMAS DE LA FOBIA SOCIAL

Estudio clínico comparativo (Amies, 1983)	Estudio validación de escalas (Bobes, 1999)
Palpitaciones (79%)	Tensión muscular (80%)
Temblor (75%)	Sudoración (78%)
Sudoración (74%)	Kubor (64%)
Tensión muscular (64%)	Boca seca (60%)
Sensación de vacío en el estómago (63%)	Palpitaciones (59%)
Sequedad de boca (61%)	Tensión/cefalea (59%)
Sensación de frío o calor (57%)	Vacío en epigastrio (59%)
Sensación de opresión en la cabeza o cefalea (46%)	Temblores (50%)
	Escalofríos (50%)
	Confusión (46%)
	Dispepsias (43%)
	Diarrea (20%)

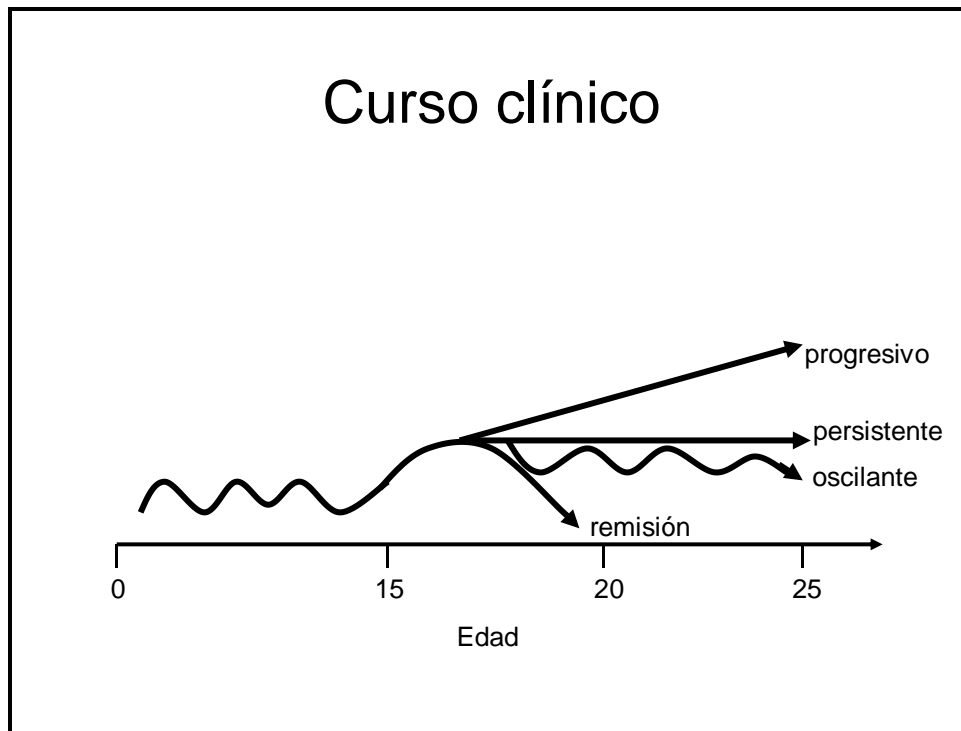
FUENTE: TELLEZ (1999)³²

2.2.7 CURSO Y PRONÓSTICO

Poco se sabe sobre el curso y el pronóstico de la fobia específica y la fobia social, porque recientemente se les ha reconocido como alteraciones mentales importantes. La introducción de psicoterapia y farmacoterapia específica para tratar la fobia a ayudado con el tratamiento.

La alteración fóbica se podría asociar con mayor morbilidad que la que se ha reconocido antes, basándose en el grado en que la conducta fóbica interfiera con la capacidad de funcionamiento de la persona, al paciente afectado puede siempre depender financieramente de otro y tener diversas alteraciones en su vida social, en su ocupación y en caso de la gente joven en el rendimiento escolar. El desarrollo de alteraciones relacionadas al abuso de sustancias puede también afectar adversamente el curso y el pronóstico de la alteración Dinnen (1999)⁷.

FIG 6. CURSO CLÍNICO DE LA FOBIA SOCIAL



ELABORACIÓN PROPIA

2.2.8 TRATAMIENTO

La decisión de aplicar las técnicas de terapia oriental, conocimiento psicodinámico se deben basar no solo en la presencia de solo síntomas fóbicos, sino en la indicación positiva de la estructura del ego del paciente y los patrones para el uso de este método. La terapia oriental permite al paciente comprender el origen de la fobia, el fenómeno de la ganancia secundaria y el rol de la resistencia y les permite buscar formas sanas de tratar con estímulos que provocan ansiedad.

La hipnosis, la terapia de apoyo y la terapia familiar pueden ser útiles al tratar las fobias. La hipnosis se usa para aumentar la sugerencia al terapeuta de que el objeto fóbico no es peligroso. La autohipnosis puede ayudar al paciente como un método de relajación cuando se enfrenta al objeto fóbico. La psicoterapia de apoyo y la terapia familiar son a menudo útiles en ayudar al paciente enfrentar activamente al objeto

fóbico durante el tratamiento. No solo puede la terapia familiar incluirse en la ayuda de la familia para el paciente si no también ayudar a la familia ha comprender la naturaleza del problema del paciente. Existe un grupo llamado Asociación de Alteraciones de Ansiedad en América que puede ayudar Dunner (2000)⁸.

FIG 7. PROBLEMAS DEL PACIENTE CON FOBIA SOCIAL



ELABORACIÓN PROPIA

Tanto la psicoterapia como la farmacoterapia, son útiles en tratar fobias sociales. Algunos estudios indican que el uso de farmacoterapia y psicoterapia producen mejor resultado que una u otra, aunque el hallazgo no podría aplicarse a todas las situaciones o a todos los pacientes.

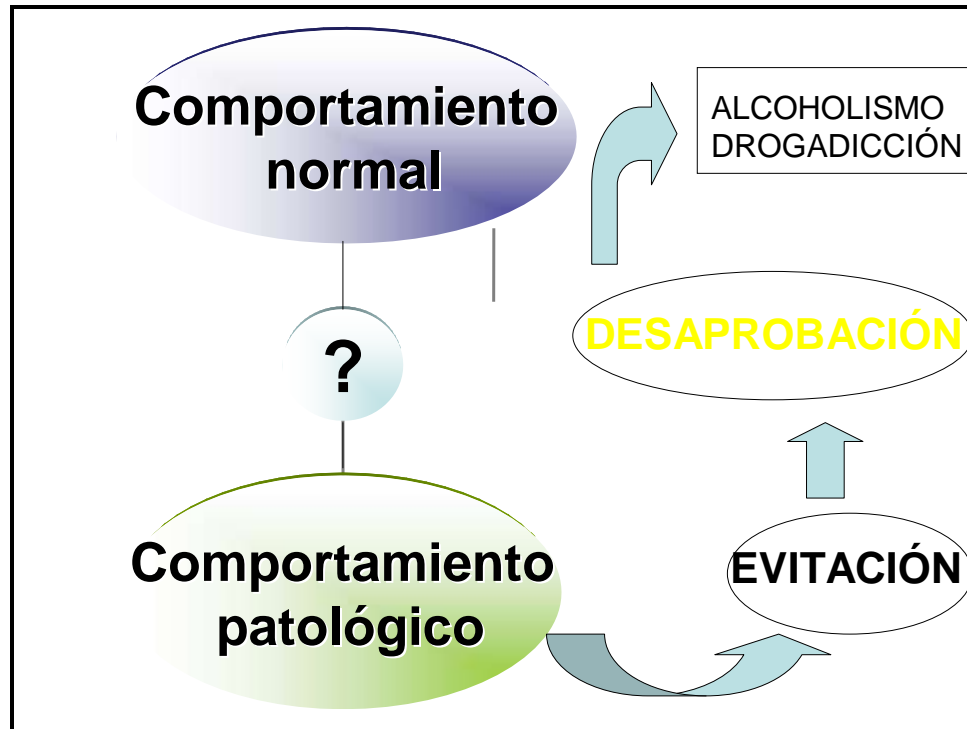
Algunos estudios controlados han informado el tratamiento exitoso en la fobia social, especialmente en casos severos con inhibidores irreversibles de la Monoamino Oxidasa(IMAO) como: fenelzina, moclobemida y brofarmina. Otras

drogas en las cuales la evidencia de efectividad sigue acumulándose son los inhibidores de la receptación específica de serotonina (SSRIs), benzodiazepinas, venlafaxina y buspirona. Buspirona ha mostrado efectos aditivos cuando se usa para aumentar el tratamiento con SSRIs. Antagonistas de receptores beta-adrenérgicos se han usado ampliamente para ansiedad situacional como en la ansiedad de funcionamiento para bloquear la taquicardia y la sudoración. Los beneficios de la reducción en la manifestación periférica de la ansiedad por antagonistas de receptores beta-adrenérgicos se deben sopesar contra su posible efecto de crear letargia.

2.3 FOBIA SOCIAL Y APRENDIZAJE

La fobia social es una condición común, crónica y debilitante que origina invalidez social y laboral y con frecuencia puede conducir al alcoholismo y a la drogadicción⁴. Esta enfermedad se caracteriza por un miedo exagerado al escrutinio por parte de otras personas o al sufrir situaciones embarazosas en público, que conducen a conductas de evitación social ya sean circunscritas (hablar en público) o a una evitación interpersonal generalizada. En el proceso enseñanza – aprendizaje el alumno se encuentra sometido a múltiples estímulos de interrelación humana con sus compañeros y con los docentes lo que puede desencadenar algunos miedos como hablar en público, trabajar en grupo, e inclusive decir su propio nombre en público.

FIG. 8 CONDUCTAS ANOMALAS DE LA FOBIA SOCIAL



ELABORACIÓN PROPIA

Estos mecanismos estarían relacionados por el temor excesivo a estar alejado de las figuras de apego, tal como se aprecia en estudiantes que sostienen relaciones simbióticas con la madre. Los estudiantes con este trastorno ofrecen dificultad para salir, visitar a sus amigos o permanecer solos en ambientes nuevos. Los componentes somáticos de esta modalidad ansiosa fluctúan entre dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea y cefalea, siendo algo menos comunes las palpitaciones y los mareos. Los síntomas, de por lo menos dos semanas de duración son más frecuentes precisamente cuando el niño anticipa una separación, la cual, si ocurre, puede llegar a un ataque de pánico. El temor a perder a sus padres o a sufrir, ellos mismos, alguna tragedia, les impide alejarse de su hogar, dormir en casa de amigos dar vueltas con sus padres o asistir al colegio. Esto último se le conoce como

fobia escolar. Que esta asociado al terror intenso con ir al colegio. Estos factores fóbicos influyen significativamente en el rendimiento académico de los estudiantes Tellez (1999)³².

No obstante, existen factores colaterales. Como por ejemplo un coeficiente de inteligencia (CI) por encima o por debajo de la norma, que también pueden convertirse en un factor determinante de las conductas perturbadoras en el aula. Ambas situaciones desencadenan normalmente en la actividad escolar una pérdida de la atención sostenida. En el primero de los casos, por parecerle al alumno excesivamente sencillo el contenido que se esté trabajando en clase, y en el segundo, por la dificultad que le representa poder seguir el nivel del tema expuesto. Esta pérdida de atención suele desencadenar en los alumnos afectados un estado de baja motivación y por tanto una búsqueda alternativa de distracción que normalmente se traduce en la ejecución de conductas jocosas en el aula.

El siguiente aspecto psicológico que vamos a comentar se refiere al factor temperamental.

Según T. Ollendick (1.993), el temperamento define la tendencia constitucional del individuo a reaccionar de cierto modo ante su ambiente. Algunas personas son más plácidas que otras, algunas más fuertes, algunas más tensas; probablemente estas diferencias son innatas y reconocibles desde el momento del nacimiento Tellez (1999)³².

En este sentido, un niño con temperamento innato colérico, irritable, independientemente de los factores adquiridos mostrará una conducta en el aula diferente a la del compañero cuyo temperamento es pacífico, accesible y adaptado.

Por ello, tendremos que pensar que detrás de toda conducta disruptiva puede existir un factor temperamental que condicione parte de esa conducta.

En otro sentido, los síntomas que describimos a continuación no son patognomónicos de un síndrome o trastorno, pero sí determinan una serie de comportamientos y/o modelos cognitivos, que pueden desencadenar una psicopatología concreta Moreno. et al., (1998). No obstante, se ha de tener en cuenta que la aparición y naturaleza de estos síntomas están subordinados, a la vez, a la cualidad y poder de factores, tanto externos (medio ambiente en el que se desarrolla) como internos (características psicológicas, temperamento...) que influyen en el alumno. Dicha sintomatología es la siguiente Tellez (1999)³²:

-Baja resistencia a la frustración. Este hecho pone de manifiesto en el alumno perturbador su falta de seguridad personal tanto a nivel cognitivo como conductual, que lo induce a reacciones poco elaboradas, normalmente de tipo agresivo. La falta de un pensamiento estructurado que dé paso a una racionalización del problema y a la búsqueda alternativa de reacciones cognitivas conlleva una situación de frustración.

-Ansiedad. Es una sensación que genera en el alumno un malestar profundo y constante. La consecuencia inmediata es la inhibición en el ámbito afectivo, que suele manifestarse de diferentes maneras: represión de la agresividad, reactivación de antiguos sentimientos provocados por experiencias dolorosas, situaciones cotidianas estresantes, etc., que se convierten en factores desencadenantes de angustia. Las preocupaciones que generan la ansiedad y la inseguridad coartan e inhiben el desarrollo del individuo, siendo responsables de la inadaptación personal, escolar y/o social.

-Bajo autocontrol. Hay condiciones básicas necesarias para que exista una estructura o un equilibrio a nivel personal, y una de ellas es el control de las acciones, pensamientos y deseos. La falta de unos límites claros, precisos y razonados dificulta tanto la comprensión del concepto como la realización del mismo para este tipo de alumnos, en los que no existe un mecanismo de autocontrol interiorizado que les permita reconducir sus impulsos en las situaciones estresantes.

-Impulsividad. La falta de autocontrol que determina generalmente el comportamiento hostil suele quedar reforzado negativamente por el alto grado de impulsividad que presentan estos alumnos. La necesidad de una respuesta contingente a sus instintos, pensamientos y deseos provoca un comportamiento irreflexivo con tendencia al "acting out". El mecanismo que rige esta inmediatez es el principio del placer-displacer cuyo último o único objetivo de su acción es la búsqueda del placer, gratificación personal y la evitación del displacer, sin tener en cuenta las realidades y consecuencias exteriores.

-Creencias, pensamientos y/o racionalizaciones distorsionadas. La evaluación irracional y poco funcional que realizan estos alumnos sobre su realidad y entorno social, genera emociones y conductas que les bloquean o dificultan su pensamiento no absolutista y racional. Las continuas exigencias egocéntricas, sobre los demás y sobre el entorno que les rodea, les provocan una perturbación del yo.

Esta perturbación les desencadena una línea de pensamiento del todo o nada ("todos me odian"), de sobregeneralización ("no hago nada bien"), de adivinación del futuro ("si hago esto se reirán de mí"), entre otros constructos distorsionados.

-Dureza emocional. La emoción no sólo depende de la naturaleza del agente emocional, sino del estado psíquico del individuo, de su personalidad, de su entorno

y de sus experiencias anteriores. La mayoría de estos alumnos tienen una vida emocional desequilibrada, con puntas que pueden llegar a ser muy dolorosas. La carencia afectiva a la que se ven sometidos es determinante a lo largo de todo su desarrollo, ya que repercutirá en sus relaciones humanas y en su entorno. La existencia de forma generalizada de un referente afectivo ambivalente en su contexto más íntimo determina ciertas dificultades de relación, hasta el punto de no querer establecer ningún tipo de nexo afectivo por miedo al fracaso.

-Baja autoestima. La imagen que tienen estos alumnos de sí mismos es negativa. Pero no siempre depende de sus propias acciones, sino de las reacciones y opiniones de los demás. Los alumnos terminan siendo lo que creen que son, debidos a lo que los demás piensan o esperan de ellos. Esta carencia queda compensada con conductas desadaptadas, negativistas, hostiles y agresivas, por las cuales destacan y son el centro de atención. Dichas conductas son lo que mejor saben hacer y el feedback que reciben de su medio refuerza estas acciones. La infravaloración de su persona los induce a estar insatisfechos, no sólo con ellos mismos sino también con su entorno.

-Disnomia escolar. Se manifiesta a través de una serie de aspectos como son las conductas disruptivas en el aula, actitudes desfavorables hacia el aprendizaje, los profesores la institución, y el incumplimiento de la normativa escolar. Todos estos factores están íntimamente relacionados con la inadaptación personal y/o social que sufren estos alumnos. No obstante, existen otros factores que no dependen de ningún tipo de desajuste o inadaptación. Un ejemplo claro lo tenemos en la comorbilidad existente entre cualquiera de los aspectos citados anteriormente y la didactogenia provocada por algunos profesores Tellez (1999)³².

En este sentido, la poca flexibilidad curricular, los continuos comentarios de acusación e infravaloración de las acciones o comportamientos de estos alumnos, los castigos reiterados, e incluso la provocación deliberada por parte de ciertos docentes, son algunas de las dispedagogías que generan la disnomia escolar.

Factores sociales:

Iniciaremos el primero de los apartados hablando de un antagonismo social que tiene un papel importante en el ámbito conductual de la población escolar.

Concretamente estamos haciendo referencia a la contraposición bastante generalizada que existe entre los valores sociales actuales y los específicos del contexto escolar. En el transcurso de las últimas décadas, nuestra sociedad ha protagonizado un cambio importante de valores. De forma mayoritaria y más específicamente, la población joven ha desencadenado el abandono de los valores de la modernidad para acogerse a los de la posmodernidad. Como bien indica Lozano (1997), la sociedad actual ha sustituido la moral de la “brújula” por la moral del “radar”. No se orientan con relación a un norte, sino que su punto de referencia es la posición de los demás.

Los nuevos valores, muchos de ellos implementados por los medios de comunicación han ocasionado enfrentamientos generacionales e incomprensiones entre los diferentes sectores sociales. En este sentido, la escuela tiene un componente altamente institucional, es cronológicamente graduada, y jerárquica, sus valores son los propios de la modernidad. Por el contrario sus usuarios, los alumnos, fuera del ámbito escolar reciben un bombardeo continuo de valores postmodernistas, sobre todo a través de los mass media, que según E. Gervilla (1993) los conduce a un relativismo y subjetivismo que afecta a todos los ámbitos del ser, del conocer y del

vivir, y, en consecuencia, a un pluralismo o politeísmo de valores. Nada es absoluto. Todo vale, o es posible que valga, ya que el valor ahora siempre es circunstancial: “depende de”. Como define Hughes (1994) nuestra sociedad finisecular ha hecho del victimismo y de la “cultura de la queja” su razón de ser. Este antagonismo entre los valores de la modernidad que mayoritariamente proyecta la escuela actual y los valores de la postmodernidad cada vez más arraigada en su alumnado son la fuente de un enfrentamiento de procederes que en algunos casos puede traducirse en un desajuste entre las conductas exigidas por la escuela y las presentadas por algunos de sus alumnos Tellez (1999)³².

Siguiendo en el ámbito social, otro de los factores que tienen un peso específico sobre la conducta de nuestros alumnos es la incorporación en su vida diaria de un medio de comunicación social como es la televisión. En este sentido, como defiende Callabet, et al. (1994) hay tres aspectos que considerar: la fuente, es decir, los medios de comunicación; el sujeto afectado, que es el niño; y la familia, que tienen la llave del problema y puede modular todo este intrincado problema.

Dentro de los patrones televisivos tiene un papel predominante la violencia, muy constante en todo tipo de programas. Si tenemos en cuenta que nuestros niños y adolescentes escolares son vulnerables a los mensajes de la televisión y que a su vez se encuentran en un estado evolutivo permanente de búsqueda de su identidad a través de la imitación del mundo de los adultos, este medio de comunicación se convierte en un factor de riesgo conductual.

Un consumo abusivo y no controlado de la televisión por parte de nuestros alumnos también puede convertirse en un desencadenante de conductas perturbadoras del contexto escolar.

Las circunstancias socioeconómicas y de estructura familiar también tienen una incidencia directa sobre su conducta.

El funcionamiento psicológico de nuestros alumnos guarda una íntima relación con aquellos acontecimientos vitales de carácter familiar que supongan cambios y/o sucesos especialmente significativos frente a sus circunstancias biográficas negativas.

En definitiva, tanto los factores de desestructura familiar, como de privación económica grave tendrán una incidencia directa sobre el estado afectivo del niño y por tanto en su estado conductual.

Para finalizar este bloque de contenido social, realizaremos una aproximación a un tema de carácter cultural en ocasiones poco considerado, que desempeña un papel importante en la interpretación del comportamiento de los alumnos pertenecientes a las diferentes minorías étnicas.

Existen costumbres y tradiciones étnicas que llevadas a cabo en un contexto cultural diferente pueden ser interpretadas de forma equívoca Jordán, (1994). Un ejemplo lo podemos encontrar en la etnia gitana, en la que los niños son estimulados hacia la hipermovilidad entendiendo esta como un signo de salud y vitalidad. Por el contrario, la hiperactividad en nuestro contexto escolar, y más concretamente en el aula, se convierte en un tipo de conducta considerada como perturbadora.

En este sentido, podríamos citar numerosas costumbres y tradiciones que tienen su incidencia sobre el comportamiento de estos alumnos pertenecientes a minorías étnicas y que, como en el caso anterior, pueden transformarse en conductas disruptivas en un contexto escolar enmarcado por una cultura distinta.

Finalmente la aparición de situaciones xenófobas y/o racistas también puede desencadenar climas conductuales capaces de alterar el ambiente escolar.

Factores pedagógicos:

El estilo educativo que el niño recibe en el contexto familiar también influirá notablemente en su perfil comportamental en la escuela.

Un modelo educativo familiar hipernómico, punitivo con excesivos refuerzos aversivos, o por el contrario una actitud por parte de los padres permisiva, despreocupada, exenta de límites, provocará en el niño una mayor predisposición hacia la ejecución de conductas perturbadoras. La vivencia continuada de discrepancias o estilos educativos diferentes entre el padre y la madre, así como de conductas sociales inadecuadas de sus padres, desarrollará un proceso de aprendizaje vicario cuyo modelamiento conductual determinará la replicación del mismo en la escuela Tocharcen y col (2000)³³.

Este tipo de dispedagogías no sólo son específicas del ámbito educativo familiar. Los efectos didactogénicos de los distintos agentes educativos dentro de los ámbitos tanto formal como informal también incidirán en la conducta de los discentes.

Por ejemplo, en el contexto escolar, una interrelación inadecuada, la propuestas de actividades poco motivadoras, un nivel de trabajo y de contenido que no corresponda con el de los alumnos, son indicadores inherentes a la conducta escolar perturbadora.

Factores de protección

Ya hemos avanzado, al hablar de los factores de riesgo, que no podemos tener una actitud negativamente determinista al percibir la cantidad de esos factores que podemos descubrir en el origen de los problemas de conducta del individuo, puesto

que no existe una relación fatal e irreversible entre la existencia de dichos factores y su negativa materialización conductual.

Una observación objetiva de la realidad nos permite percibir que individuos teóricamente sometidos a los mismos factores de riesgo elaboran conductas cualitativamente distintas y positivas, de lo que se deduce la existencia de mecanismos y procesos que anulan, minimizan o actúan como atenuantes de los factores de riesgo.

Entre esos factores, cuya investigación no ha adquirido el desarrollo y la extensión que la de los factores de riesgo, son descritos los “factores de protección”, que “se refieren a las asociaciones que pueden cancelar o atenuar el efecto de factores de riesgo conocidos e incrementar de algún modo la resistencia” Kessler y col (1998)¹⁷.

La interpretación de estos factores de protección y la manera en que actúan son aún una incógnita. Algunas opiniones aventuran que tal vez el desarrollo de la competencia general del individuo y de un proceso de maduración equilibrado pueda actuar como un instrumento preventivo, pero esta tesis no explica por qué en ese desarrollo y en ese proceso de maduración no se produce la intrusión perturbadora de alguno de los factores de riesgo que están al acecho.

También se aduce que la complejidad interactiva de los factores de riesgo se repite en lo referente a los factores de protección, y que algunos de éstos pueden actuar de contrapeso de los factores de riesgo, que, por otra parte y como ya hemos visto, varían en función de la edad, el sexo y la asociación de un abanico de variables.

Lo que en estos momentos está muy claro es que “la evaluación de los factores de protección precisa más trabajos ya que favorecer estos factores representa un enfoque viable de la prevención de los problemas de comportamiento” Kessler y col (1998)¹⁷.

El concepto de "resistencia":

Pese a que disponemos de pocas respuestas ante las cuestiones planteadas frente la existencia de los factores de protección, la invulnerabilidad que ejemplificada en su conducta muestran algunos individuos frente a los factores de riesgo, se han definido algunos conceptos, entre los que adquiere primacía el de "resistencia", definido como "el proceso o la capacidad de lograr una adaptación exitosa a pesar de circunstancias ambientales desafiantes

o amenazantes", según Masten, Best, Garnezy, Masten, Morison, Pellengrini y Tellegen, citados por Mick y col (1998)²¹.

Así, hay autores que atribuyen a características individuales la "resistencia", puesto que el individuo que la manifiesta se presenta dotado de "recursos generales para encontrar más soluciones cuando se enfrenta a una barrera, para mantener un funcionamiento integrado ante el estrés, para procesar simultáneamente dos o más estímulos competidores, para ponerse tanto 'al servicio del yo' cuando las exigencias de la tarea requieren esa forma de adaptación" Mick y col (1998)²¹

Otros investigadores, Mick y col (1998)²¹ opinan que los factores de protección están presentes tanto en el individuo como en el contexto ambiental, y que se ponen de manifiesto en las situaciones más críticas, no actuando ni interactuando cuando las condiciones son de "bajo estrés". Esto implicaría la posibilidad de contar con factores de protección activos en situaciones de alto potencial negativo, en tanto que esos factores inhibirían su actuación en situaciones de menor conflictividad, con lo cual se explicaría un gran número de conductas problemáticas o con ligeros desajustes, pero no conflictivas, ya que la presión mínima o media del riesgo no catalizaría la activación de los factores de protección.

Este principio se aplicaría al proceso dialéctico en que consiste el proceso de maduración y desarrollo, pues en él, el niño afronta y resuelve unos problemas para encontrarse con otros nuevos, con lo que la resistencia, en síntesis de Mick y col (1998)²¹: “designa la capacidad del niño para hacer frente a un problema y utilizarlo para el crecimiento psicológico, sea cual sea la adversidad ambiental que tenga que superar”.

Se nos transmite, en estos razonamientos y planteamientos, la sensación de que las situaciones de alto riesgo ponen en acción los mecanismos restrictivos del mismo: “Cuando el ambiente presenta múltiples riesgos, el efecto de la restricción es el proteger al niño del peligro; en cambio, en ambientes de bajo riesgo, la misma restricción actúa limitando la experiencia del niño”

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La fobia social es un trastorno en general incapacitante, que limita a las personas en su capacidad de relacionarse. En la actualidad no existen trabajos de investigación, según la literatura revisada, a nivel regional y nacional, pero se sabe que la fobia social es un problema que prevalece en nuestro medio Tellez (1999)³².

Degonda y Angst (1993)⁶ reportan en un estudio longitudinal prospectivo una prevalencia de 3.8 % de fobia social en estudiantes universitarios de la Universidad de Zurich, Suiza.

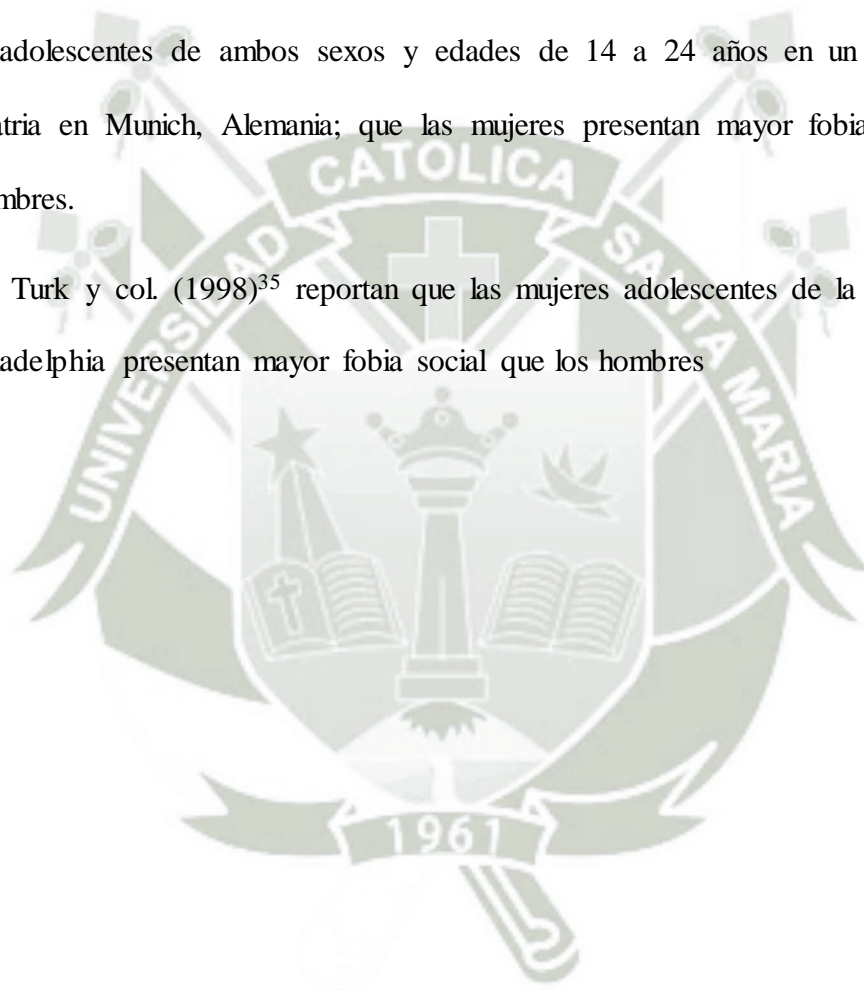
Hayward y col. (1998)¹¹ reportan una prevalencia de 22.3 % de fobia social en 2242 estudiantes universitarios de la Universidad de Stanford, USA.

Wittchen y Beloch (1996)³⁷ reportan en individuos del Instituto Clínico de Munich, Alemania; que la frecuencia de fobia social se manifiesta más en los individuos de estrato socioeconómico bajo.

Simonoff y col. (1997)²⁸ reportan que las mujeres evaluadas en un Instituto de Psiquiatría de Londres, son más susceptibles a tener fobia social (71 % vs 65 %).

Wittchen y col. (1999)³⁸ reportan, en un estudio longitudinal prospectivo en 3021 adolescentes de ambos sexos y edades de 14 a 24 años en un Instituto de Psiquiatría en Munich, Alemania; que las mujeres presentan mayor fobia social que los hombres.

Turk y col. (1998)³⁵ reportan que las mujeres adolescentes de la Universidad de Philadelphia presentan mayor fobia social que los hombres



4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 4.1. Determinar la prevalencia de sintomatología de fobia social (Test de Smith y Wilson) en los alumnos del curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) Arequipa 2001.
- 4.2 Establecer los niveles de rendimiento académico de los alumnos del curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) Arequipa 2001.
- 4.3 Asociar la prevalencia de fobia social entre los alumnos del curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) Arequipa 2001 según el rendimiento académico.
- 4.4 Evaluar los factores asociados a la fobia social en los alumnos del curso de Fisiología, según sexo, edad, índice de masa corporal (I. Quetelet), colegio de procedencia, nivel socioeconómico y religión de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA).

5.- HIPÓTESIS

5.1 HIPOTESIS GENERAL

Dado que la fobia social se la describe como un miedo intenso, irracional y persistente ante situaciones de relación interpersonal, donde el individuo se siente sometido al escrutinio de los demás provocando ante determinadas situaciones una reacción ansiosa inmediata, desde una aprehensión difusa a pánico situacional

Es probable que, a menor nivel rendimiento académico exista una mayor prevalencia de síntomas de fobia social.

5.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- a) Dado que los síntomas de fobia social están asociados al sexo. Es probable que las alumnas matriculadas en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) tengan mayor riesgo de sintomatología de fobia social que los varones.
- b) Dado que los síntomas de fobia social están asociados a la edad. Es probable que los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) menores de 20 años tengan mayor riesgo de sintomatología de fobia social.
- c) Dado que los síntomas de fobia social están asociados al índice de masa corporal. Es probable que los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) con sobrepeso o bajo peso ponderal tengan mayor riesgo de sintomatología de fobia social.

- d) Dado que los síntomas de fobia social están asociados al colegio de procedencia. Es probable que los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) de procedencia de colegio estatal - parroquial tengan mayor riesgo de sintomatología de fobia social
- e) Dado que los síntomas de fobia social están asociados a la religión. Es probable que los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) de religión católica tengan mayor riesgo de sintomatología de fobia social.
- f) Dado que los síntomas de fobia social están asociados al nivel socioeconómico. Es probable que los alumnos matriculados en el curso de Fisiología de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) de nivel socioeconómico bajo tengan mayor riesgo de sintomatología de fobia social.

III PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION.

1.1. TECNICA.

Para recoger la información acerca del nivel de fobia social de los alumnos de Fisiología del Programa de Farmacia (UCSM) y Biología (UNSA) se utilizará la técnica de la entrevista.

1.2. INSTRUMENTOS.

En concordancia con los indicadores, se utilizará tres instrumentos :

Primer: Tests de fobia social

Segundo: Ficha de observación documental Rendimiento académico

Tercer: Cedula de preguntas

1.2.1 ESTRUCTURA

VARIABLE	INDICADOR
DEPENDIENTE:	ITM
NIVEL DE RENDIMIENTO ACADEMICO	TMI TM TMS STM
INDEPENDIENTE:	NINGUNO
FOBIA SOCIAL	LEVE MODERADO SEVERO EXTREMO
INTERVINIENTES	
SEXO	MASCULINO FEMENINO
EDAD	<18 19 –20 >21
COLEGIO DE PROCEDENCIA	ESTATAL PARROQUIAL PARTICULAR
RELIGION	CATOLICO NO CATOLICO
INDICE DE MASA CORPORAL I. QUETELET	DE RIESGO NORMAL SOBREPESO OBESO LEVE OBESO MODERADO OBESO MORBIDO

PRIMER INSTRUMENTO

FICHA DE CEDULA DE PREGUNTAS

ESCALA BREVE DE FOBIA SOCIAL DE SMITH WILSON

INSTRUCCIONES:

Por favor lea cuidadosamente los ítems y de respuesta con un número de acuerdo a la clave

PARTE I (TEMOR/EVITACION)

TEMOR:

- 0. NINGUNO
- 1. LEVE
- 2. MODERADO
- 3. SEVERO
- 4. EXTREMO

EVITACION

- 0. NUNCA
- 1. RARO
- 2. ALGUNAS VECES
- 3. FRECUENTEMENTE
- 4. SIEMPRE

EVITACION

- | | | | |
|----|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Hablar en publico o frente de otr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Hablar a gente que tiene autorida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Hablar con extraños | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Sentirse humillado o avergonzado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Ser criticado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Reuniones sociales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Hacer algo mientras se lo observ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PARTE II (FISIOLÓGICO)

- 1. NINGUNO
- 2. LEVE
- 3. MODERADO
- 4. SEVERO
- 5. EXTREMO

- 1. Enrojecimiento de la cara
- 2. Palpitaciones
- 3. Temblor
- 4. Sudoración

TOTAL

PARTE I TOTAL (F) _____
 TOTAL (A) _____
 PARTE II TOTAL (P) _____
 (F+A+P) TOTAL _____

- DX: FS** () NINGUNO
 () LEVE
 () MODERADO
 () SEVERO
 () EXTREMO

SEGUNDO INSTRUMENTO
FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL
RENDIMIENTO ACADÉMICO

FICHA.....FECHA.....

NOTA PROMOCIONAL

FARMACIA

BIOLOGIA

ESCALA

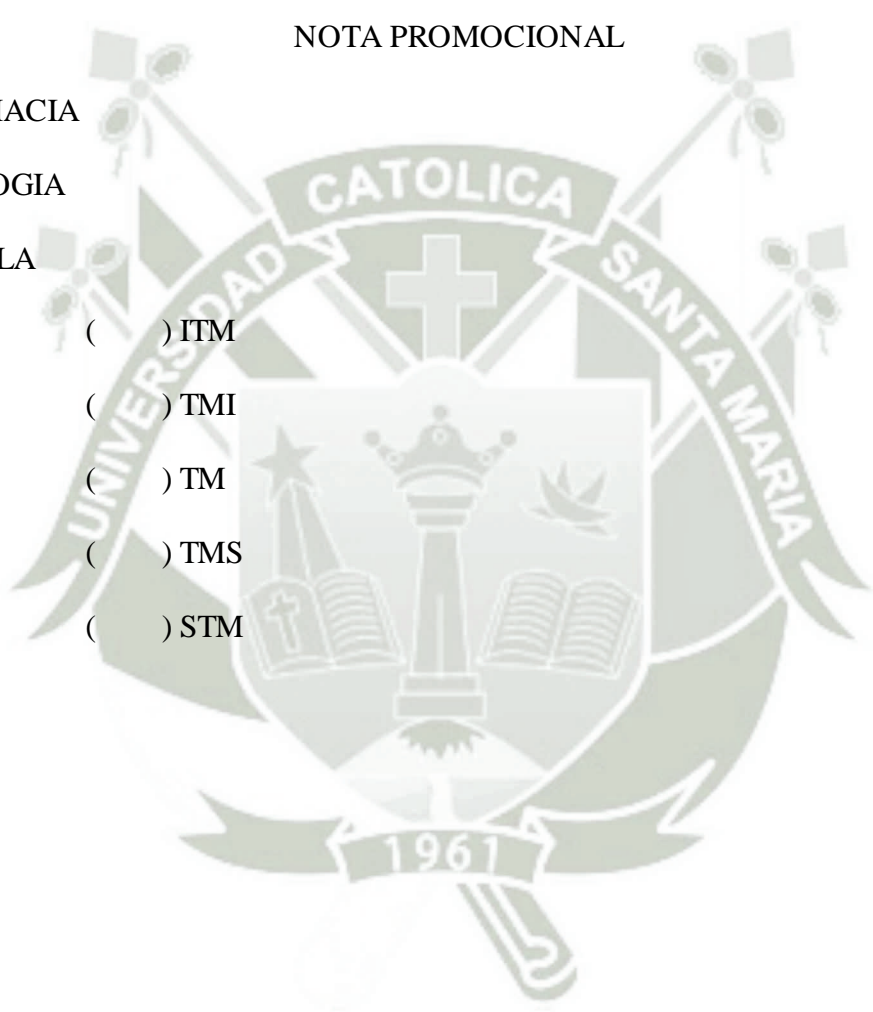
() ITM

() TMI

() TM

() TMS

() STM



TERCER INSTRUMENTO

CEDULA DE PREGUNTAS

FICHA.....FECHA.....

1. SEXO: () MASCULINO () FEMENINO

2. EDAD: () <18 () 19 – 20 () > 21

3..COLEGIO DE PROCEDENCIA:

() ESTATAL () PARROQUIAL () PARTICULAR

4. RELIGIÓN: () CATOLICO () NO CATOLICO

5. INDICE DE MASA CORPORAL: INDICE DE QUETELET

PESO: _____ TALLA _____

IMC < 18.49 DE RIESGO

IMC 18,5-24,99 EUTRÓFICOS.

IMC 25,0-29,99 OBESOS LEVES

IMC 30,0-39,99 OBESOS MODERADOS

IMC > 40,00 OBESOS MORBIDOS

6. NIVEL SOCIOECONOMICO

ALTO ()

MEDIO ALTO ()

MEDIO ()

MEDIO BAJO ()

BAJO ()

1.3 RECURSOS

HUMANOS: Investigador,.

MATERIALES: Papel, lapiceros, disket y computadora

2. CAMPO DE VERIFICACION.

2.1. UBICACION ESPACIAL

Los límites geográficos de espacio donde se realizará la recolección de datos para la investigación, serán los ambientes del Programa de Farmacia de la Universidad Católica Santa María. y Escuela Profesional de Biología de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Región de Arequipa

2.2. UBICACION TEMPORAL.

El trabajo de investigación es de tipo estructural, su ejecución será en 2001 estará comprendida dentro del término planificado de acuerdo al cronograma de trabajo establecido.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Para realizar la presente investigación se considerará toda la población de alumnos que están matriculados en el curso de Fisiología en la Escuela Profesional de Biología y Programa de Farmacia de acuerdo a la siguiente tabla

ALUMNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
FARMACIA	94	53.40
BIOLOGIA	82	46.60
TOTAL	176	100.00

Se considero dentro de las unidades de estudio a 70 alumnos de Farmacia y 70 de Biología debido a que algunos alumnos abandonaron el curso o estuvieron incompletos los instrumentos de evaluación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS.

- Se considera un instrumento para la recolección de datos (Anexo 1)
- La recolección de datos se denominará NIFOSO (Nivel de Fobia Social), que servirá de fuente de cuadros y gráficos en los resultados

El procesamiento de los datos se empleará el paquete estadístico SPSS 12

Plan de Clasificación y Codificación: Base de datos en hoja electrónica EXCEL.

Plan de Análisis:

- a) Estadística Descriptiva: Se determinará medidas de tendencia central (Promedio) y de variabilidad (Desviación Estándar).
- b) Estadística Inferencial: Ji Cuadrado y Odds Ratio.

Plan de Tabulación: Uso de cuadros y tablas.

Plan de Graficación: Gráfico de barras en 3D.

3.1 VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Se utilizará la Escala de Fobia social de Smith Wilson aprobada por la DSM III-R (Anexo 1)

DESCRIPCIÓN

La BSPS consiste en 11 ítems. Las primeras 7 requieren que las encuestas tengan estructuras separadas para la severidad de temor y severidad de evitación en cada una de las siguientes situaciones: hablar en público, hablar a la gente que tiene

autoridad, hablar a extraños, sentirse avergonzados o humillados, sentirse criticados en reuniones sociales o hacer algo mientras los observan. La segunda parte incluye cuatro preguntas que valoran los síntomas fisiológicos, por ejemplo enrojecimiento, temblor, palpitaciones, sudor, experimentados mientras o antes que se enfrenten a situaciones sociales. La severidad en cada uno se califica para la semana previa o cualquier otra referencia de tiempo, según la escala tipo Likert de 5 puntos (0 = nada a 4 = extremo).

Los puntajes individuales se suman para dar tres puntajes de subescala: temor = BSPS-F, evitación BSPS-A, fisiológico BSPS-P y un total. Los puntajes variantes de 0 – 72 para el BSPS-T, de 0 – 28 para el BSPS-A y el BSPS-F, y de 0 – 16 para el BSPS-P. Un total de más de 20 se juzga que refleja síntomas de fobia social y es suficientemente severo para merecer un tratamiento.

Los autores recomiendan que el BSPS se use después de administrar una entrevista clínica de modo que el entrevistador esté familiarizado con los síntomas de fobia social del paciente y que el BSPS se administre cuando el paciente mira una copia de la escala. Cuando se administra la escala el entrevistador debe asegurar que la evitación y el temor se califiquen junto con el temor de la evaluación negativa y que la evitación no sea resultado de otros factores como la falta de interés. Si el encuestado confirma que no ha tenido la oportunidad de estar en una situación particular el entrevistador debe aclarar que la pregunta también se relaciona a los pensamientos que podría tener la persona acerca de una situación.

PROPIEDADES PSICOMETRICAS

CONFIABILIDAD

El examen de la consistencia interna del BSPS en una muestra de 275 personas que buscaban tratamiento con fobia social de acuerdo al DSM-III-R, dieron una alfa de Crombach aceptable de 0,81 para BSPS-T, 0,70 BSPS-F, 0,78 para BSPS-A y 0,60 BSPS-P. Se esperaría que consistencia interna del BSPS-P sea un tanto baja dado que esta escala sólo incluye 4 puntos.

La confiabilidad conjunta se estableció con múltiples métodos en varias muestras pequeñas, el coeficiente de correlación varió de 0,83 – 0,90 entre una y otra escala. La confiabilidad entre la prueba y la nueva prueba, con una semana de diferencia en una muestra grande de 136 personas con fobia social de acuerdo al DSM-III-R fue buena; el coeficiente de correlación varió de 0,77 para el BSPS-P a 0,91 para el BSPS-T.

VALIDEZ

En una muestra grande de 275 individuos que buscaban tratamiento con fobia social de DSM-III-R, el score BSPS-T mostró grandes correlaciones con otras medidas de ansiedad social y fobia como la escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS) y la escala de evaluación negativa Leary 1983. La correlación de BSPS-F y la BSPS-A con LSAS y la escala de evaluación negativa de temor fueron fuertes. Pero el BSPS-P no se asoció con estas dos medidas de ansiedad social, como es de esperar la asociación entre el BSPS y la escala de ansiedad de Hamilton (HARS), medía la ansiedad general y no social, fueron notablemente menores. Con la

exclusión de BSPS-P, el BSPS fue fuertemente relacionado con interferencia en el área de la vida social evaluada por la escala de discapacidad de Sheehan. BSPS mostró sensibilidad al cambio con el tratamiento de la fobia social.

UTILIDAD CLINICA

BSPS es un instrumento breve y fácil de administrar que parece dirigirse a las situaciones de mayor temor asociados con fobia social; en un estudio hecho con una muestra grande de pacientes con fobia social encontró que la medida tiene buena base psicométrica. Sin embargo, las propiedades psicométricas del BPS-P son débiles, originando preguntas sobre la utilidad de esta escala. Se recomienda así que los clínicos se basen en los puntajes BSPS-T, BSPS-F y BSPS-A.

La falta de definiciones operacionales de los items puede llevar a la aplicación idiosincrática de los puntajes. El BPS no da información sobre la duración de los síntomas de fluidez social ni el grado de molestia o interferencia que causen en situaciones sociales, ocupacionales u otras. Además, el instrumento no puede dar información sobre si los síntomas no se relacionen a otra alteración mental, por ejemplo anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, como lo refiere el DX del DSM para fobia social. BPS por ello no debe usarse como instrumento diagnóstico.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

I ETAPA: Diciembre 01 Mayo 14:

Acopio de información bibliográfica.

Planificación y aprobación del proyecto.

Implementación del proyecto (marco teórico).

II ETAPA Mayo 15 a Junio 15:

Recolección de datos (aplicación instrumento).

Procesamiento de datos.

Ordenamiento de datos e información.




III ETAPA Junio 16 a Julio 15:

Análisis e interpretación.

Informe (redacción de tesis).

Presentación de tesis.

CRONOGRAMA

	ENERO	MAYO	JUNIO	JULIO
I ETAPA				
II ETAPA				
III ETAPA				



V. BIBLIOGRAFIA

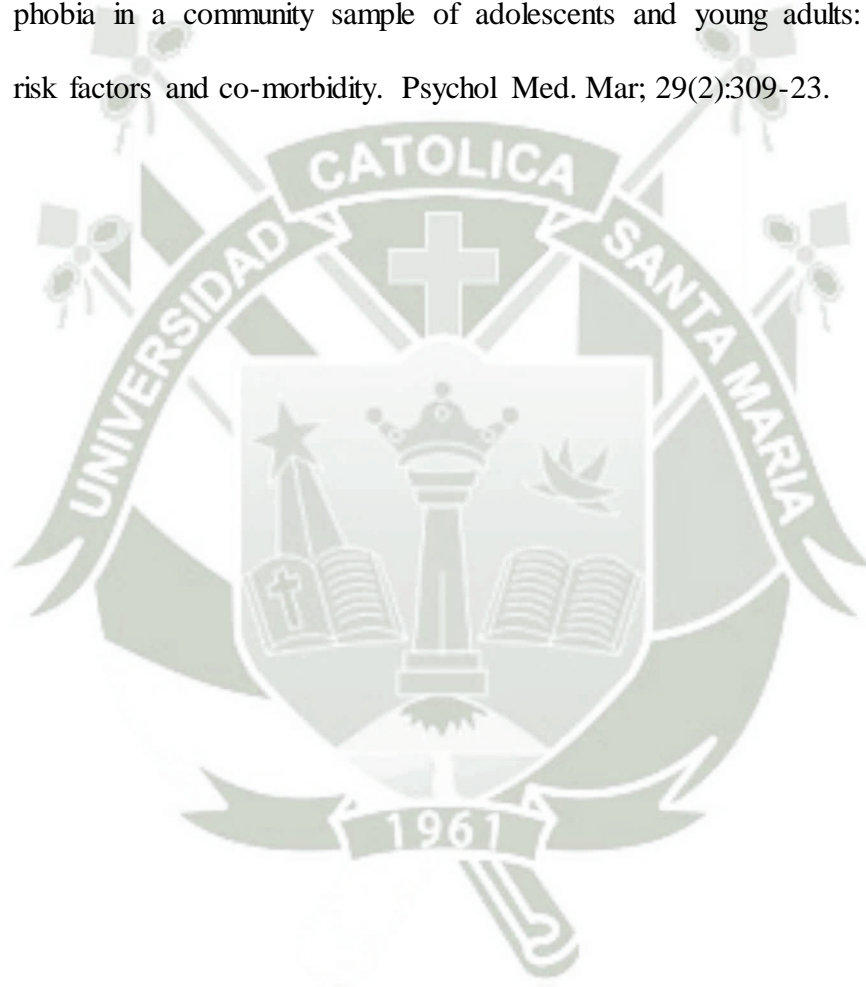
1. ALVA LEON, Alejandro. Evaluación del Aprendizaje. Editorial ILDET, 1993. Págs. 12 -13
2. BEIDEL DC, TURNER SM, MORRIS TL. 1999. Psychopathology of childhood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Jun;38(6):643-50.
3. BERNSTEIN S 1999. A time-saving technique for the treatment of simple phobias. *Am J Psychother Fall*;53(4):501-12
4. BROWN, T.S. Y WALLACE, P.M. Psicología Fisiológica. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana México, 1998.
5. CHARTIER MJ, WALKER JR, STEIN MB. 2001. Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychol Med*. Feb; 31(2):307-15.
6. DEGONDA M, ANGST J. 1993. The Zurich study. XX. Social phobia and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 243 (2): 95-102.
7. DINEEN, K. 1999 Generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America* Volume 24 • Number 1 • March 2001
8. DUNNER, D.L. 1993. Current psychiatric therapy therapy. W. Saunders Company. Philadelphia.
9. FERMIN, Manuel. La Evaluación, los Exámenes y las Calificaciones. Editorial Kapeluz. Buenos Aires. 1971. pág. 17

10. GONZALES, G. 1994. Metodología de la Investigación en Reproducción Humana. Programa de Reproducción Humana Organización Mundial de la Salud. Lima.
11. HAYWARD C, KILLEN JD, KRAEMER HC, TAYLOR CB. 1998. Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *J Am Child Adolesc Psychiatry*. Dec;37(12):1308-16.
12. HIDALGO, E. CENDALI, J., CERUTTI, M. A. CUENCA, J. D. KAPPAUN, B. N. Prevalencia de ansiedad social en estudiantes del quinto año de la Facultad de Medicina de la UNME 2003 Universidad Nacional del Noereste Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2004.
13. HIMMELHOCH JM 1998. Social anxiety, hypomania and the bipolar spectrum: data, theory and clinical issues. *J Affect Disord* Sep;50(2-3):203-13.
14. HOULIHAN D, SCHWARTZ C, MILTENBERGER R, HEUTON D. 1993. The rapid treatment of a young man's balloon (noise) phobia using in vivo flooding. *J Behav Ther Exp Psychiatry* Sep;24(3):233-40.
15. HUDSON JL, RAPEE RM. 2000. The origins of social phobia. *Behav Modif*. Jan;24(1):102-29.
16. KAPLAN B. SADOCK B. 1998. *Synopsis of Psychiatry*. Cippincott Williams and Wilbin 8a. Edición.
17. KESSLER RC, STEIN MB, BERGLUND P. 1998. Social Phobia subtypes in the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry*, 155: 613-619.
18. LAFOURCADE, Pedro: Evaluación de los Aprendizajes, Editorial Kapeluz, Buenos Aires, 1975, pág. 15.

19. LEMUS, Luis: Evaluación del Rendimiento Escolar, 1ra. edición, Editorial Kapeluz, Buenos Aires, 1974, pág. 18.
20. MERANI, A. I.: Psicología y Pedagogía, Editorial Grijalbo S.A., México, 1969, pág. 30.
21. MICK MA, TELCH MJ. 1998. Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. J Anxiety Disord Jan-Feb;12(1):1-20.
22. OSMAN A, BARRIOS FX, AUKES D, OSMAN JR. 1995. Psychometric evaluation of the social phobia and anxiety inventory in college students. J Clin Psychol. Mar; 51(2):235-43.
23. PAREDES, PERI, y otros: Aspectos Sociales de la Educación en el Perú, Editorial Campodónico, Lima, 1972, pág. 94.
24. PECKNOLD JC. 1997. A risk-benefit assessment of buspirone in the treatment of anxiety disorders. Drug Saf Feb;16(2):118-32.
25. PINE DS, COHEN E, COHEN P, BROOK JS 2000. Social phobia and the persistence of conduct problems J Child Psychol Psychiatry Jul;41(5):657-65
26. PINE DS, COHEN P, GURLEY D, BROOK J, MA Y 1998. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Arch Gen Psychiatry Jan;55(1):56-64.
27. SHEN Q, LU YW, HU CY, DENG XM, GAO H, HUANG XQ, NIU EH. 1998. A preliminary study of the mental health of young migrant workers in Shenzhen. Psychiatry Clin Neurosci Dec;52 Suppl:S370-3.
28. SIMONOFF E, PICKLES A, MEYER JM, SILBERG JL, MAES HH, LOEBER R, RUTTER M, HEWITT JK, EAVES LJ. 1997 The Virginia twin

- study of adolescent behavioral development. Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. Arch Gen Psychiatry. Sep; 54 (9): 801-8.
29. STABLER B, CLOPPER RR, SIEGEL PT, NICHOLAS LM, SILVA SG, TANCER ME, UNDERWOOD LE 1996. Links between growth hormone deficiency, adaptation and social phobia. Horm Res 45(1-2):30-3.
30. STRUCH ARGELATA, Jaime: Reflexiones Pedagógicas, Editorial Labrusa S.A., Lima, 1982, pág. 136.
31. SUND, Robert B. y PICARD, Anthony: Objetivos Conductuales y Medidas de Evaluación, Editorial Trillas, México, 1976, pág. 113.
32. TELLEZ, J.E. 1999. Psiquiatría.. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín.
33. TOCHARCEN A, GARRISON C, MCKEOWN R, WALLER J, JACKSON K, ADDY C, SHOOB H. 2000. The longitudinal study of phobic disorder in a community sample from early to late adolescence. Ann Epidemiol. Oct 1;10(7):483.
34. TOUSIGNANT M, HABIMANA E, BIRON C, MALO C, SIDOLLEBLANC E, BENDRIS N The Quebec Adolescent Refugee Project: psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999 Nov;38(11):1426-32
35. TURK CL, HEIMBERG RG, ORSILLO SM, HOLT CS, GITOW A, STREET LL, SCHENEIER FR, LIEBOWITZ MR. 1998. An investigation of gender differences in social phobia. J. Anxiety Disord May- Jun; 12(3): 209-23.

36. VERHULST FC, VAN DER ENDE J, FERDINAND RF, KASIUS MC.
1997. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* Apr; 54(4): 329-36.
37. WITTCHEN HU, BELOCH E. 1996. The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychopharmacol.* Jun;11 Suppl 3:15-23.
38. WITTCHEN HU, STEIN MB, KESSLER RC. 1999. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med.* Mar; 29(2):309-23.





ANEXO 1

MATRIZ DE TABULACION ASOCIACIÓN DE FOBIA SOCIAL EN EL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS ALUMNOS DEL CURSO DE FISIOLÓGÍA DE LA U.N.S.A. Y U.C.S.M. AREQUIPA

	UNIV	SEXO	PESO	TALLA	EDAD	COLEGIO	RELIGION	NUTRICION	REGIMEN	NSE	FOBIA	REND	NIVEL FOBIA	NIVEL	NOTA
1	UCSM	MASCUL	59	1.7	18	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
2	UCSM	FEME	58	1.6	22	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	11
3	UCSM	FEME	36	1.5	19	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	MODERADA	TM	13
4	UCSM	FEME	57	1.63	19	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TM	12
5	UCSM	FEME	53	1.58	20	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	12
6	UCSM	FEME	48	1.55	20	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TMS	15
7	UCSM	FEME	60	1.7	19	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	12
8	UCSM	FEME	60	1.7	20	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	DESAP	SEVERA	TMI	10
9	UCSM	FEME	56	1.56	23	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
10	UCSM	FEME	64	1.63	17	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
11	UCSM	FEME	56	1.65	18	ESTA+PARR	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	13
12	UCSM	FEME	46	1.55	20	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	13
13	UCSM	FEME	47	1.6	20	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	13
14	UCSM	FEME	37	1.55	22	PARTICUL	NO CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	DESAP	SEVERA	TMI	10
15	UCSM	MASCUL	60	1.66	19	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	13
16	UCSM	MASCUL	70	1.75	20	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TMS	14
17	UCSM	MASCUL	76	1.82	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	MODERADA	TMS	14
18	UCSM	MASCUL	78	1.72	24	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	11
19	UCSM	FEME	50	1.58	19	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	11
20	UCSM	MASCUL	84	1.81	19	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	MODERADA	TM	13
21	UCSM	MASCUL	70	1.7	17	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TMS	14
22	UCSM	MASCUL	94	1.85	18	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	13
23	UCSM	FEME	54	1.55	18	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TMS	15

24	UCSM	FEME	47	1.6	18	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TMS	16
25	UCSM	MASCUL	52	1.6	19	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	11
26	UCSM	MASCUL	93	1.8	19	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	12
27	UCSM	MASCUL	74	1.78	20	ESTA+PARR	NO CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	DESAP	LEVE	TMI	10
28	UCSM	MASCUL	62	1.58	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	13
29	UCSM	FEME	58	1.7	19	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	13
30	UCSM	FEME	56	1.57	19	ESTA+PARR	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	13
31	UCSM	FEME	60	1.56	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
32	UCSM	FEME	53	1.63	23	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TMS	14
33	UCSM	MASCUL	62	1.72	24	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
34	UCSM	MASCUL	96	1.86	21	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	13
35	UCSM	MASCUL	70	1.69	19	ESTA+PARR	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
36	UCSM	MASCUL	86	1.78	22	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	11
37	UCSM	FEME	60	1.62	18	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TM	12
38	UCSM	MASCUL	67	1.7	22	ESTA+PARR	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	MODERADA	TM	11
39	UCSM	FEME	55	1.57	18	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
40	UCSM	FEME	64	1.6	20	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TM	12
41	UCSM	MASCUL	78	1.7	20	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	13
42	UCSM	FEME	92	1.7	22	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	11
43	UCSM	MASCUL	70	1.72	22	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
44	UCSM	FEME	60	1.67	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TMS	14
45	UCSM	FEME	53	1.59	20	PARTICUL	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	BAJO	NO	APROB	NO	TM	13
46	UCSM	FEME	50	1.62	18	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	11
47	UCSM	MASCUL	90	1.8	23	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	IRREGU	BAJO	SI	APROB	NO	TM	11
48	UCSM	FEME	57	1.59	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	BAJO	SI	APROB	SEVERA	TM	13
49	UCSM	MASCUL	62	1.73	18	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
50	UCSM	MASCUL	65	1.78	21	PARTICUL	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TM	11
51	UCSM	FEME	56	1.65	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	11
52	UCSM	FEME	51	1.54	20	ESTA+PARR	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	12
53	UCSM	FEME	62	1.6	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	11
54	UCSM	FEME	58	1.59	18	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	12

55	UCSM	MASCUL	65	1.74	20	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	13
56	UCSM	FEME	69	1.6	20	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	13
57	UCSM	FEME	55	1.65	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TM	11
58	UCSM	MASCUL	65	1.72	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
59	UCSM	MASCUL	63	1.76	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
60	UCSM	FEME	50	1.64	19	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	13
61	UCSM	FEME	53	1.52	19	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	12
62	UCSM	FEME	55	1.73	18	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	13
63	UCSM	FEME	52	1.67	19	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	11
64	UCSM	FEME	53	1.58	18	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	12
65	UCSM	MASCUL	74	1.71	20	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
66	UCSM	FEME	51	1.65	20	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	MODERADA	TM	13
67	UCSM	FEME	54	1.6	19	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	MODERADA	TM	12
68	UCSM	MASCUL	70	1.77	19	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	MODERADA	TM	13
69	UCSM	FEME	58	1.68	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	DESAP	LEVE	TMI	10
70	UCSM	MASCUL	61	1.75	20	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TMS	14
71	UNSA	MASCUL	104	1.81	22	EST A+PARR	NO CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	MODERADA	TM	11
72	UNSA	FEME	47	1.5	22	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
73	UNSA	MASCUL	69	1.74	20	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
74	UNSA	FEME	52	1.59	20	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	BAJO	NO	APROB	NO	TM	12
75	UNSA	FEME	65	1.5	22	EST A+PARR	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
76	UNSA	FEME	50	1.57	20	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	BAJO	NO	APROB	NO	TM	12
77	UNSA	FEME	71	1.73	19	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	BAJO	NO	APROB	NO	TM	13
78	UNSA	FEME	47	1.53	20	PARTICUL	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	13
79	UNSA	FEME	51	1.62	23	EST A+PARR	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	12
80	UNSA	MASCUL	57	1.64	23	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	12
81	UNSA	FEME	53	1.5	22	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	BAJO	SI	APROB	NO	TM	11
82	UNSA	FEME	54	1.69	22	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	11
83	UNSA	MASCUL	74	1.83	22	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	DESAP	SEVERA	TMI	9
84	UNSA	FEME	62	1.59	23	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	11
85	UNSA	MASCUL	57.5	1.74	24	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	13

86	UNSA	FEME	53	1.6	22	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	DESAP	MODERADA	TMI	9
87	UNSA	FEME	62	1.54	22	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	IRREGU	BAJO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
88	UNSA	FEME	72	1.63	22	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
89	UNSA	MASCUL	62	1.7	21	EST A+PARR	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
90	UNSA	FEME	61	1.64	22	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TMS	14
91	UNSA	MASCUL	68	1.6	23	EST A+PARR	NO CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	DESAP	SEVERA	TMI	7
92	UNSA	FEME	58	1.6	22	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	BAJO	SI	DESAP	LEVE	TMI	9
93	UNSA	FEME	70	1.63	22	EST A+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	BAJO	SI	APROB	LEVE	TM	11
94	UNSA	MASCUL	65	1.67	21	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	12
95	UNSA	MASCUL	65	1.72	20	EST A+PARR	NO CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
96	UNSA	FEME	64	1.56	22	PARTICUL	NO CATOL	ANORMAL	IRREGU	BAJO	SI	DESAP	LEVE	TMI	10
97	UNSA	FEME	67	1.53	22	EST A+PARR	NO CATOL	ANORMAL	REGULAR	BAJO	SI	DESAP	SEVERA	TMI	9
98	UNSA	MASCUL	65	1.69	22	EST A+PARR	NO CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
99	UNSA	MASCUL	68	1.65	21	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	BAJO	SI	APROB	LEVE	TM	11
100	UNSA	MASCUL	67	1.79	22	EST A+PARR	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	MODERADA	TM	11
101	UNSA	MASCUL	70	1.88	21	EST A+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	DESAP	MODERADA	TMI	9
102	UNSA	FEME	58	1.54	20	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	BAJO	SI	APROB	MODERADA	TM	12
103	UNSA	FEME	60	1.53	20	EST A+PARR	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
104	UNSA	MASCUL	60	1.7	20	EST A+PARR	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	BAJO	SI	APROB	SEVERA	TMS	15
105	UNSA	FEME	58	1.55	21	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	BAJO	NO	APROB	NO	TM	11
106	UNSA	MASCUL	65	1.69	22	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	BAJO	NO	DESAP	NO	TMI	10
107	UNSA	MASCUL	72	1.82	22	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	MODERADA	TM	11
108	UNSA	FEME	57	1.59	20	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TM	11
109	UNSA	FEME	70	1.58	22	EST A+PARR	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	DESAP	SEVERA	TMI	10
110	UNSA	MASCUL	70	1.78	22	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	DESAP	NO	TMI	9
111	UNSA	FEME	58	1.69	20	EST A+PARR	NO CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	DESAP	SEVERA	TMI	9
112	UNSA	MASCUL	55	1.7	21	EST A+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TM	11
113	UNSA	MASCUL	73	1.7	22	PARTICUL	NO CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TM	11
114	UNSA	FEME	56	1.64	20	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	BAJO	SI	DESAP	NO	TMI	9
115	UNSA	MASCUL	65	1.69	21	EST A+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
116	UNSA	FEME	58	1.57	22	EST A+PARR	NO CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TM	12

117	UNSA	FEME	78	1.7	22	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	DESAP	NO	TMI	8
118	UNSA	MASCUL	75	1.77	21	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	BAJO	SI	APROB	SEVERA	TM	12
119	UNSA	FEME	88	1.7	21	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	11
120	UNSA	FEME	50	1.66	22	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	BAJO	SI	APROB	SEVERA	TM	12
121	UNSA	MASCUL	62	1.69	22	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	11
122	UNSA	FEME	59	1.59	22	PARTICUL	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
123	UNSA	FEME	54	1.57	22	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	12
124	UNSA	MASCUL	74	1.74	22	ESTA+PARR	NO CATOL	NORMAL	IRREGU	BAJO	NO	APROB	NO	TM	11
125	UNSA	MASCUL	58	1.72	22	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	11
126	UNSA	FEME	48	1.62	21	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	BAJO	SI	APROB	MODERADA	TM	11
127	UNSA	MASCUL	60	1.67	20	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	BAJO	SI	APROB	LEVE	TM	12
128	UNSA	MASCUL	81	1.68	22	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	APROB	LEVE	TM	11
129	UNSA	FEME	65	1.6	22	ESTA+PARR	NO CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	DESAP	NO	TMI	10
130	UNSA	MASCUL	74	1.71	22	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	DESAP	NO	TMI	9
131	UNSA	MASCUL	58	1.65	21	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	BAJO	SI	APROB	MODERADA	TM	11
132	UNSA	MASCUL	63	1.65	21	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	11
133	UNSA	MASCUL	75	1.65	21	ESTA+PARR	CATOL	ANORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	NO	DESAP	NO	TMI	9
134	UNSA	MASCUL	65	1.7	21	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	12
135	UNSA	FEME	53	1.55	18	ESTA+PARR	CATOL	NORMAL	IRREGU	MEDIOALTO	SI	DESAP	NO	TMI	10
136	UNSA	FEME	54	1.6	20	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	NO	TM	12
137	UNSA	FEME	60	1.58	22	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	APROB	NO	TM	12
138	UNSA	FEME	53	1.58	22	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	NO	DESAP	NO	TMI	7
139	UNSA	FEME	70	1.68	21	PARTICUL	CATOL	NORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	DESAP	SEVERA	TMI	8
140	UNSA	FEME	46	1.64	20	PARTICUL	CATOL	ANORMAL	REGULAR	MEDIOALTO	SI	APROB	SEVERA	TM	12



ANEXO 2

GLOSARIO

Agorafobia - palabra proveniente del griego que significa literalmente "miedo a la plaza del mercado". Se trata de un trastorno de la ansiedad con temor de sufrir un ataque de pánico en lugares o situaciones de los cuales puede ser difícil o avergonzante escapar.

Alucinaciones - fuerte percepción de un hecho u objeto que no ocurre en la realidad; puede involucrar cualquiera de los sentidos (es decir, visual, auditivo, gustativo, olfativo o táctil).

Amenorrea - ausencia o cesación de los períodos menstruales.

Anhedonia - Incapacidad para sentir placer o satisfacción a partir de experiencias que por lo común resultan placenteras

Anorexia nerviosa (También llamada anorexia.) - trastorno de la alimentación caracterizado por bajo peso corporal (menos del 85 por ciento del peso normal para la estatura y edad), imagen distorsionada del cuerpo y miedo intenso a engordar.

Autoestima - sentimientos acerca de uno mismo.

Comportamiento suicida - acciones realizadas por la persona que está pensando o planeando su propia muerte.

Delirio - percepción considerada como verdadera por quien la percibe, a pesar de ser errónea.

Depresión - trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y abatimiento.

Depresión grave (También llamada depresión clínica o depresión unipolar.) - clasificada como un tipo de trastorno afectivo (o trastorno del estado de ánimo) que excede los altibajos normales, convirtiéndose en una serio trastorno médico y una importante preocupación relacionada con la salud en este país.

Desarrollo cognitivo - desarrollo de la capacidad de pensar y razonar.

Dislexia - trastorno de la lectura caracterizada por una capacidad de lectura inferior al nivel esperado de un niño de acuerdo con su edad, nivel escolar e inteligencia.

Distimia (También llamada trastorno distímico.) - clasificada como un tipo de trastorno afectivo (o del estado de ánimo) que a menudo se parece a una forma de depresión grave (clínica) menos severa, pero más crónica. Además, las personas que tienen distimia también pueden experimentar, a veces, episodios de depresión grave.

Endorfinas - químicos en el cerebro responsable de los estados de ánimo positivos.

Esquizofrenia - uno de los trastornos de salud mental más complejos; caracterizado por pensamientos distorsionados, sentimientos extraños y comportamiento y utilización del lenguaje inusual; implica una alteración severa, crónica e incapacitante del cerebro.

Euforia - sensación de júbilo o bienestar que no está basada en la realidad y por lo general es exagerada.

Fobia - temor incontrolable, irracional y persistente ante un objeto, situación o actividad específicos.

Fobia específica - tipo de fobia caracterizado por un gran temor a un objeto o situación que, en condiciones normales, no es peligroso.

Fobia social - trastorno de la ansiedad en el que la persona siente gran ansiedad e incomodidad relacionadas con el miedo a sentirse avergonzado, humillado o despreciado por otros en situaciones sociales o ante un público.

Identidad - autoconocimiento de las propias características o personalidad, sentido de sí mismo.

Índice de masa corporal (su sigla en inglés es BMI) - medida para determinar las cantidades de adiposidad corporal y de masa corporal magra.

Intento de suicidio - acción orientada a quitarse la vida que no logra provocar la muerte.

Manía - trastorno del estado de ánimo que puede caracterizarse por gran júbilo, impulsividad, irritabilidad, rapidez al hablar, nerviosismo, distracción y, o falta de sentido común.

Medicina de la adolescencia - subespecialidad de la medicina pediátrica orientada a brindar asistencia médica holística a pacientes adolescentes y al tratamiento de los problemas médicos comunes durante la adolescencia.

Mutismo selectivo - incapacidad de hablar en situaciones sociales específicas en un niño o adolescente que puede y de hecho habla en otras circunstancias.

Neurotransmisores - sustancias químicas del cerebro que regulan otras sustancias químicas en el mismo.

Obesidad - acumulación generalizada de adiposidad corporal.

Pensamiento suicida - ideas de suicidio o deseo de quitarse la vida.

Psicosis desintegrativa (También llamada trastorno desintegrativo infantil.) - tipo de trastorno generalizado de desarrollo caracterizado por una regresión marcada en diversas áreas de funcionamiento seguido de un período de por los menos dos años de desarrollo aparentemente normal.

Psiquiatra - médico titulado (su nombre lleva las iniciales en inglés MD o DO) que se especializa en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Su capacitación médica y psiquiátrica lo prepara para tratar a niños y adultos en forma individual, como integrantes de una familia (con participación de la unidad familiar) o en grupo. Los psiquiatras pueden recetar medicamentos, si es necesario.

Síndrome maniaco depresivo (También llamado trastorno bipolar.) - clasificado como un tipo de trastorno afectivo (o trastorno del estado de ánimo) que excede los altibajos normales. El síndrome maniaco depresivo se caracteriza por episodios periódicos de júbilo extremo, ánimo eufórico o irritabilidad (también llamados fase maníaca) a los que se contraponen episodios periódicos de síntomas depresivos clásicos.

Suicidio - acto intencional de quitarse la vida.

Trastorno afectivo (También llamado trastorno del estado de ánimo.) - categoría dentro de los problemas de la salud mental que incluye los trastornos depresivos.

Trastorno autista (También llamado autismo.) - trastorno neurológico y de desarrollo que normalmente aparece durante los primeros tres años de vida. Un niño

autista parece vivir en su propio mundo, demuestra poco interés en los demás y falta de conciencia social. El centro de un niño autista es una rutina constante e incluye interés en la repetición de comportamientos inusuales y extraños. Los niños autistas a menudo tienen problemas de comunicación, evitan el contacto visual y muestran escaso apego por los demás.

Trastorno de ansiedad generalizado (TAG) - trastorno mental caracterizado por preocupación y temor crónicos y excesivos que parecen no tener una causa real. Los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizado a menudo se preocupan mucho, por ejemplo, por los hechos futuros, los comportamientos pasados, la aceptación social, los asuntos familiares y sus capacidades personales o su desempeño escolar.

Trastorno de estrés postraumático (PTSD) - trastorno de la ansiedad caracterizado por un suceso (trauma) físico o emocional aterrador que provoca que la persona que lo ha sobrevivido tenga pensamientos y recuerdos o retrospectivas persistentes y aterradores de esa terrible experiencia. A menudo, las personas que tienen PTSD se sienten paralizados emocionalmente de forma crónica.

Trastornos de la comunicación - los trastornos de la comunicación son trastornos de desarrollo que incluyen trastorno del lenguaje expresivo (centrado en los retrasos en el desarrollo y las dificultades en la capacidad de producir el habla) y trastorno mixto del lenguaje receptivo y expresivo (centrado en los retrasos en el desarrollo y las dificultades en la capacidad de comprensión y producción del lenguaje hablado).

Trastorno de la expresión escrita - dificultad con la capacidad de escritura, por ejemplo comprensión de la gramática o la puntuación, ortografía, organización de los párrafos o composición de información escrita.

Trastorno de la lectura - trastorno del aprendizaje caracterizado por una capacidad de lectura inferior al nivel esperado de un niño de acuerdo con su edad, año escolar e inteligencia.

Trastorno de pánico - caracterizado por ataques de pánico crónicos, repetidos e inesperados, episodios de temor abrumador de encontrarse en peligro sin una causa específica que lo justifique. En los intervalos entre un ataque de pánico y otro, las

personas que padecen trastorno de pánico se preocupan excesivamente por cuándo y dónde volverán a experimentar el próximo episodio.

Trastorno de Rett - tipo de trastorno generalizado del desarrollo que ocurre con mayor frecuencia en las niñas y se caracteriza por el desarrollo de déficits múltiples específicos después de un periodo de funcionamiento normal al nacer.

Trastorno del aprendizaje - los trastornos del aprendizaje se caracterizan por las dificultades en el área académica (lectura, matemáticas o expresión escrita); es decir, que la capacidad de logro de un niño en un área académica específica es inferior a la esperada en función de su edad, nivel escolar e inteligencia.

Trastorno del estado de ánimo (También llamado trastorno afectivo.) - categoría dentro de los problemas de la salud mental que incluye los trastornos depresivos.

Trastorno del lenguaje expresivo - trastorno de la comunicación identificado por retrasos en el desarrollo y dificultades en la capacidad de producir el habla.

Trastorno mixto del lenguaje receptivo y expresivo - trastorno de la comunicación identificado por retraso en el desarrollo y dificultades en la capacidad de comprensión y producción de la palabra hablada.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) - trastorno de ansiedad en el cual quienes lo padecen tienen un pensamiento, temor o preocupación irracional que tratan de superar mediante una actividad ritual para reducir su ansiedad. Las imágenes o pensamientos perturbadores y frecuentes se denominan obsesiones y los rituales que se llevan a cabo para evitarlos o disiparlos se llaman compulsiones.