

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA

"Habilidades Sociales y Ansiedad en Adolescentes"

ALUMNA: Araoz, Carina Alejandra

DIRECTOR: Lic. Walter Motilla

Noviembre de 2013

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Walter Motilla

Nota:

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por el esfuerzo realizado, por tantos años de trabajo, para darme la posibilidad de estudiar lo que realmente me apasiona.

A mis hermanos, Albertina y Roberto, por creer siempre en mí y en mis capacidades.

A mis familiares, en especial mis tías, Isabel, Lucia y María, por haber estado en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi gran aliado y compañero, por su apoyo y contención, durante años de carrera y sobre todo, en los momentos en que quise bajar los brazos.

A mi maestro, amigo, y jefe Dr. Carlos F. Rivas, por su enseñanza, sabiduría y apoyo.

A Jimena, amiga y compañera, por su ayuda, sobre todo en esta última etapa, juntas escalando la cima del Aconcagua.

A mi amiga incondicional Mavi, con quien hemos atravesado juntas, momentos tristes y felices.

A Emiliano por su amor, compañía y ayuda en esta última etapa, gracias por alegrar mis días de tensión.

A la Licenciada Carina Farjos, por su grandeza humana, quien sin conocerme, me brindo toda su ayuda para poder concretar mi sueño.

A mi director de tesina, el Licenciado Walter Motilla, por su sabiduría, dedicación, tiempo y predisposición.

A todos aquellos que me han acompañado e hicieron posible que hoy este llegando a lograr este sueño tan deseado, de ser psicóloga.

RESUMEN

El presente trabajo pretendió explorar, la posible existencia de relaciones entre las habilidades sociales y los niveles de ansiedad, existente en un grupo de adolescentes, estudiantes de los últimos años del secundario, de entre 15 y 17 años de edad.

Las hipótesis que guiaron esta investigación fueron:

- *“A mayor habilidad social, menor nivel de ansiedad”.*
- *“A menor habilidad social, mayor nivel de ansiedad”*

A partir de estas hipótesis, se plantearon los siguientes objetivos:

- *Evaluar las habilidades sociales en los adolescentes.*
- *Evaluar el grado de ansiedad.*
- *Describir los niveles de ansiedad de tipo Cognitivo, Fisiológico y Motor.*
- *Analizar la relación entre los sujetos que han obtenido elevados puntajes en la escala de habilidades sociales y el nivel de ansiedad.*

La muestra fue de carácter intencional, no probabilística, y estuvo conformada por 50 adolescentes de entre 15 y 17 años.

Para llevar a cabo los objetivos y comprobar las hipótesis de esta tesina, se administraron los siguientes instrumentos de evaluación psicológica:

- Escala de habilidades sociales (EHS) de Gismero González (2010): para evaluar las habilidades sociales.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) de Miguel Tobal y Cano Vindel (1997): para evaluar la ansiedad, y los niveles de ansiedad de tipo cognitivo, fisiológico y motor.

El análisis estadístico se llevó a cabo, mediante el paquete estadístico SPSS, versión 19 para Windows. Para someter a prueba las hipótesis se aplicó una correlación de Pearson.

A partir de los resultados se concluyó, que existe una correlación levemente significativa, entre las variables; es decir, que a medida que aumentan las puntuaciones de habilidades sociales, los niveles de ansiedad disminuyen.

Al tratarse de una muestra no probabilística, las conclusiones que derivan de este trabajo, no pueden ser generalizadas a toda la población, sino que son válidas, solo para aquellos sujetos que participaron de la investigación.

SUMMARY

The aim of this project was to explore if there is any relationship between the social skills and the existent level of anxiety in a group of adolescents, who are attending the last years of formal education. They are between 15 and 17 years old.

The hypotheses that support this investigation were:

- Higher scores in social skills, lower anxiety level.
- Lower scores in social skills, higher anxiety level.

These hypotheses derived into the following objectives:

- To evaluate social skills in teenagers
- To evaluate the level of anxiety.
- To describe the cognitive, physical and motor level of anxiety.
- To analyze the existent relationship of those students who obtained high scores in social skills and their level of anxiety.

The reference sample was intentional, nonprobability sampling and it was made up by 50 adolescents from 15 to 17 years old.

To achieve the mentioned objectives and to prove the hypotheses of this work, the following psychological instruments were used.

Escala de habilidades sociales (EHS) de Gismero González (2010): to evaluate social skills.

Inventario de Situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) de Miguel Tobal y Cano Vindel (1997): to evaluate anxiety level as well as the cognitive, physical and motor level.

The statistical analysis was carried out through the statistic package SPSS 19 version for Windows. To check the hypotheses Pearson was applied.

The obtained results show that there is a slight relationship between the proposed variables that is to say that with higher scores in social skills, the anxiety level is lower.

Since it was a nonprobability sampling, the results can not be applied to everybody. They can be applied only to the people who participate in this investigation.

ÍNDICE

TITULO	2
HOJA DE EVALUACIÓN.....	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
SUMMARY	7
ÍNDICE	9
INTRODUCCIÓN	12
MARCO TEÓRICO.....	13
CAPITULO I:	14
1. HABILIDADES SOCIALES.....	15
1.1 Reseña histórica del concepto de las habilidades sociales.....	15
1.2 Definición de Las Habilidades Sociales.....	17
1.3. Elementos Componentes De La Habilidad Social	19
1.3.1 Componentes Conductuales	19
1.3.1.1 Categorías Molares	19
1.3.1.2 Categorías de Nivel Intermedio	20
1.3.1.3 Categorías Moleculares.....	20
1.3.2 Componentes Cognitivos	21
1.3.2.1 Las Habilidades de percepción del ambiente de comunicación	22
1.3.2.2 Competencias Cognitivas.....	22
1.3.2.3 Estrategias de Codificación y Constructos personales.....	23
1.3.2.4 Expectativas	23
1.3.2.5. Valores subjetivos de los estímulos.....	24
1.3.2.6 Planes y sistemas de autorregulación	24
1.3.3 Componentes Fisiológicos	24
1.4 Modelos Teóricos De Las Habilidades Sociales.....	25
1.4.1 Modelo derivado de la Psicología Social: Teoría de roles	25
1.4.2 Modelo de Aprendizaje Social	25
1.4.3 Modelo Cognitivo.....	26
1.4.4 Modelo de Percepción Social	27
1.4.5 Modelo de la adquisición de las habilidades sociales: Teoría del aprendizaje.....	27
1.5 Modelos explicativos de la falta de habilidades sociales	28
1.5.1 Modelo de déficit de habilidades sociales	28
1.5.2 Modelo de inhibición por ansiedad	28
1.5.3 Modelo de inhibición mediatizada	28
1.5.4 Modelo de percepción social	29
1.6 Proceso de Socialización y su Importancia en la Adquisición de Habilidades Sociales	29
CAPITULO II:	32
2. ANSIEDAD	33
2.1. Definición de Ansiedad.....	33
2.2 Teorías de la Ansiedad.....	34
2.2.1 Teoría Psicoanalítica	34
2.2.2 Teoría Conductual de la Ansiedad	35
2.2.3 Teoría Cognitiva	36

2.2.3.1 Teoría de Beck	36
2.2.3.2 Teoría de Lázarus	37
2.2.4 Teoría Cognitivo-Conductual.....	39
2.2.4.1 Teoría Tridimensional de Lang.....	40
2.2.4.2 Teoría interactiva de la Ansiedad	45
2.2.4.3 Teorías sobre los sesgos cognitivos.....	46
2.2.4.3.1 Teoría de Eysenck.....	46
2.3 Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica.....	48
CAPITULO III:	50
3. ADOLESCENCIA	51
3.1. Definición de Adolescencia	51
3.2. Fases de la Adolescencia.....	52
3.2.1 Pubertad	52
3.2.2 Adolescencia media	57
3.2.3 Adolescencia tardía	57
3.3 Impacto Psicológico De Los Cambios Puberales	58
3.4 Desarrollo Intelectual en la Adolescencia.....	61
3.5 Nuevo Paradigma de la Adolescencia.....	62
3.6 Adolescencia y Habilidades sociales.....	63
3.7 Adolescencia y Ansiedad	65
PARTE II:MARCO METODOLÓGICO	67
CAPITULO IV:.....	68
4. Materiales, Métodos y Procedimientos.....	69
4.1 Hipótesis y objetivos de investigación	69
4.2 Método	69
4.2.1 Diseño metodológico	69
4.2.2 Tipo De Muestra.....	70
4.3. Materiales De Evaluación.....	70
4.3.1 Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)	71
4.3.2 Escala De Habilidades Sociales (EHS)	72
4.4 Procedimiento	74
CAPITULO V:.....	76
5. Presentación de Resultados.....	77
5.1 Descripción de la muestra	77
5.2 Presentación de Resultados.....	78
5.2.1 Habilidades Sociales	78
5.2.2 Ansiedad	80
5.2.3 Ansiedad Fisiológica, Cognitiva y Motora:.....	81
5.2.4 Asociación entre Habilidades Sociales y Ansiedad	85
CAPITULO VI:.....	89
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	90
6.1. Habilidades Sociales	90
6.2 Ansiedad	91
6.3 Ansiedad de tipo Cognitiva, Fisiológica, y Motora	91
6.4 Asociación entre Habilidades Sociales y Ansiedad	92
CAPITULO VII:.....	95
7.1 Conclusiones.....	96
7.1 Del análisis de datos se extraen las siguientes conclusiones:	96
7.2 Propuestas	98
BIBLIOGRAFÍA	100

APENDICE 104

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de cambios, una etapa de encrucijadas, y de diversos duelos, que desencadenan un nivel de ansiedad, debido a que las exigencias y presiones del medio aumentan.

El adolescente debe de dejar de ser un niño para transformarse en un adulto. Devenir adulto, implica abandonar las certezas de la niñez, para cambiarlas por las incertidumbres de la vida adulta. (Diana Zac; 2001).

En esta etapa, el adolescente debe adquirir y poner en práctica habilidades sociales más complejas (habilidades de liderazgo, popularidad, compañerismo, jovialidad, respeto); abandonando así, los comportamientos sociales propios de la niñez, y adoptando comportamientos más críticos y desafiantes respecto a las normas sociales.

Las habilidades sociales, juegan un papel primordial para la aceptación social del adolescente, pero ¿Qué sucede cuando, estas habilidades se encuentran inhibidas por niveles de ansiedad?; ¿Cuál es el nivel de ansiedad de los adolescentes? El presente trabajo pretende dar respuesta a estos interrogantes.

La primera parte de este trabajo, se divide en tres capítulos: el primer capítulo de Habilidades sociales, el segundo de ansiedad y el tercer capítulo de adolescencia.

La segunda parte, está compuesta por el marco metodológico, el cual está conformado por: El quinto capítulo, donde, se exponen los materiales, métodos y procedimientos. El sexto capítulo, con la presentación de resultados, y en el séptimo, el análisis de datos y conclusiones.

Esta tesina se abordará desde la perspectiva teórica Cognitivo-Conductual, teniendo en cuenta la gran cantidad de estudios y valiosos aportes que se han realizado respecto al tema de habilidades sociales, ansiedad y adolescencia.

PARTE I:

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I:

HABILIDADES SOCIALES

1. HABILIDADES SOCIALES

1.1 Reseña histórica del concepto de las habilidades sociales

Existen dos planteos o fuentes diferentes acerca del origen de las habilidades sociales, uno se refiere a los estudios realizados en los Estados Unidos, enraizado en la psicología clínica y de consulta, y otro, basado en los estudios realizados en Europa, orientados en la psicología ocupacional y social.

Los primeros orígenes del movimiento de las habilidades sociales, podrían remontarse a los años treinta, cuando varios autores estudiaban la conducta social en niños bajo distintos aspectos: Williams (1937) estudiando el desarrollo social de los niños, identifica lo que hoy llamamos asertividad. Murphy y Cols (1937) distinguieron tres clases de asertividad, todos se explicaban con un modelo mentalista, la conducta social de los niños en función de variables internas, dando un papel secundario a las ambientales. Sin embargo, el primer y más importante trabajo se le atribuye a Salter (1949), quien en su libro *Conditioned Reflex Therapy*, describe seis técnicas para aumentar la expresividad de las personas.

Posteriormente, Wolpe (1958) retomó las ideas de Salter, y fue quien por primera vez utilizó el término “*Conducta Asertiva*”, el cual más tarde pasaría a ser sinónimo de habilidades sociales. Luego Lázarus (1966) incluyó el entrenamiento asertivo como una técnica de terapia de conducta en la práctica clínica.

En la década de los setenta, aparecieron numerosas publicaciones sobre el tema, que demuestran la importancia que fue adquiriendo dentro del estudio de las modificaciones de la conducta; así, Alberti y Emmons (1978), escribieron el primer libro dedicado a la *asertividad*. Otros autores como Eisler, Hersen y otros (1973), Mc Fall (1982), y Goldstein y otros (1976), realizaron investigaciones sistemáticas sobre este tema y desarrollaron programas de entrenamiento para mejorar déficit en habilidades.

En esta década, aparecen diversos cuestionarios para medir la conducta asertiva, Rathus, (1973), Galassi y Cols, (1974) y Richey (1975). Como así también diversos libros informativos, donde se aplican los resultados de las investigaciones y se enseñan técnicas de entrenamiento asertivo.

Una segunda fuente, está compuesta por los trabajos de Zigler y Phillips (1960) sobre "*Competencia Social*". Desde la psicología social, investigaron a adultos institucionalizados, observando, que cuanto mayor era la competencia social previa de los pacientes internados en el hospital, menor era el tiempo de recuperación, y más baja la tasa de recaídas. El nivel de competencia social era predictor del ajuste post-hospitalización, más que el diagnóstico psiquiátrico o el tipo de tratamiento.

Las investigaciones citadas, tuvieron lugar en los EEUU, pero además se realizaron otros trabajos en Europa, investigaciones de laboratorio, sobre los procesos básicos de interacción social, llegando a la formulación de un modelo de competencia social basado en las similitudes entre la conducta social y la ejecución de habilidades motoras, dando lugar a importantes trabajos siendo considerados como los máximos representantes Argyle y Kendon (1967).

Estos dos enfoques, uno clínico, (línea Norteamericana) y el otro psicosocial, (enfoque europeo), conllevan algunas diferencias. (Ovejero 1990 citado en Gismero González, 2011):

- 1. Mayor aplicación en los Estados Unidos, del entrenamiento en habilidades sociales a problemas clínicos, mientras en Inglaterra, el énfasis es puesto en lo laboral y organizacional (industria y educación).*
- 2. Los estudios norteamericanos se han centrado mucho más en el estudio de la conducta asertiva, su medida y entrenamiento, considerando el déficit de esta, como un índice de inadecuación social. Mientras en Inglaterra, es más bien una carencia de amigos y de dificultades para el desarrollo de relaciones de amistad (Trower y Cols 1978), lo que dificultaría esa inadecuación social, poniendo su preocupación en el establecimiento de relaciones de amistad y por la atracción de su enfoque psicosocial.*

En los años 70, surge la *teoría del aprendizaje social*, la cual enfatiza el determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y las

influencias ambientales externas, con lo cual se subraya la capacidad auto-regulatoria de la persona.

De esta manera, el campo de las habilidades sociales, da un paso más al perfilarse un cuerpo teórico en el área de la modificación de la conducta cognitiva, poniendo énfasis en los procesos cognitivos como desencadenantes del desarrollo, mantenimiento y modificación de los seres humanos. En este enfoque, se integran las aportaciones de Ellis (1962), Mahoney (1974), Beck (1976) o Meichenbaum (1977), y (Pérez, 2000).

1.2 Definición de Las Habilidades Sociales

Las habilidades sociales son capacidades o destrezas sociales específicas, requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal. Al hablar de habilidades, nos referimos a un conjunto de conductas aprendidas, tales como: decir que no, hacer una petición, responder a un saludo, empatizar o ponerse en el lugar de otra persona, hacer preguntas, defender nuestros derechos, etc.

Meichenbaum, Butler y Grudson (1981, citado en Caballo, 2002), afirman que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social, ya que esta depende de un contexto, el cual es cambiante, por esta razón la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, teniendo en cuenta, clase social, patrones de comunicación, cultura, educación y edad. Además el grado de eficacia demostrado por la persona dependerá de la situación particular en la que se encuentre, así una conducta considerada apropiada para una situación, no lo sería en otra. Por esta razón, diversos autores consideran definir la habilidad social, en términos de la eficacia de su función ante una situación.

Linehan (1984) señala tres tipos básicos de consecuencias:

- Eficacia en los objetivos: eficacia para alcanzar los objetivos de la respuesta.
- Eficacia en relación: eficacia para mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción.

- Eficacia en el respeto por uno mismo: eficacia para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa.

El valor de estos objetivos varía con el tiempo, la situación y con los actores.

Teniendo en cuenta las dificultades para definir el término de habilidades sociales, Fernández Ballesteros (1994), señaló tres características básicas que presentan las habilidades sociales:

- Heterogeneidad: debido a la diversidad de comportamientos que incluye el constructo, a lo largo de las diferentes etapas evolutivas, en diversos niveles de funcionamiento y en todos los contextos en que tiene lugar la actividad humana.
- Naturaleza interactiva del comportamiento social, al tratarse de una conducta interdependiente, ajustada a los comportamientos de los interlocutores, en un contexto determinado, apareciendo el comportamiento social en una secuencia establecida e integrada.
- Especificidad situacional del comportamiento social.

Diversos autores, a la hora de definir la habilidad social, resaltan, el contenido y otros las consecuencias. El contenido, se refiere a la expresión de la conducta, (opiniones, expresiones, sentimientos, etc.); mientras las consecuencias, aluden al refuerzo social. Teniendo en cuenta esto, Caballo (1986), desarrolla una definición que resalta ambos componentes: *“La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”*.

Siguiendo el énfasis en la resolución de problemas interpersonales, León Rubio y Medina (1998 citado en Lacunza y Contini de Gonzalez; 2011) definen las habilidades sociales, como: *“La capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas, que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal*

y/o, responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva". De este concepto, se desprenden cuatro características básicas de las habilidades sociales, su carácter de aprendido, la complementariedad e interdependencia de otro sujeto, la especificidad situacional y la eficacia del comportamiento interpersonal.

Mc Fall (1982), sostiene que las habilidades sociales resultan de variables cognitivas y conductuales, las cuales se inician con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, posteriormente tiene lugar un procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta, de las cuales el sujeto seleccionaría la mejor para una emisión apropiada o la expresión manifiesta de la opción elegida. De este modo, habría habilidades de decodificación, (recepción, percepción e interpretación), de los estímulos situacionales entrantes y una interpretación de éstos, dentro de un marco de conocimiento existente. Posteriormente, intervendrían habilidades de decisión (búsqueda, comprobación y selección de la respuesta, búsqueda en el repertorio y valuación de su utilidad), por las que se realizaría una interpretación situacional y una transformación de la información, como el uso de reglas de contingencia almacenadas en la memoria a largo plazo. Por último, intervendrían las habilidades de codificación (ejecución y auto-observación), que traducen la información de un programa de proposiciones de respuesta a una secuencia coordinada de conductas observables. (Caballo, 2005). Desde este enfoque, el sujeto es un agente activo que, busca, procesa información, y controla sus acciones a fin de lograr objetivos determinados.

1.3. Elementos Componentes De La Habilidad Social

1.3.1 Componentes Conductuales

Existen distintos niveles de análisis para evaluar las habilidades sociales:

1.3.1.1 Categorías Molares

Configuradas por las habilidades sociales generales, como la asertividad, habilidad heterosexual, habilidades para cooperar y compartir, etc.

Este análisis, ha tenido dificultades y críticas, ya que, evita evaluaciones objetivas, no especifica que es lo que el sujeto está haciendo bien o mal.

1.3.1.2 Categorías de Nivel Intermedio

Configuradas a través de las diferentes sub-habilidades, como iniciar, mantener y terminar una conversación, pedir favores, seguir las normas o reglas establecidas en la interacción, etc.

1.3.1.3 Categorías Moleculares

Es más específica, se utilizan como vehículo de transmisión de mensajes y se clasifican en tres tipos:

Componentes no verbales: mensaje que se transmite paralelo e independientemente a la comunicación verbal. Consiste en el empleo de conductas motoras, para realzar o apoyar el contenido del mensaje verbal que se transmite. Dentro de las conductas no verbales se encuentran:

- La mirada
- La sonrisa
- La expresión facial
- Los gestos
- La postura corporal
- La orientación.
- La distancia o contacto físico
- La apariencia personal.

Paralingüísticos: son la forma de expresar o transmitir un mensaje. Los elementos más importantes son:

- La voz
- El volumen
- El Timbre
- La entonación, fluidez, claridad.

- La velocidad y el tiempo de habla.

Componentes verbales: elementos que componen el fondo del mensaje, incluye componentes conductuales relacionados con la emisión verbal del mensaje, como así también, el contenido del mensaje emitido. Entre los componentes verbales podemos mencionar:

- El Habla
- Hablar en publico
- El saludo, la presentación y expresión de cortesía.
- Iniciar, mantener y sostener una conversación
- Habilidades hetero-sociales.
- Hacer amigos
- Aceptar criticas
- Pedir y conceder favores
- Solicitar cambios de conducta
- Hacer preguntas
- Escucha activa
- Pedir disculpa
- Defensa de los propios derechos
- Toma de decisiones
- Empatía

1.3.2 Componentes Cognitivos

La adecuación e inadecuación social, puede tener sus raíces o ser mantenidas por determinados factores cognitivos, como pueden ser, las percepciones, actitudes o expectativas. Existen creencias, pensamientos o procesamientos cognitivos que determinan respuestas conductuales y

emocionales, facilitando u obstaculizando la ejecución de la conducta socialmente habilidosa.

Dentro de los Componentes cognitivos de la conducta socialmente hábil se encuentran:

1.3.2.1 Las Habilidades de percepción del ambiente de comunicación

- Percepciones de Formalidad.
- Percepciones de un ambiente cálido.
- Percepciones de ambiente privado.
- Percepciones de familiaridad.
- Percepciones de restricción.
- Percepciones de distancia.

A medida que aumenta la intimidad de la relación, se produce un derrumbe de las barreras de distancia, facilitando una comunicación más íntima.

1.3.2.2 Competencias Cognitivas

Las competencias cognitivas, se basan en la capacidad del individuo para, transformar y emplear la información en forma activa, y para crear pensamientos y acciones. El individuo debe saber cuándo y dónde realizar diferentes conductas, y como llevarlas a cabo. Los elementos que se incluyen son:

- Conocimiento de la conducta habilidosa apropiada.
- Conocimiento de las costumbres sociales.
- Conocimiento de las diferentes señales de respuesta.
- Saber ponerse en el lugar del otro.
- Capacidad de solución de problemas.

1.3.2.3 Estrategias de Codificación y Constructos personales

Las personas, pueden realizar con transformaciones cognitivas de los estímulos, situaciones, y el ambiente, centrándose, en aspectos seleccionados de los mismos, esa atención, interpretación y categorización selectivas, cambian el impacto que ejerce el estímulo o a situación sobre la conducta. El modo en que codificamos, y atendemos selectivamente a las secuencias conductuales que observamos, influye en lo que aprendemos y podemos hacer. Así, diferentes personas pueden agrupar y codificar los mismos acontecimientos de maneras diferentes, y atender selectivamente a la información. Los elementos que se incluyen en estos procesos son:

- Percepción social o interpersonal adecuada.
- Atención y memoria selectivas de la información negativa vs. la información positiva sobre uno mismo y la actuación social.
- Habilidades de procesamiento de la información.
- Constructos personales.
- Teorías implícitas de la personalidad.
- Esquemas (estructuras cognitivas de la memoria, conjunto de información que guía nuestro procesamiento cognitivo).

1.3.2.4 Expectativas

Las expectativas, se refieren a las predicciones que el individuo realiza sobre las consecuencias de su conducta. Estas, guían la selección de conductas, dentro de determinada situación. La realidad objetiva, no es el determinante crítico, sino la realidad percibida. Algunos elementos que pueden incluirse son:

- Expectativas de autoeficacia: seguridad que tiene una persona de que puede realizar una conducta particular.

- Expectativas positivas, sobre las posibles consecuencias de la conducta.
- Sentimiento de indefensión o desamparo.

1.3.2.5. Valores subjetivos de los estímulos

Las conductas que las personas escogen, tienen valores subjetivos de los resultados que esperan.

1.3.2.6 Planes y sistemas de autorregulación

Las personas, regulan su propia conducta por los objetivos y patrones de actuación, su auto-recompensas, o autocríticas por alcanzar o no, los objetivos y patrones auto-impuestos. Uno de los rasgos de los sistemas de autorregulación, es la adopción por parte de la persona de planes y reglas de contingencia que guíen sus conductas, en ausencia o en presencia de presiones externas inmediatas. Incluso, cuando el ambiente no puede cambiarse físicamente, puede ser factible transformarlo psicológicamente por medio de auto-instrucciones. Algunos de los elementos componentes de la autorregulación son:

- Auto-instrucciones adecuadas.
- Auto-observación apropiada: la observación de esa propia conducta se ve como facilitadora en su papel autorregulador.
- Patrones patológicos de atribución y fracaso social.
- Autoestima: Evaluación de la propia persona de su propio valor, adecuación y competencia.

1.3.3 Componentes Fisiológicos

Caballo (2002), describe como los elementos fisiológicos más estudiados a:

- La tasa cardíaca.
- Presión Sanguínea sistólica.
- Presión sanguínea diastólica.

- Flujo sanguíneo.
- Respuestas electrodermales (actividad de las glándulas sudoríparas).
- Respuesta electromiográfica.
- Respiración.

Sin embargo, el autor señala, la falta de resultados significativos con respecto a la inclusión de elementos fisiológicos, dentro de las investigaciones de las habilidades sociales. Destacando, como único dato relevante, el que los sujetos con alta habilidad social, tardan menos en reducir su activación (medida por la tasa cardíaca o el volumen de sangre), que los sujetos de baja habilidad social.

1.4 Modelos Teóricos De Las Habilidades Sociales

Existen dos grandes corrientes teóricas para explicar las habilidades sociales, uno proveniente de la psicología clínica, y otro de la psicología social.

1.4.1 Modelo derivado de la Psicología Social: Teoría de roles

Fernández y Carrobles (1981), definen las habilidades sociales como: “la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, específicamente aquellos que provienen del comportamiento de los demás”. Complementa a esta definición interaccional, el concepto de rol, en el sentido que las habilidades sociales, exigen la captación y aceptación del rol del otro y del otro generalizado, como así también, la comprensión de los elementos simbólicos asociados a sus reacciones, tanto verbal como no verbal. Se refiere, al papel que juegan las expectativas dirigidas al propio rol y al rol de los otros.

1.4.2 Modelo de Aprendizaje Social

El modelo de aprendizaje social, surge de la conjunción de dos teorías, de la psicología social y las teorías conductuales del aprendizaje.

Este modelo, supone que, las habilidades sociales se adquieren a través de experiencias interpersonales, directas o vicarias. Y son mantenidas y/o modificadas, por las consecuencias sociales del comportamiento emitido. El comportamiento de otros, constituye una retroalimentación para la persona,

acerca, de su propio comportamiento. El refuerzo social, acá no solo cumple el papel informativo, sino también de incentivo para la conducta socialmente hábil. Este tipo de aprendizaje, va generando expectativas de autoeficacia. Estas se refieren a la percepción de sí mismo, de si uno es capaz de enfrentar determinada situación, decidiendo así, si va a involucrarse o no en la situación social.

Se incluyen en este enfoque, el modelo de aprendizaje Social - Cognitivo, que ha demostrado como la conducta social está mediada por diversos factores cognitivos, tales como: expectativas, atribuciones, creencias, mecanismos de procesamiento de la información, métodos de resolución de problemas, etc., los cuales mediatizan los procesos de interacción social. El énfasis de este modelo se encuentra en el entrenamiento en resolución de problemas, el cual, postula que el desarrollo de las intervenciones clínicas y las estrategias de prevención deben centrarse en la facilitación de la competencia social. Al respecto D'Zurilla & Goldfried (1973), han insistido en la necesidad de incluir en los programas de habilidades sociales, un entrenamiento en resolución de problemas.

1.4.3 Modelo Cognitivo

Ladd & Mize (1983), definen las habilidades sociales como *“la habilidad para organizar cogniciones y conductas en un curso integrado de acción dirigido hacia metas interpersonales o sociales que sean culturalmente aceptadas”*. Según el autor, son necesarias tres cosas para un funcionamiento social efectivo: conocer la meta apropiada para la interacción social, conocer las estrategias adecuadas para alcanzar el objetivo social y conocer el contexto, en el cual una estrategia específica puede ser apropiadamente aplicada.

Dentro de las habilidades socio-cognitivas, las más estudiadas son: las habilidades de resolución de problemas interpersonales, las características del estilo atribucional y la toma de perspectiva. (Kaplan, 1983; Dodge y Framo, 1982).

1.4.4 Modelo de Percepción Social

Argyle (1978), en su modelo de habilidades sociales, destaca los procesos de selectividad de la información, que cada persona realiza en la interacción social y la posterior interpretación (traducción), que hace de dicha información. Esta habilidad de “leer” el ambiente social, determinando las normas y convenciones particulares de ese contexto, comprendiendo los mensajes abiertos y encubiertos del otro, percibiendo las emociones e intenciones del o los interlocutores, se ha denominado *percepción social*.

Trower (1980), en esta misma línea, afirma la importancia de ciertos “componentes de habilidades sociales”: gestos, sonrisas, tiempo de latencia en la respuesta, y el proceso de interacción social, que se refiere a la habilidad individual para generar una conducta adecuada a las reglas y metas en respuesta a la retroalimentación social.

Como se puede observar, el término de las habilidades sociales, es multidimensional. Es así, que diversos autores han destacado y enfatizado diferentes factores involucrados en este concepto.

1.4.5 Modelo de la adquisición de las habilidades sociales: Teoría del aprendizaje

Kelly (1987), define las habilidades sociales como conductas aprendidas, para obtener y/o mantener refuerzos del ambiente. La teoría del aprendizaje social, se basa en los principios del condicionamiento operante, el cual resalta la importancia de los antecedentes ambientales, y sus consecuencias en el desarrollo y mantenimiento de la conducta. No obstante, teóricos como Bandura, Rotter, Mischel y Meichenbaum, han elaborado principios de aprendizaje para referirse a los efectos del aprendizaje vicario (modelado), las expectativas de índole cognitiva, el valor subjetivo del reforzamiento, la especificidad situacional de la conducta y el papel de las conductas cognitivas, tales como, las auto-verbalizaciones y las auto-instrucciones.

1.5 Modelos explicativos de la falta de habilidades sociales

Existen cuatro modelos explicativos, acerca de la falta de habilidades sociales:

1.5.1 Modelo de déficit de habilidades sociales

Este modelo plantea que, el déficit se debe a la falta de aprendizaje de componentes motores verbales y no verbales necesarios para lograr un comportamiento social competente (Curran, 1977). Por lo que la persona inhábil carecería de un repertorio conductual y/o usaría respuestas inadecuadas. El enfoque terapéutico que corresponde a este modelo es el entrenamiento dirigido a la adquisición de conducta social, mediante los procedimientos de ensayo conductual, modelaje, prácticas de respuestas, instrucciones del terapeuta y retroalimentación y refuerzo social.

Este modelo considera comportamientos específicos en contextos sociales particulares.

1.5.2 Modelo de inhibición por ansiedad

Este modelo plantea que la persona posee las habilidades necesarias en su repertorio, pero éstas se hallan inhibidas o distorsionadas por ansiedad condicionada clásicamente a las situaciones sociales. Las técnicas de tratamiento acordes a este modelo se dirigen a la reducción de la ansiedad como ser la desensibilización sistemática y el entrenamiento asertivo, también (toda su intensidad, ya sea en imaginación o en vivo, hasta que la ansiedad disminuya).

1.5.3 Modelo de inhibición mediatizada

Este modelo plantea que la inhibición esta mediatizada por diversos procesos cognitivos: evaluaciones cognoscitivas distorsionadas (Riso, 1987) expectativas y creencias irracionales (Ellis, 1974), auto-verbalizaciones negativas e inhibitorias (Schwart & Gottman, 1976), autoinstrucciones inadecuadas (Meichenbaum, 1977), estándares perfeccionistas y autoexigentes de evaluación (Alden & Safran, 1978; Alden & Cappe, 1981), expectativas respecto a la conducta asertiva (Eisler, Frederick & Peterson, 1978) que interfieren en la expresión social. Para el cambio plantea como necesaria una

reestructuración cognitiva: modificar los esquemas cognitivos, los procesos y los eventos o productos cognitivos, esto a través de técnicas conductuales y cognitivas: discusión socrática de ideas irracionales (Ellis, 1980), cambios atribucionales (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1977), generación de expectativas de autoeficacia (Bandura, 1977), entrenamiento en resolución de problemas (D'Zurilla & Goldfried, 1973), modelaje conductual y cognitivo (Wilson & O'Leary, 1980).

1.5.4 Modelo de percepción social

Este modelo atribuye la inhabilidad social a fallas en la discriminación de las situaciones específicas en que un comportamiento social es adecuado o no. La persona debe tener un conocimiento tanto de la respuesta adecuada como también de cómo y cuándo esa conducta puede emitirse.

Todos los modelos mencionados incorporan aspectos fundamentales de la conducta social, por lo que un programa de desarrollo de habilidades sociales o un entrenamiento asertivo debe integrar un gran conjunto de técnicas terapéuticas, que permita modificar las conductas que presentan déficits, eliminar la ansiedad social y modificar procesos cognitivos interferentes.

1.6 Proceso de Socialización y su Importancia en la Adquisición de Habilidades Sociales

El desarrollo de las habilidades sociales, está relacionado con un complejo proceso de interacción de variables personales, ambientales, y culturales.

El primer grupo socializador donde se inserta el sujeto, es la familia, los padres son los primeros modelos significativos de conducta social-afectiva y los hermanos, constituyen el subsistema primario para aprender las relaciones con sus pares. La familia, transmite normas y valores respecto a la conducta social, ya sea a través de información, de refuerzos, y castigos.

Moreno Méndez y Roso (2012), se refieren a la familia como: una unidad biopsicosocial, cuya función primordial es contribuir a la salud de todos sus miembros, por medio del apoyo y la transmisión de creencias y valores.

En la primera infancia, las habilidades para iniciar y mantener una situación de juego son importantes; a medida que el niño crece, se vuelven más relevantes las habilidades verbales y de interacción con pares.

El niño, realiza una transición, desde un juego solitario o en paralelo, hacia otro más cooperativo y participativo, así mediante la simbolización y el juego de roles, va paulatinamente saliendo del egocentrismo infantil, hacia la comprensión del mundo social.

La interacción no solo tiene un papel socializador, sino que también, promueve el desarrollo cognitivo, sobre todo a partir de la manipulación de un sistema de signos. (Lacunza y Contini de Gonzalez et. al.2011)

El segundo sistema, donde se inserta el niño, es la escuela, donde debe adaptarse a nuevas exigencias, nuevas reglas y la necesidad de un repertorio más amplio de comportamiento social. La participación del niño en situaciones interpersonales, es cada vez mayor, debido a su inserción en otros contextos, siendo significativas las habilidades sociales tales como: el saludo, la emisión de una opinión, hacer y responder preguntas, proximidad y orientación, participación en tareas y juegos, conducta cooperativa y responsividad afectiva. Kelly (2002; citado en Lacunza y Contini de Gonzalez et. al. 2011).

A medida que el sujeto se va desarrollando, va insertándose en diversos contextos, y grupos, complejizando su sistema, y requiriendo, la adquisición de un mayor repertorio de habilidades sociales, para desempeñarse adaptativamente en el medio. Así, el pasaje de la niñez a la adolescencia supone la adquisición de habilidades sociales más complejas, ya que los cambios físicos y psíquicos implican una modificación del rol adolescente, respecto a cómo se percibe a sí mismo, a los otros y al mundo.

El grupo de pares en la adolescencia, tiene funciones decisivas en la formación de la identidad del sujeto.

Moreno Méndez y Roso (2012) concluyeron, que aquellos adolescentes que reportan una red de compañeros, con la cual evalúa sus habilidades,

rasgos, comportamientos, basados en la comparación social, desarrollan un amplio repertorio de habilidades sociales. De la misma manera ponen a prueba las habilidades adquiridas en el ámbito familiar. El soporte de amigos, acompañado del interés y apoyo familiar, se torna un factor protector de conductas externalizantes, (trastornos de conducta). Por otro lado, si bien evidenciaron que un alto porcentaje de adolescentes no reportaban conductas externalizantes, una porción de la muestra si lo reportaban, esto lo atribuyeron al proceso de construcción social a nivel conceptual, por el que se encuentran atravesando los adolescentes.

En la adultez, la persona también debe desarrollar nuevas habilidades, en el trabajo, en la realización de tareas en equipo, e incluso habilidades interpersonales con su pareja.

En la vejez, también se requieren destrezas específicas para enfrentar las problemáticas propias de esa etapa de la vida.

Por lo que podemos observar, que la conducta social, es un proceso de aprendizaje permanente a través de la vida. Su adecuación y competencia están determinadas por la interacción permanente del sistema interpersonal, que debe ir adaptándose a las diferentes tareas y funciones del individuo, de la familia y de los roles sociales que cada uno debe cumplir en la vida.

CAPITULO II:

ANSIEDAD

2. ANSIEDAD

2.1. Definición de Ansiedad

La ansiedad es una emoción normal, que cumple una función de alerta, cuando las capacidades de adaptación son superadas por la intensidad cognitiva del estímulo. Nos advierte de un peligro inminente, respondiendo a una amenaza desconocida e imprecisa, es decir, su función, es la de movilizar y activar al individuo frente a situaciones consideradas amenazantes, de forma que pueda neutralizarlas, abordarlas o asumirlas satisfactoriamente. En algunos casos, en función de la estrategia defensiva, puede actuar no como promotor de la acción sino como inhibidor. (Rosso, 2007).

Cía (2002) refiere que, *“la ansiedad es la más común y universal de las emociones básicas del ser humano y se encuentra presente a lo largo de toda su vida. Constituye una reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro y su finalidad, a lo largo de la escala biológica, es la protección del individuo”*.

La ansiedad, entendida como respuesta emocional, puede ser definida como: *“una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones”*. (Miguel-Tobal 1990).

Posteriormente este mismo autor resumiendo la anterior definición, se refiere a la ansiedad como: *“reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en*

tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia”.

Cano-Vindel (2004 citado en Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero y Wood; 2011) define la ansiedad como: *“una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible, resultado negativo o amenaza para nuestros intereses, preparándonos para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales”.*

Diversos autores y escuelas psicológicas, están de acuerdo en vincular la ansiedad, al concepto de amenaza, hasta el punto de que ésta se considera su elemento crítico, definitorio, más significativo. Para comprender en todas sus dimensiones el concepto de amenaza, es imprescindible referirse a los planes de acción del individuo, a los logros y criterios de logro, al status quo y a su mantenimiento. Es decir, hay que considerar la acción humana, con un sentido y un significado, dirigida a un fin y guiada por intenciones. La intencionalidad no siempre es consciente, como tampoco los procesos de evaluación, como ponen de manifiesto Beck y Clark (1997) en su modelo de la ansiedad y el pánico, donde describen un modelo de procesamiento de la información basado en procesos cognitivos automáticos, por un lado y controlados por otro. Básicamente, existe intención cuando un individuo actúa de forma persistente para lograr un objetivo, eligiendo diferentes medios y procedimientos, corrigiéndolos según su evolución y resultados, hasta dar por terminada la actividad. El ciclo consta, de objetivos, opción de medios, persistencia, corrección y orden de parada.

2.2 Teorías de la Ansiedad

Existen diversas teorías que han abordado y definido la ansiedad de diversas formas.

2.2.1 Teoría Psicoanalítica

Freud concibió la ansiedad como, un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como: la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos, que se asocian a la activación autonómica; e identificó elementos fenomenológicos, subjetivos

y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes, ya que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad. Por otra parte, le atribuyo, un carácter adaptativo, actuando como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza. (Sierra, Ortega y Zubeidat; 2003).

Freud (1971) identificó tres teorías sobre la ansiedad:

- *La ansiedad real*: Este tipo de ansiedad, aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente.
- *La ansiedad neurótica*: se entiende también como una señal de peligro, pero su origen se encuentra en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, lo que permite reconocer la superioridad de esta ansiedad respecto a la objetiva. Freud diferenció entre peligro real externo y peligro de origen interno y desconocido. Con respecto al primero, señala que produce la ansiedad objetiva o miedo (Spielberger, 1966; Spielberger, Krasner y Solomon, 1988); dicha ansiedad neurótica ocurre cuando el yo intenta satisfacer los instintos del ello, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado, y el sujeto teme que el yo no pueda controlar al ello.
- *La ansiedad moral*: el super-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

2.2.2 Teoría Conductual de la Ansiedad

El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (drive), que provoca la conducta del organismo. Desde esta perspectiva, Hull (1921, 1943, 1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional, responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Así, desde las

teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que elicitán a la misma en forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado, o es aprendida mediante el aprendizaje observacional o modelado. (Sierra et al. 2003).

2.2.3 Teoría Cognitiva

Después de la década de los años sesenta, las variables cognitivas cobraron importancia en el ámbito de la Psicología, dando lugar al enfoque cognitivista. Las formulaciones de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), centradas en el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos. La mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad. Los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto. Desde este enfoque, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad, modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad.

2.2.3.1 Teoría de Beck

Beck propuso un modelo que relaciona la Depresión y la Ansiedad con un sesgo cognitivo congruente con el estado emocional.

El enfoque teórico de Beck y Emery, fue el primer intento sistemático en brindar una teoría cognitiva para la ansiedad en la clínica. En sus investigaciones, observaron que los procesos ideacionales de los pacientes que sufrían trastornos de ansiedad, eran recurrentes respecto al tema del peligro y advirtieron que esas cogniciones de peligro implicaban de forma consistente una percepción errónea o una distorsión de la realidad. Estas maneras erróneas de pensar, fueron denominadas, distorsiones cognitivas; las cuales derivan a su vez de los esquemas cognitivos, es decir, de las creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil

del desarrollo, que por lo general actúan sin que la persona sea consciente de ello.

Según estos autores, los individuos ansiosos poseerían, esquemas cognitivos inadaptados, los cuales constituyen una vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de su psicopatología. Así los individuos ansiosos, por efecto de la activación de sus esquemas, procesan selectivamente la información relevante a peligros personales. Por lo cual, este tipo de pacientes, tienden a interpretar los estímulos ambiguos como amenazantes. Y además, su capacidad cognitiva se encuentra limitada, por utilizar gran parte de la misma en la percepción y escaneo de éste tipo de estímulos.

Beck, observó que durante las sesiones, los pacientes expresaban frecuentemente su negativismo con distorsiones cognitivas específicas, a las que denominó pensamientos automáticos.

2.2.3.2 Teoría de Lázarus

Lázarus (1978), tratando de superar las definiciones de ansiedad en términos de estímulo o respuesta, predominantes hasta esa fecha, la define como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. En estos términos, los procesos críticos de la relación medio-individuo son los de evaluación cognitiva y el afrontamiento.

Los actos intencionales se producen por las consecuencias que prevé el actor, aun cuando al final, se produzcan otras. La anticipación pues, juega un importante papel en la solución de problemas o en su mantenimiento y es decisiva en la ansiedad, donde la anticipación juega también un papel crucial.

Es entonces, necesario, en el estudio de la ansiedad, apelar a la evaluación cognitiva para la valoración, retroacción y corrección del proceso. También a la representación como un conjunto de reglas, mediante las cuales se puede conservar aquello experimentado (aprendido) en diferentes acontecimientos. Podemos representar algunos sucesos por las acciones que requieren, mediante una imagen, mediante palabras o con otros símbolos. La representación provee de señales con valor predictivo, sobre cuya información

el individuo dirige sus actos de acuerdo con los juicios anticipados que ha realizado sobre las consecuencias probables (Bandura 1987).

El afrontamiento efectivo de los riesgos, que pudieran amenazar la consecución de los logros pretendidos, por un programa de acción o el mantenimiento de los ya alcanzados o dados (status quo) que desean conservarse reduce la ansiedad o la desactiva.

Fernández Castro (1990), utiliza el término *criterios personales de ajuste* para referirse a las características que ha de tener el entorno, físico o social, para mantener la probabilidad de realizar la conducta actual en el futuro; son condiciones continuas que se cumplen o no se cumplen (se está dentro o fuera del criterio), pero que siempre están presentes en el campo interconductual. Algunas personas, quizás lo pueden verbalizar, pero muy posiblemente otras muchas personas no sean capaces de concretar cuáles son sus propios criterios, aunque actúen según ellos.

La interrelación de las variables operativas para el estudio de la Ansiedad, podría ser la siguiente:

- Amenaza: Aquellos daños o pérdidas que todavía no han aparecido pero que se prevén y evalúan como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.
- Representación anticipatoria: Se refiere a un proceso cognitivo de evaluación sobre un acontecimiento que todavía no ha ocurrido, respecto del cual, el individuo calcula posibles riesgos, cómo se producirán o no y cómo podrían prevenirse o afrontarse.
- Activación biológica: Sobre-activación y sobre-estimulación interna del organismo frente a una situación considerada amenazante.
- Afrontamiento: Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como amenazantes, excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto.

- Resultados: Son las consecuencias adaptativas o no del afrontamiento, frente a la situación amenazante y que tiene repercusiones en estado-proceso afectivo, efectivo y fisiológico del organismo.

Factores como vulnerabilidad (Lazarus, 1984), autoeficacia (Bandura, 1986), susceptibilidad (Fernández Castro, 1991) y otros, pueden actuar como variables modales o disposicionales respecto de la ocurrencia y modo de relación entre las variables representadas en el modelo-esquema propuesto. Otras variables, serían de tipo situacional: predictibilidad, factores temporales, etc. (Lazarus, 1984). La ansiedad, como se ha dicho, no es asimilable a ninguna de las variables o de alguna relación particular entre ellas, sino con el conjunto del esquema.

El afrontamiento no efectivo, intensifica la ansiedad. En la medida en que un proyecto o logro se degrada y la activación fisiológica y psicológica alcanzan límites de trastorno, la ansiedad compromete, obstaculiza o degrada (amenaza en una palabra), la continuidad de otros planes o imbricados con ellos y en principio no problematizados, dando lugar, así, a un proceso de generalización o reacciones en cadena, que retroalimentan la ansiedad negativamente, en tanto y en cuanto el individuo ve sus recursos progresivamente más desbordados y su bienestar reducido o transformado en malestar.

2.2.4 Teoría Cognitivo-Conductual

La aparición de éste enfoque se vincula a autores como Bowers (1973), Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976), aunando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables: variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta).

Esta teoría, define a la ansiedad como: un constructo que reúne un conjunto de respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas, provocadas por

determinadas variables antecedentes, como estímulos del medio y respuestas del sujeto configurando el triple sistema de respuesta.

2.2.4.1 Teoría Tridimensional de Lang

La ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor o conductual) que pueden ser discordantes.

Estos tres sistemas, regulados por normas diferentes, dan lugar a perfiles de respuesta diferenciales, los cuales serán necesarios evaluar por separado para, posteriormente, elegir el método de tratamiento más adecuado.

Esta teoría, modifica la idea de que la ansiedad es un concepto unitario y propone que este constructo se manifiesta en un triple sistema de respuesta, es decir, que la respuesta de ansiedad tiene componentes cognitivos, fisiológicos y motores. Además, el modelo también es extensible o válido para el resto de emociones. (Martínez Monteagudo, Ingles, Cano Vindel y García Fernández, 2012)

Cano Vindel (1989 citado en Cano-Vindel y Miguel-Tobal 1999) define la ansiedad como:

1. *Una reacción emocional*, de escaso control voluntario por parte del individuo que puede ser observada en tres niveles diferentes (cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor-expresivo) teniendo como característica fundamental de cada uno de ellos, el malestar subjetivo, la alta activación fisiológica y la inquietud motora.
2. *Reacción que surge ante una situación o una representación interna de la misma*. Las situaciones están asociadas a un patrón de reactividad característico, de manera que distintas situaciones provocan perfiles de reactividad en diferentes en los mismos individuos. Por otro lado, hay una asociación entre el tipo de aprendizaje inicial con el tipo de reactividad individual que provoca una situación ansiógena, de esta manera de miedo o ansiedad está asociada a una experiencia directa predomina una mayor reactividad fisiológica, mientras que los temores aprendidos por transmisión de información o aprendizaje vicario presentan mayor reactividad cognitiva.

3. *En el nivel experiencial la ansiedad* supone un estado de malestar o distrés psicológico, caracterizado por sentimientos de tensión, aprehensión, preocupación, inseguridad, autovaloraciones negativas, etc. Acompañados de dificultades para la concentración o el recuerdo, afectando así la atención y la memoria, así como también la autoestima, la autoeficacia percibida y la competencia personal, etc.
4. *En el nivel fisiológico*, se produce una serie de alteraciones en la intensidad de las respuestas de Sistema Nervioso Autónomo (S.N.A.) acompañada de un incremento en la tensión muscular. Estas modificaciones pueden llegar a generar desordenes en los órganos inervados por estos sistemas (sudoración palmar excesiva, palpitations, molestias estomacales, dolor de cabeza, sequedad de la boca, etc.)
5. *En el nivel expresivo* encontramos: diferentes conductas que indican inquietud motora (movimientos repetitivos, rascarse alguna parte del cuerpo reiteradamente, etc.), así como conductas que manifiestan tensión muscular (temblores, movimientos torpes, tartamudez, etc.); conductas que demuestran malestar o distrés (llanto, evitación o escape de la situación, miedo, etc.), conductas consumatorias que dan sensación subjetiva de seguridad (fumar, beber, etc.), conductas consumatorias que puedan reducir la activación fisiológica y/o cognitiva (comer demasiado, tomar bebidas alcohólicas, tomar tranquilizantes, etc.). Estas conductas pueden ser evaluadas mediante autoinformes.

Los diferentes tipos de respuestas de ansiedad, son:

- *Respuesta cognitiva*: la ansiedad normal se manifiesta en pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza; mientras que la ansiedad psicopatológica se vivencia como una catástrofe inminente (amenaza magnificada) y se puede experimentar como “desórdenes de pánico” generalizados. Comprende pensamientos o imágenes específicos, como anticipaciones catastróficas de un problema.
- *Respuestas fisiológicas*: se asocian a un incremento en la actividad de dos sistemas principalmente, el Sistema Nervioso Autónomo y el

Sistema Nervioso Somático, pero también como parte de la activación de la actividad neuroendocrina del Sistema Nervioso Central. Como consecuencia de este incremento se pueden producir aumentos en la actividad cardiovascular, la actividad electrodérmica, el tono músculo-esquelético y/o la frecuencia respiratoria.

- *Respuestas motoras*: debido a los aumentos en las respuestas fisiológicas y cognitivas se producen cambios importantes en la respuesta motora, los cuales han sido divididos, habitualmente, en cambios en las respuestas *directas* e *indirectas* (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002 citado en Martínez Monteagudo et. al).

a) Las respuestas directas incluyen: tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias, etc. Además, pueden incluir una reducción de la precisión motora y del tiempo de reacción, de aprendizaje y ejecución de tareas complejas; también una disminución de la destreza para la discriminación perceptiva y de la memoria a corto plazo.

b) Las respuestas indirectas se refieren a las conductas de escape o evitación producto de la ansiedad y que, usualmente, no están bajo un total control voluntario por parte de la persona. Las respuestas de ansiedad en los otros dos componentes (cognitivo y fisiológico) cumplen un papel de estímulos discriminativos, siendo la base para la posterior aparición de otras respuestas, como la evitación o la huida.

Méndez, Olivares y Bermejo (2001) realizan una distinción con respecto a las conductas motoras y las clasifican en:

- Respuestas de evitación activa: la persona lleva a cabo una acción que obvia la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad.
- Respuestas de evitación pasiva: la persona deja de realizar una acción logrando que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten.

- Respuestas de escape: la persona se aleja del objeto temido cuando se encuentra de forma inesperada con él o por presión social.
- Respuestas motoras alteradas: si las condiciones fuerzan a la persona a mantenerse, en la situación temida, aparecen perturbaciones de la conducta motora verbal (voz, temblorosa, bloqueos, repeticiones, etc.) y no verbal (tics, temblores, muecas faciales, etc.).

De acuerdo a esta teoría, la ansiedad debería ser conceptualizada como un fenómeno formado por un conjunto de respuestas que se clasifican en tres sistemas, dando lugar a perfiles de respuestas diferenciales, entre los cuales hay una discordancia y disincronía. El término discordancia o fraccionamiento de respuesta, hace referencia al grado de variación intersistema, y de distintos índices, de un mismo sistema cuando se evalúan los tres sistemas de respuesta del mismo individuo. Mientras que disincronía, se emplea para referirse a los cambios de sistemas en distintas fases de evaluación, en distintos momentos del proceso, así por ejemplo, el nivel de activación del sistema cognitivo puede verse modificado en distinto grado a lo largo del tiempo que los sistemas de respuestas motor o fisiológico. (Martínez Monteagudo et. al 2012)

Diferentes investigaciones han evaluado la concordancia y correlación de los tres sistemas de respuestas, encontrando una falta de concordancia entre ellos, es decir pueden no covariar entre ellos. Este fenómeno es denominado como discordancia o fraccionamiento de la respuesta, así si evaluamos un sujeto ante una situación ansiosa, encontraremos que cada sistema de respuesta presenta una intensidad diferente, existiendo cierta independencia entre los sistema. También puede existir una falta de co-variación entre respuestas de un mismo sistema. De este modo se pueden obtener correlaciones bajas e incluso nulas entre las medidas de respuesta de una misma modalidad. (Martínez Monteagudo et. al 2012).

La multidimensionalidad de la respuesta de ansiedad y los fenómenos de discordancia y disincronía, permiten obtener diferentes perfiles, pudiendo establecer patrones de respuesta, de manera que al evaluar la ansiedad en un sujeto, podamos determinar que manifestación predomina o

cuál es su patrón de respuesta. Existen diferentes perfiles o patrones de respuestas característicos.

En esta misma línea diferentes autores han intentado establecer patrones diferenciales de ansiedad en distintos trastornos psicopatológicos (trastornos de ansiedad, trastornos psicósomáticos, trastornos de pánico con agorafobia y ansiedad generalizada, pacientes hipertensos, drogodependientes y con problemas dermatológicos). Desde el enfoque tridimensional de las respuestas de ansiedad. Por ejemplo, en un estudio comparativo entre personas con y sin trastornos psicósomáticos, encontraron índices más elevados de reactividad fisiológicas autoinformadas en aquellos con trastornos psicósomáticos incluso en situaciones que no fueron tomadas como amenazantes. (Martínez Monteagudo et. al.)

Estos perfiles pueden ser utilizados para determinar el tipo de reactividad predominante y cuál será el tipo de técnica de tratamiento adecuada para este individuo. (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999)

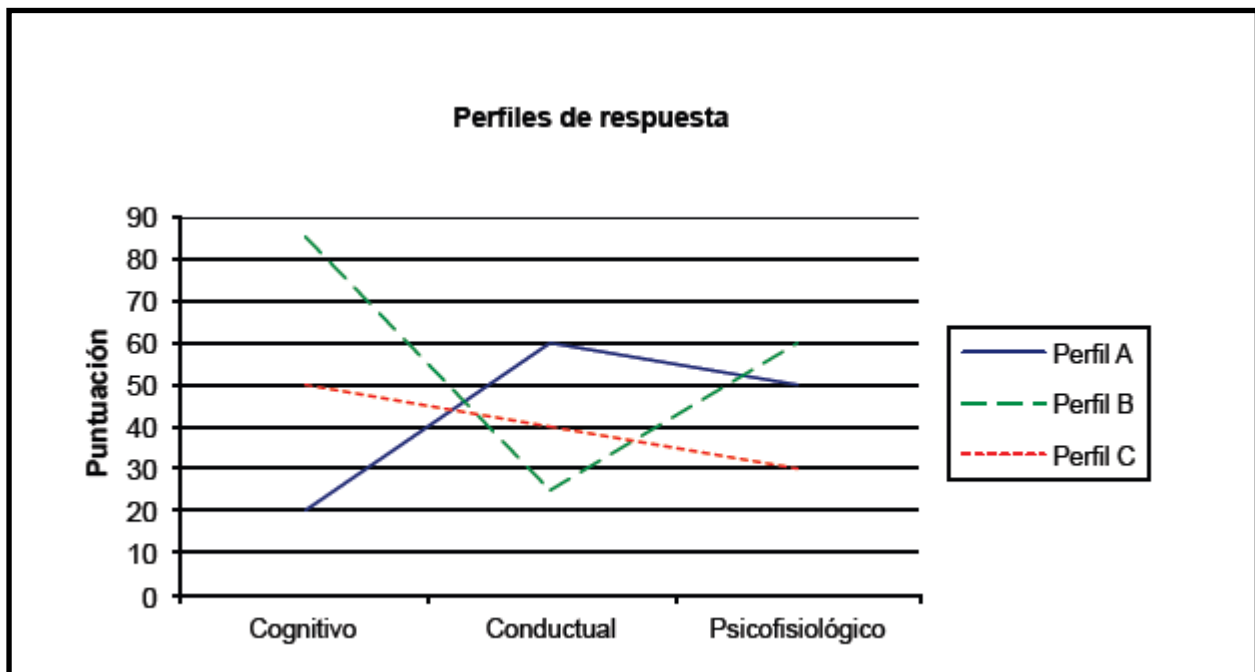


Fig. 1: Martínez Monteagudo, Ingles, Cano-Vindel y García Fernández (2012)

A partir de esta teoría, se derivan implicaciones a tener en cuenta en la conceptualización, autorregulación y evaluación. De este modo, la ansiedad se conceptualiza como, un fenómeno formado por un conjunto de respuestas que es necesario evaluar.

En cuanto a las técnicas de intervención, es conveniente en un principio, optar por técnicas en función del tipo de reactividad predominante en el individuo (cognitiva, fisiológica y motora).

Técnicas de reducción de la ansiedad teniendo en cuenta la respuesta ansiosa predominante:

- Componente Cognitivo: Técnicas de auto-instrucciones. Reestructuración Cognitiva.
- Componente Fisiológico: Entrenamiento en relajación. Desensibilización sistemática. Técnicas de Video-Feedback.
- Componente Motor: Entrenamiento en Habilidades Sociales. Práctica reforzada. Exposición.

2.2.4.2 Teoría interactiva de la Ansiedad

La teoría interactiva surge como una reconciliación entre la teoría del rasgo y la teoría situacionista descrita por Endler (1992 citado en Martínez Algeciras y Rodríguez Jiménez 2012), quien propuso tres elementos básicos:

- La conducta humana en función de continuos procesos multidireccionales entre persona-situación;
- Factores de tipo emocional, motivacional y cognitivos son los principales determinantes de la conducta de la persona
- El significado psicológico que tiene la situación para la persona es igualmente determinante de la conducta (Cano & Miguel, 1997).

Por lo tanto, los aspectos situacionales explican y predicen la conducta, siendo el individuo un agente activo e intencional en la interacción.

Desde esta perspectiva la ansiedad se configura desde dos elementos principales:

- La ansiedad situacional: la cual es un estado transitorio del organismo que ocurre en respuesta a estímulos, y varía dependiendo de la situación.

- La ansiedad como rasgo latente o disposición a responder a situaciones de estrés de manera relativamente constante.

Siendo así el estado de ansiedad, una función de la interacción de una dimensión específica del rasgo de ansiedad y un peligro situacional congruente. (Endler y Parker, 1992 citado en Martínez Algeciras et al. 2012). De este modo, cualquier reacción de ansiedad depende o es función de la interacción entre el rasgo de ansiedad del individuo, las características estresantes de la situación en la que tiene lugar la conducta y la forma como la persona percibe e interpreta la situación.

2.2.4.3 Teorías sobre los sesgos cognitivos

Los modelos cognitivos más recientes del sesgo, conciben la ansiedad como fruto de una serie de sesgos cognitivos o tendencias en la interpretación de la situación. Cuando esta tendencia o sesgo es muy exagerada o errónea tiende a producir reacciones de ansiedad muy intensas que pueden llegar a ser patológicas. (Eysenck, 1992, 1997).

Algunos investigadores se han focalizado específicamente en algún aspecto parcial de este sesgo. De este modo, se han formulado algunas teorías enfocadas en el aspecto atencional del sesgo, otras del sesgo de memoria como así también del sesgo de interpretación del entorno. A continuación veremos algunas de estas teorías:

2.2.4.3.1 Teoría de Eysenck

Eysenck formuló una teoría que relaciona diversos trastornos de ansiedad, con los sesgos cognitivos. Se refiere a cuatro fuentes principales de información con las que se relacionan diferentes trastornos de ansiedad; dichos trastornos vienen favorecidos por la existencia de sesgos cognitivos relativos a esas cuatro fuentes de información:

- La percepción de la actividad fisiológica: La cual se presenta en los pacientes con *ataques de pánico*, quienes muestran sesgos cognitivos en la percepción e interpretación de su propia actividad fisiológica.

- La percepción de la conducta: La cual se presenta en los pacientes *fóbicos sociales*, quienes mostrarían sesgos cognitivos en la percepción e interpretación errónea de su propia conducta.
- La percepción de las cogniciones (información en la memoria a largo plazo): La cual se presenta en los *obsesivo-compulsivos*, quienes quizás de forma repetitiva, muestran sesgos cognitivos aplicados principalmente a sus propios pensamientos internos.
- La valoración cognitiva sobre el ambiente exterior: Presentándose en los individuos con *fobias específicas*, quienes muestran sesgos cognitivos relacionados con la forma en que valoran la información procedente del exterior

Teoría de la Hipervigilancia de Eysenck:

Las investigaciones en torno al sesgo atencional de los sujetos ansiosos, han buscado la confirmación experimental de un sesgo selectivo atencional, dirigido hacia la amenaza, en los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, responsable también de la interpretación de los estímulos ambiguos como amenazantes.

Eysenck (1991) formuló la teoría de la hipervigilancia, de acuerdo a ciertas características de los individuos ansiosos.

Esta teoría indica que, los individuos con un estilo atencional hipervigilante, percibirían el entorno mucho más amenazante que aquellos que no lo son, aumentando por ello las posibilidades de que desarrollen ansiedad clínica.

En los individuos con una elevada tendencia ansiosa, la hipervigilancia se manifestaría a través de:

- *Vigilancia general*, la cual se manifiesta por una propensión a atender a cualquier estímulo irrelevante que se presente, redundando en una elevada distracción.
- *Elevada tasa de escaneo del entorno*, la cual comprende numerosos movimientos oculares rápidos que recorren el campo visual una y otra vez.

- *Hipervigilancia específica*, la cual se demuestra por una propensión a atender selectivamente a los estímulos amenazantes respecto a los neutrales.
- *Estrechamiento de la atención* previa a la detección de un estímulo relevante, y luego, cuando el estímulo saliente de tipo amenazante es procesado

2.3 Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica

Cía (2002) diferencia a la ansiedad normal de la patológica, definiendo a la ansiedad normal como: *“una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. A diferencia de ésta, la ansiedad patológica, que es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante, al punto de condicionar la conducta de un individuo, y cuya aparición o desaparición son aleatorias”*. Para este autor la ansiedad patológica se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza.

La ansiedad cumple, una función biológica-adaptativa, por su componente anticipatorio ante un peligro real. Pero, puede convertirse en desadaptativa, cuando, se activa frente a un estímulo de peligro irreal. La ansiedad patológica, es más frecuente e intensa que la ansiedad normal. (Pitoni y Robella, 2013).

Es decir, la ansiedad es considerada una emoción normal, que se vuelve patológica, cuando interfiere en la vida del sujeto generando un malestar.

Ansiedad Normal	Ansiedad Patológica
Función adaptativa	Dificulta la adaptación
Mejora el rendimiento	Disminuye el rendimiento
Leve	Profunda y Persistente
Menos somática	Más Somática
Emoción Reactiva	Sentimiento Vital

Fig.3 García, Martínez y García-Portilla (1999) – PP. 4953

CAPITULO III:

ADOLESCENCIA

3. ADOLESCENCIA

3.1. Definición de Adolescencia

La adolescencia, es un período de transición, un momento de encrucijadas, un momento de duelos, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preanuncia la adultez. Para muchos jóvenes la adolescencia es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades intensas, de aflojamiento de ligaduras con los padres y de sueños acerca del futuro. (Zac; 2001).

La O.M.S define a la adolescencia como una etapa normal del desarrollo, donde ocurren profundos cambios físicos (crecimiento, desarrollo neuroendocrino); psicológicos (estructuración de la identidad) y sociales (progresiva integración al mundo adulto).

Adolescencia proviene del verbo latino “adolescere”, que significa “crecer” o “llegar a la maduración”. Adolescente es el individuo que se encuentra en vía de crecimiento y maduración. Los procesos de maduración dan lugar a una rápida aceleración del crecimiento físico, al cambio de las dimensiones del cuerpo, a modificaciones hormonales, al desarrollo de características sexuales secundarias, así como el desarrollo de capacidades cognitivas.

Fernández Mouján (1979) expresa, que la adolescencia es el período que se extiende entre los 11 y 21 años de edad y que posee características evolutivas que no se observan en otro período en lo referido al desarrollo, integración social, etc.

El intervalo temporal que cubre la adolescencia, suele fijarse entre los 11-12 años y los 18-20 años. Este amplio rango de edades y el hecho de que la adolescencia se prolongue cada vez más, se hace necesario establecer sub-etapas, que implican momentos con determinadas problemáticas en la vida del adolescente: Adolescencia temprana entre los 11 y 14 años, media entre los 15 y 18 años y adolescencia tardía o Juventud a partir de los 18. (Moreno y Del Barrio, 2000, p.15). Esta etapa empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos, por ejemplo, la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales y la aparición paulatina de las características primarias y secundarias del sexo, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios. No todos estos cambios fisiológicos tienen una elevada correlación, ni las reacciones psicológicas de ellas son idénticas o igualmente intensas en todos los individuos.

3.2. Fases de la Adolescencia

3.2.1 Pubertad

La pubertad es el largo proceso de cambios biológicos, que desembocan en la maduración de los órganos sexuales, en la capacidad de reproducción, y cuyo comienzo oscila entre los 9 y 16 años, marcando así el inicio de la adolescencia. (Moreno y Del Barrio, 2000, p. 36).

Este término en su origen, debió referirse a la aparición del vello púbico, ya que está emparentado con los términos *pubertas* (vello, barba) y *pubes* (pubis, juventud), cada uno de los cuales reúne un elemento anatómico y una etapa evolutiva. Pero en este periodo, no solo se producen cambios en las características sexuales primarias y secundarias, sino en la fisiología general del individuo.

La pubertad es la etapa en la cual se producen los cambios necesarios que conducirán al sujeto a la madurez sexual. Una respuesta a la razón de tal maduración sexual proviene del campo de la endocrinología, que ha descubierto la relación entre la glándula pituitaria, ubicada en la base del cerebro, y las gónadas o glándulas sexuales. Desde este punto de vista, podría subdividirse a su vez en tres etapas: una primera etapa inmadura, en la que comienzan los cambios corporales, aunque aún no hay función reproductora. Una segunda etapa de maduración, en la que comienzan a producirse las células sexuales en los órganos reproductores, pero en la que aún no se han completado los cambios corporales. Una tercera etapa ya madura, en la que

los órganos sexuales funcionan adecuadamente y las características sexuales secundarias ya se han desarrollado.

Durante la pubertad se producen cambios internos y externos en la fisiología general del cuerpo. Estos cambios son pronunciados y se producen en un lapso de 2 o 3 años, a partir de los cuales el adolescente temprano aparece tanto para sí como para los otros, como un desconocido. Estas modificaciones incluyen cuatro factores principales:

- a) Aumento del tamaño corporal (estatura y peso)
- b) Cambios en las proporciones del cuerpo (exterior e interior), que se realizan de manera asincrónica y manifiesta.
- c) Desarrollo de las características sexuales primarias.
- d) Desarrollo de las características sexuales secundarias.

En cuanto al aumento del tamaño corporal, la estatura es regulada por la hormona de crecimiento. Cuando ésta se produce en una proporción suficiente, permite alcanzar un tamaño normal. Si es deficiente, ocurre el fenómeno llamado “enanismo”. Producida en exceso, conduce al “gigantismo”. Lo más importante de la hormona del crecimiento es que debe ser producida en el momento exacto. La llamada “aceleración del crecimiento” comienza para las niñas entre los 8 y 11 años, con un pico en los 12 y seis meses, y declina hacia los 15 y 16 años. Para los varones se inicia más tarde, entre los 10 y 14 años, con un pico de velocidad a los 14 años y una declinación entre los 17 y 20 años.

El peso aumenta, fundamentalmente, por huesos y músculos. A veces puede presentarse un período de obesidad, provocado en parte, por la dislocación hormonal característica de la pubertad y en parte, por el aumento del apetito que acompaña al rápido crecimiento físico.

La masa corporal está en función de la estatura y el peso, y determina un número constante que alerta sobre el sobrepeso, la obesidad, la delgadez o la desnutrición.

En cuanto a los cambios en las proporciones del cuerpo incluye modificaciones en el interior y en el exterior del mismo. Las modificaciones en

el exterior se dan de forma asincrónica y se manifiestan en la cabeza, que crece con lentitud en comparación con el resto del cuerpo. En el rostro hay un ensanchamiento de la frente y la boca y un rápido crecimiento de la nariz. En el tronco se produce un ensanchamiento de hombros en el hombre y de caderas en las mujeres. Las piernas y brazos se hacen más largos en relación con el tronco. Las manos y los pies suelen parecer proporcionalmente más grandes y notables, puesto que llegan a su tamaño maduro antes que brazos y piernas, y 4 o 5 años antes de alcanzar la estatura definitiva.

En relación con las modificaciones en el interior, el crecimiento también es asincrónico y conduce a una inestabilidad fisiológica: aumenta el tamaño de la mayoría de los órganos internos y se modifica el sistema respiratorio y circulatorio. Un ejemplo es el corazón, el cual crece con tanta rapidez que a los 18 años es 12 veces más pesado que en el nacimiento. La respiración es más pausada que en la infancia. Los varones, por ejemplo, consumen mayor cantidad de oxígeno después de la pubertad, debido a que tienen más tejido muscular que adiposo, en comparación con las niñas.

En cuanto al desarrollo de las características sexuales primarias en el varón, se agrandan paulatinamente los testículos y el pene, aparece el vello pubiano y se producen las primeras poluciones nocturnas. En la niña, los ovarios y el útero crecen con rapidez, hasta alcanzar el tamaño y funcionamiento maduros para que se produzca la menarca.

Las características sexuales secundarias son las que otorgan al cuerpo de ambos sexos las características del cuerpo masculino y femenino. En los varones; el ensanchamiento de los hombros, dando al tronco una conformación triangular, forma bien definida de brazos y piernas, leves protuberancias alrededor de las tetillas, aparece el vello púbico, en las axilas, sobre el labio superior y la barbilla. Aparece pilosidad en los miembros, el pecho y los hombros. Hay cambios en la voz y en el color y la textura de la piel.

En las niñas; ensanchamiento de los hombros e incremento en la redondez de las caderas que delimita la cintura, el desarrollo del busto, aparece vello púbico, axilar y facial, la pilosidad en los miembros, el cambio en la voz hacia una tonalidad más grave, y cambios en el color y la textura de la piel.

Hormona	Sexo	Acción
FSH (hormona estimulante del folículo)	Masculino Femenino	Estimula la gametogénesis Estimula el desarrollo de los folículos ováricos primarios Estimula la activación de enzimas en las células de la granulosa ovárica, incrementando la producción de estrógeno.
LH (Hormona luteinizante)	Masculino Femenino	Estimula las células de Leyding testiculares para la producción de testosterona. Estimula las células de la teca ovárica para la producción de andrógenos y del cuerpo lúteo para la producción de progesterona.
Estradiol (E2)	Masculino Femenino	Incrementa la velocidad de la fusión epifisaria. Estimula el desarrollo mamario. Los niveles bajos potencian el crecimiento lineal. Los niveles altos aumentan la velocidad de fusión epifisaria. Incrementa el aumento brusco intercíclico de LH. Estimula el desarrollo de los labios, vagina, útero y conductos de las mamas. Incrementa la grasa corporal.
Testosterona	Masculino	Acelera el crecimiento lineal. Incrementa la velocidad de la fusión epifisaria.

	Femenino	<p>Estimula el crecimiento del pene, escroto, próstata y vesículas seminales.</p> <p>Estimula el crecimiento del vello púbico facial y axilar.</p> <p>Incrementa el tamaño de la laringe, dando un tono más profundo a la voz.</p> <p>Estimula la secreción de grasa de las glándulas sebáceas.</p> <p>Aumenta la libido.</p> <p>Aumenta la masa muscular.</p> <p>Aumenta la cantidad de hematíes</p> <p>Acelera el crecimiento lineal.</p> <p>Estimula el crecimiento de vello púbico y axilar.</p>
Progesterona	Femenino	<p>Convierte el endometrio uterino proliferativo en secretorio.</p> <p>Estimula el desarrollo lóbulo-alveolar del pecho.</p>
Andrógenos suprarrenales.	Masculino y femenino	<p>Estimula el crecimiento lineal y vello púbico.</p>

Fig. 4 Tabla de acción primaria de las principales hormonas de la pubertad. Iglesias Diz. (2013). p 90.

3.2.2 Adolescencia media

La adolescencia media comienza entre los 11 y los 16 años y termina alrededor de los 18 años, edad que coincide con el egreso del colegio secundario. El adolescente medio se caracteriza por terminar de estabilizar el proceso de crecimiento. Esta estabilidad le permite poder salir en busca del otro, comienza a sentirse identificado con sus nuevos cambios y ya puede salir en busca de sus iguales.

Todos los cambios que se estaban produciendo en la adolescencia temprana y que lo mantenían en un estado de conflicto con sus transformaciones, y que se manifestaba entre otras cosas como "una mala conducta" ahora en esta fase se pueden observar otras manifestaciones como la toma de contacto con el sexo opuesto, experiencias que se manifiestan en los primeros noviazgos y la formación de grupos en torno de una tarea, con la conducción de un líder que puede haberse constituido en ideal.

Con la ruptura de estos vínculos de masa (propios del contexto de la escuela secundaria), que le otorgaban una pertenencia a la manera de un límite corporal, el adolescente comienza su pasaje hacia la adolescencia tardía. Podríamos pensar que cuando estos espacios facilitadores de los pasajes esperables en la adolescencia (escuela, club, actividades extracurriculares, etc.), no se encuentran, es mucho más difícil para el joven estar dentro de los parámetros que exige la sociedad.

3.2.3 Adolescencia tardía

Cronológicamente, podemos ubicar esta fase entre los 18 y los 28 años. Las problemáticas que el adolescente debe resolver en esta etapa son la inserción en el mundo vocacional, laboral y el encuentro con una pareja estable.

Es difícil ponerse de acuerdo sobre la finalización de la adolescencia. En la actualidad nos encontramos con el fenómeno de su extensión a la tercera década de vida. El culto que la sociedad hace de la adolescencia, puede provocar que el proyecto personal del sujeto, sea el de continuar siendo un adolescente. (Zac, 2001).

3.3 Impacto Psicológico De Los Cambios Puberales

Los cambios que hemos venido describiendo, requieren de una adaptación del adolescente.

La identidad no solo se refiere a la noción de ser una entidad diferente de los demás que se va desarrollando a lo largo de la infancia, sino también al sentimiento de continuidad de sí mismo y al conocimiento firme de como aparecemos ante los ojos de los demás. Numerosos estudios ponen de manifiesto, la importancia que desempeñan las características físicas en la propia estima, especialmente en los primeros años de la adolescencia. Los cambios puberales afectan estos aspectos y suponen un reto en la adaptación del sujeto.

El impacto de todos estos cambios implican un conjunto de factores biológicos, cognitivos, interpersonales y culturales. Así el desarrollo físico y su relación con las variables psicológicas, se ven claramente afectadas por el contexto en el que se produce. (Moreno et. al. 2000)

Fernández Mojan (2002) atribuye una crisis de identidad, al periodo que el adolescente atraviesa en la pubertad, periodo de confusión que rompe con la identidad infantil y enfrenta al yo con nuevos objetos, impulsos y ansiedades. El adolescente percibe su cuerpo como extraño, con nuevos impulsos y sensaciones, se percibe a sí mismo como diferente, nota cambiada sus ideas, metas y pensamientos, percibe que los demás no lo perciben como antes y necesita realizar esfuerzos diferentes que lo orienten. Describe a la identidad como la integración de tres sentimientos básicos, unidad, mismidad, y continuidad, conformado por tres yo, uno corporal, social, y psicológico. Esta integración se va dando en el curso de toda la adolescencia.

Erik Erikson (1950, 1968, 1972) escribió varias obras sobre el desarrollo psicosocial desde un punto de vista evolutivo, en el que se conjuncionan simultáneamente las fuerzas biológicas con las psicológicas y sociales en un proceso que está ubicado tanto en el núcleo del individuo como en el núcleo de su cultura comunal. La identidad, para este autor, se da como el resultado de tres procesos: biológico, psicológico y social, los cuales se dan en interacción ininterrumpida de todas las partes y gobernados por una relatividad que hace

que cada proceso dependa de los otros, lo que llama: *“fisiología del vivir”*. Los procesos psicológico y social confluyen en uno solo: *“En realidad todo el interjuego entre lo psicológico y lo social, lo referente al desarrollo individual y lo histórico, para lo cual la formación de la identidad tiene una significación prototípica, podría conceptualizarse sólo como una clase de relatividad psicosocial”* (Erikson, 1968, p. 61).

La identidad es según esto una afirmación, *“un sentirse vivo y activo, ser uno mismo, la tensión activa y confiada y vigorizante de sostener lo que me es propio; es una afirmación que manifiesta una unidad de identidad personal y cultural”* (Erikson, 1972, p. 68). Estos dos niveles, el de identidad personal y el de la identidad cultural, interactúan durante el desarrollo y se integran para lograr una unidad cuando se logra culminar exitosamente este desarrollo.

La identidad contiene la historia de la relación entre el individuo y su sociedad y de la forma particular de solución encontrada frente a sus problemas. Así, los problemas entre el individuo y su sociedad son registrados en la identidad y a su vez crean una cierta identidad: *“La Gestalt o conformación de identidad refleja la agrupación de elementos representativos de las fuerzas sociales al interior del individuo, así como la identidad explica en cierta forma cómo se construyen los valores que conforman la cultura”* (Erikson, 1950, p. 65).

La búsqueda de la identidad es un viaje que dura toda la vida, cuyo punto de partida está en la niñez y acelera su velocidad durante la adolescencia. Como este autor señala, este esfuerzo para lograr el sentido de sí mismo y el mundo no es "un tipo de malestar de madurez" sino por el contrario un proceso saludable y vital que contribuye al fortalecimiento total del ego del adulto.

Iglesias Diz (2013) en su artículo sobre el desarrollo del adolescente, describe cuatro aspectos psicosociales y los divide en tres etapas: primera adolescencia (12 a 14 años); adolescencia media (15 a 17 años) y adolescencia tardía (18 a 21 años), los cuales son descriptos en la siguiente tabla:

Desarrollo psicosocial	12 a 14 años	15 a 17 años	18 a 21 años
Dependencia-independencia	Mayor recelo y menor interés por los padres. Vacío emocional, humor variable.	Más conflictos con los padres.	Creciente integración. Independencia y madurez Regreso al hogar, vuelta a los valores de la familia.
Preocupación por el aspecto corporal.	Inseguridad con respecto a la apariencia y el atractivo. Interés creciente sobre la sexualidad.	Mayor aceptación del cuerpo. Preocupación por su apariencia externa.	Mayor aceptación de la propia corporalidad.
Integración del grupo de amigos.	Amistad. Relaciones fuertemente emocionales. Inicia contacto con el sexo opuesto.	Intensa integración. Valores, reglas y modas. Surgen las pandillas.	Relación de amistad más débil. Relaciones más o menos estables de pareja.
Desarrollo de la identidad.	Razonamiento abstracto. Objetivos vocacionales irreales. Omnipotencia. Necesidad de mayor intimidad. Dificultad en el control de los impulsos.	Mayor empatía. Aumento de la capacidad intelectual y la creatividad. Vocación más realista. Sentimientos de omnipotencia.	Conciencia racional y realista. Compromiso. Objetivos vocacionales prácticos. Concreción de valores morales, religiosos y sexuales.

Figura 5: Desarrollo psicosocial. Iglesias Diz et. al. (2013). p 93.

En la esfera psicosociológica del adolescente se suceden e interrelacionan estados de emoción exacerbada y de apatía, de conformidad simulada y de apoyo grupal, de sobreactivación y de ociosidad, de cambio y permanencia, en suma. De acuerdo con este planteamiento ha de quedar

suficientemente explicitada la concepción de la adolescencia sostenida, como fenómeno no sólo biopsicosocial, sino psicosocial y sociocultural, de modo que en estas condiciones entrópicas de la sociedad contemporánea, las crisis de la adolescencia y de la propia sociedad y sus coordenadas definitorias se retroalimentan. De este modo, a la sociedad contemporánea se le aplica el calificativo de *sociedad adolescente en crisis*. (Moral Jiménez y Sirvent Ruiz; 2011).

3.4 Desarrollo Intelectual en la Adolescencia

La adolescencia trae aparejado profundos cambios cualitativos a nivel del pensamiento.

Inhelder y Piaget (1955, citado en Moreno et. al. 2000) atribuyó a la adolescencia, el periodo de las operaciones formales, que implica la capacidad del pensamiento abstracto. Por lo general alrededor de los 11 años, comienzan a manipular la información de forma más flexible, ya no están limitados al aquí y ahora, del pensamiento concreto, pueden entender el tiempo histórico y el espacio. También pueden utilizar símbolos, y por ende, pueden aprender álgebra y cálculo. Aprecian mejor la metáfora y la alegoría, encontrando significados más ricos en la literatura. Tienen la capacidad de pensar en lo que podría ser y no solo en lo que es. También son capaces de imaginar posibilidades y formar y comprobar hipótesis. Aunque muchos no llegan a alcanzar el pensamiento de operaciones formales.

Morris y Maisto (2005, citado en Díaz Rodríguez, González Sandoval y otros, 2011) afirman que David Elkind (1968/1969) utilizó el término de egocentrismo adolescente para explicar dos falacias sobre el pensamiento adolescente:

1. La “audiencia imaginaria”: el adolescente se siente constantemente observado y criticado por los demás. Comienza a tener conciencia de sí mismo.
2. La “fábula personal”: el adolescente se forma una imagen irreal de sí mismo, por lo que este se siente diferente, único

con un pensamiento omnipotente de que nada malo le puede suceder.

Estos patrones de pensamiento inmaduro son el resultado de la inexperiencia del adolescente con el pensamiento formal.

Fernández Moujan (2000) divide en tres etapas, el paso de un pensamiento lógico-formal con características mágicas al pensamiento lógico formal con características científicas. La primera forma de pensar la encontramos en la pubertad, periodo que se ejercita por primera vez el pensamiento mágico, en la adolescencia media se acepta la pérdida de la omnipotencia del pensamiento aunque no totalmente (se mantiene en los grupos donde el control es compartido). Al final de la adolescencia se adquiere el pensamiento lógico formal, que le posibilita al adolescente entender y criticar su cultura.

La lógica formal permite al adolescente no solo la incorporación a la sociedad si no también un mayor dominio de los impulsos al poder ampliar el mundo de los objetos gratificantes a nivel del pensamiento, dado que lo posible se vuelve mayor que lo real. La lógica formal le permite captar los valores culturales abstractos como patria e ideología. También le permite ubicar su identidad en un nuevo contexto, capacitándolo para percibir intelectualmente todas las partes del self como formado, una unidad. Percibir vivencialmente el sentido de continuidad y el sentido de pertenencia que tiene el yo incluido socialmente dentro de una cultura. (Fernández Moujan et. al, 2002).

3.5 Nuevo Paradigma de la Adolescencia

Actualmente, se califica como mito la consideración de la adolescencia como supuesto período tempestuoso, de modo que podría hablarse de una profecía auto-cumplidora, dadas las indebidas generalizaciones en la percepción social y el persistente sensacionalismo mediático. Las crisis adolescentes, han de ser interpretadas como forma de tránsito de una situación de equilibrio a otra, como construcción de un nuevo equilibrio, “el equilibrio positivo” de la condición adulta y no una mera restauración del equilibrio perdido o equilibrio “negativo”, propio de la condición social infantil. A pesar de la aceptación común de que durante la adolescencia tiene lugar una

crisis de identidad personal, acompañada de sentimientos de estrés, ansiedad, frustración, conflicto, etc., y de que, por tanto, el desarrollo de la identidad personal no siempre avanza sin tropiezos, se ha de poner en tela de juicio la idea de una crisis de identidad generalizada y generalizable a todos los adolescentes. Las mistificadas crisis de la adolescencia no responden necesariamente a la visión estereotipada de la adolescencia vinculada a la idea de riesgo, no concebida como un problema, sino como una oportunidad para el desarrollo y el crecimiento personal. (Moral Jimenez et. al. 2011).

Es decir, la juventud ha de ser concebida como, una condición dinámica, social heterogénea, como un modo de transición social idiosincrásico, producto singularizado de diversas tipologías y subculturas juveniles; en lugar de una conceptualización de un período mistificado de tensión por excelencia, ha de convenirse en la acepción de crisis como cambio, manifestándose desajustes en la conformación de la identidad en los adolescentes contemporáneos que tienden a resolverse adaptativamente.

3.6 Adolescencia y Habilidades sociales

Las habilidades sociales son una parte esencial en toda actividad humana, ya que gran parte de nuestras vidas, se basan en interacciones sociales. Diversos estudios demuestran que éstas, inciden en la autoestima, en la adopción de roles y normas sociales, en la autorregulación del comportamiento, y en el rendimiento académico, entre otros aspectos. También se ha comprobado que un déficit de las habilidades sociales en la adolescencia, puede incidir negativamente en la consolidación de la identidad, así como, en la cristalización de trastornos psicopatológicos. (Lacunza y Contini, 2011).

Entre las disfunciones en las habilidades sociales en la adolescencia, se destacan los comportamientos de soledad y aislamiento. La cual surge como una incapacidad del sujeto de hacer frente a las circunstancias cambiantes del medio

La adolescencia es un período crítico para la adquisición y práctica de habilidades sociales más complejas. Por un lado, los adolescentes deben dejar los comportamientos sociales propios de la niñez, puesto que adoptan comportamientos más críticos y desafiantes respecto a las normas sociales, y

por otro lado, los adultos y el medio social, les exigen comportamientos sociales más elaborados (Zavala Berbena, Valadez, Sierra y Vargas Vivero, 2008, citado en Lacunza et. al. 2011).

Estos autores, sostienen que las habilidades sociales, juegan un papel primordial para la aceptación social del adolescente, la cual, es una condición personal del sujeto respecto a un grupo de referencia; en el caso de los adolescentes, esta condición se relaciona con las habilidades de liderazgo, popularidad, compañerismo, jovialidad, respeto, entre otras.

La interacción con pares en la adolescencia tiene funciones decisivas para la conformación de la propia identidad del adolescente. El grupo es le permite al adolescente nutrir su estatus como autoconcepto y formar las bases de las futuras relaciones entre los adultos. La formación de grupos en esta etapa permite al adolescente elaborar ideas y experiencias, la discusión de ideologías y puntos de vista, el desarrollo de la amistad y el enamoramiento.

Si bien el grupo de pares contribuye a la definición de intereses, identidad y habilidades sociales, no siempre la influencia de éstos le resulta positiva al adolescente. Existen grupos que promueven una socialización que se orienta más a las conductas agresivas, al alejamiento de los estándares de comportamiento que se espera del joven y que, de persistir en el tiempo, pueden tornarse psicopatológicos.

Es decir, en la adolescencia, el papel de las habilidades sociales es fundamental para el acercamiento a pares, la conformación de la pareja y la participación en diversos grupos. A su vez, las competencias sociales influyen en la percepción que el adolescente tiene de sí, de los otros y de la realidad.

Los autores sostienen que cuanta más capacidad o destreza tenga el adolescente para actuar en el terreno psicosocial (estableciendo relaciones consigo mismo, con las demás personas y con el entorno social amplio), tendrá más opciones personales para conseguir los objetivos que persigue mediante un mejor uso de los recursos internos y externos con los que cuenta. En este sentido las habilidades sociales como la empatía, específicamente, se constituye, en una de las destrezas que debe ser considerada como un factor

de relevancia en la explicación del desarrollo social y de las interacciones sociales.

3.7 Adolescencia y Ansiedad

La adolescencia implica una etapa de cambios, duelos, los cuales conllevan a un periodo de tensión y ansiedad. La ansiedad puede ser experimentada intensamente por los adolescentes, manifestándose como inseguridad, temor, preocupación, pensamientos negativos, y temor anticipado; a veces acompañado de síntomas somáticos. (Czernik, Mirian, Dabski, Canteros y Almirón, 2006).

Los adolescentes son conscientes de los cambios que se van produciendo en su cuerpo, situación que puede desencadenar un estado ansioso, ya que desconocen, si tienen, la forma y el tamaño correcto, lo que los lleva a compararse continuamente con su grupo de pares y los estereotipos impuestos por la sociedad, los cuales son difundidos por los medios de comunicación. (Rodríguez, González Sandoval, Minor Ferra y Moreno Almazán, 2011)

Hay estudios que comprueban que la sintomatología emocional se incrementa, después de la pubertad, particularmente en el género femenino. (Solar, Melipillan, y Rincón, 2007).

Rosa, Ingles, Espada y otros (2002) afirman que, los adolescentes con altos niveles de ansiedad social presentan:

- Deterioro en el rendimiento académico, debido a la escasa participación en clase, la resistencia a presentar trabajos públicos, las dificultades de emitir opinión, evitar preguntar al profesor, impidiendo la aclaración de dudas. Dificultades en las relaciones del sexo opuesto.
- Dificultades para establecer vínculos con sus compañeros.
- Aislamiento y soledad.
- Depresión debido a la baja tasa de reforzamiento social.

- Déficit en las habilidades sociales, que podrían conducir a una relación disfuncional con los padres, impidiendo la negociación, y la resolución de conflictos.
- Conductas desadaptadas (consumo de drogas, conductas autodestructivas).

PARTE II: MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO IV: Materiales, Métodos y Procedimientos

4. Materiales, Métodos y Procedimientos

4.1 Hipótesis y objetivos de investigación

Las hipótesis que guiaron este trabajo fueron las siguientes:

- *A mayor habilidad social, menor nivel de ansiedad.*
- *A menor habilidad social, mayor nivel de ansiedad.*

A partir de estas hipótesis se plantearon los siguientes objetivos:

- *Evaluar las habilidades sociales en los adolescentes.*
- *Evaluar el grado de ansiedad.*
- *Describir los niveles de ansiedad de tipo Cognitivo, Fisiológico y Motor.*
- *Analizar la relación entre los sujetos que han obtenido elevados puntajes en la escala de habilidades sociales y el nivel de ansiedad.*

4.2 Método

4.2.1 Diseño metodológico

El diseño empleado en el presente trabajo es de tipo no experimental transeccional descriptivo – correlacional:

- *Es no experimental o ex post facto: Porque se realiza sin manipular deliberadamente variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o las condiciones. En un estudio no experimental, los sujetos ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección.*
- *Es transeccional: Porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.*
- *Es descriptivo: Porque tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más*

variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas una, o más variables y proporcionar su descripción. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista, 2010).

- Es correlacional: Debido a que se describen relaciones entre dos variables en un momento determinado. Estas relaciones entre variables pueden establecerse sin precisar sentido de causalidad. Asimismo los diseños correlacionales en ocasiones, describen relaciones en uno o más grupos, o subgrupos y suelen describir primero las variables incluidas en la investigación, para luego establecer las relaciones entre éstas (en primer lugar son descriptivos de variables individuales, pero luego van más allá de las descripciones para establecer relaciones) (Hernández Sampieri, et al.2010).

4.2.2 Tipo De Muestra

La muestra utilizada es de carácter intencional ,es decir, que se seleccionó a los sujetos porque poseían características que eran de interés para la investigación y no probabilística, ya que la elección de los sujetos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que se estaban buscando, por ende, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador.(Hernández Sampieri et. al, 2010)

4.2.2.1 Sujetos:

La muestra estuvo conformada por 50 adolescentes, estudiantes de los últimos años del secundario, alumnos del colegio Magisterio, entre ellos 25 varones y 25 mujeres, cuyas edades oscilaron entre los 15 y 17 años. Los mismos pertenecían a un status socioeconómico medio y medio alto.

4.3. Materiales De Evaluación

Para llevar a cabo los objetivos y someter a prueba las hipótesis de esta tesina se administraron los siguientes instrumentos de evaluación psicológica:

4.3.1 Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

El ISRA tiene un formato S-R es decir, que incluye tanto situaciones como respuestas, cuenta con 23 situaciones y 24 respuestas, con un total de 224 ítems, y evalúa respuestas cognitivas fisiológicas y motoras (C, F y M), como así también la ansiedad interpersonal, fóbica y ansiedad ante situaciones cotidianas.

Las instrucciones se encuentran en la primera página de la técnica, donde se le pide al sujeto que evalúe la frecuencia con que manifiesta las distintas respuestas en cada una de las situaciones utilizando una escala de cinco puntos:

- 0** = casi nunca.
- 1** = pocas veces.
- 2** = unas veces si otras no.
- 3** = muchas veces.
- 4** = casi siempre.

A continuación, se le indica a los sujetos, que respondan en las casillas en blanco, anotando en el margen derecho cualquier observación que considere necesaria. La situación abierta (número 23) se utilizará sólo cuando exista una situación perturbadora para el sujeto que no esté incluida en los 22 ítems anteriores.

La duración de la prueba oscila entre los 40 y 50 minutos, sin que exista un límite de tiempo. (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1997).

La corrección y valoración de la prueba se realiza sumando las puntuaciones de cada ítem y cada sub-escala. La puntuación de la sub-escala fisiológica se obtiene dividiendo el total en dos, ya que posee el doble de números de ítems.

$$P.T. = C + F/2 + M$$

Estas puntuaciones directas se convierten en centiles, los cuales oscilan de 5 a 99, lo que delimita cuatro niveles de ansiedad:

- Ausencia de ansiedad o ansiedad mínima (5-25)
- Ansiedad moderada o marcada (25-75)
- Ansiedad severa (75-99)
- Ansiedad extrema (mayor a 99)

4.3.2 Escala De Habilidades Sociales (EHS)

La EHS, en su versión definitiva, está compuesta por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales, y 5 de ellos en sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta:

A = “No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría”

B = “Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra”.

C= “Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así”

D= “Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”.

La puntuación ante una conducta redactada de manera positiva hacia las habilidades sociales, va a conceder los siguientes puntos: A= 1, B=2, C=3 y D=4. Si la redacción es a la inversa a la conducta de habilidad social, los puntos serán: A=4, B=3, C=2 y D=1. A mayor puntuación global, el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos.

El análisis factorial final, de la escala, ha revelado 6 factores:

I: Autoexpresión en situaciones sociales

II: Defensa de los propios derechos como consumidor

III: Expresión de enfado o disconformidad

IV: Decir no y cortar interacciones

V: Hacer peticiones

VI: Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto

Para la interpretación de estos factores, se han tenido en cuenta las redacciones de las saturaciones más elevadas, y teniendo en cuenta las saturaciones y estas redacciones se ha decidido distribuir los elementos entre los seis factores, tal como lo indica la siguiente tabla:

Elementos que componen los factores		
Factor	Ítems	Numeración en EHS
I	8	1,2,10,11,19,20,28 y 29
II	5	3,4,12,21 y 30
III	4	13,22,31 y 32
IV	6	5,14,15,23,24 y 33
V	5	6,7,16,25 y 26
VI	5	8,9,17,18 y 27

Si se considera cada factor una subescala, las respuestas a los elementos que pertenecen a una misma subescala están en una misma columna, y por lo tanto, sólo es necesario sumar los puntos conseguidos en cada escala y anotar esa puntuación directa (PD) en la primera de las casillas que se encuentran en la base de cada columna. Finalmente, la PD global es el resultado de sumar las puntuaciones directas de las seis subescalas y su resultado se coloca en la casilla, que está debajo de las anteriores.

La fiabilidad de la EHS es de 0,88 (calculado mediante el procedimiento alfa de Cronbach), lo que implica que es alta; supone que el 88% de la varianza de los totales, se debe a que los ítems tienen de común, o, con más propiedad, a lo que tienen de relacionado, de discriminación conjunta. (Gismero Gonzalez et. al. 2010. Pp25)

Para determinar y confirmar la validez de la escala, es decir, que, el significado atribuido al constructo medido (aserción), es correcto, la EHS se correlacionó con las siguientes variables:

1) *Auto-descripciones Globales* (instrumento adicional o medida de auto-informe de aserción)

2) *Listas de Adjetivos* (medidas rápidas de personalidad o características personales),

3) *Versión reducida de NEO-FFI* (instrumento que mide rasgos de personalidad).

La EHS puede aplicarse tanto individual como colectivamente y sus ámbitos de aplicación son el clínico y el investigador, se puede aplicar a adolescentes y adultos. El tiempo que se requiere para su contestación es de 10 a 15 minutos aproximadamente. Su finalidad es la evaluación de la aserción y de las habilidades sociales.

4.4 Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación con estudiantes de nivel secundario, se solicitó autorización de las autoridades de la escuela del Magisterio, se les informó sobre los objetivos de la investigación y la modalidad de trabajo a realizar.

Se solicitó el consentimiento informado a los responsables de los alumnos y a los alumnos que quisieran participar.

Se trabajó con un total de 50 estudiantes seleccionados por medio de los siguientes criterios:

- Edad: 15 a 17 años
- Sexo: femenino y masculino
- Nivel socio-económico: medio

La administración de las técnicas administradas, se llevó a cabo en forma grupal y simultánea, en los adolescentes que decidieron participar voluntariamente de este estudio. A los mismos también se les explicó los objetivos del trabajo.

El paso siguiente consistió en la recolección y codificación de los de datos provenientes de las escalas. Posteriormente se realizó el análisis de los

resultados a través de pruebas estadísticas y a partir de los resultados de las mismas se obtuvieron las conclusiones pertinentes.

CAPITULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5. Presentación de Resultados

5.1 Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformada por 50 adolescentes, estudiantes de los últimos años de la escuela secundaria, entre ellos 25 varones y 25 mujeres. Tal como se indica en la tabla N°1.

Tabla N° 1: Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Hombre	25	50,0	50,0	50,0
Mujer	25	50,0	50,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Las edades de la muestra oscilaron entre los 15 y 17 años con una media estadística de 15.98 y una desviación típica de 0.589, como se indica en la tabla N° 2:

Tabla N° 2 : Edad en años

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		15,98
Desv. Típ.		,589
Mínimo		15
Máximo		17

La muestra total quedó conformada por 9 sujetos de 15 años, 33 sujetos de 16 años y 8 adolescentes de 17 años, como podemos observar en la tabla N° 3:

Tabla N°3: Edad en años de los integrantes de la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	15	9	18,0	18,0	18,0
	16	33	66,0	66,0	84,0
	17	8	16,0	16,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

5.2 Presentación de Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos en función de los objetivos de trabajo:

1. Evaluar las habilidades sociales en los adolescentes.
2. Evaluar el grado de ansiedad.
3. Describir el nivel de ansiedad de tipo Cognitivo, Fisiológico y Motor.
4. Analizar la relación entre los sujetos que han obtenido elevados puntajes en la escala de habilidades sociales y el nivel de ansiedad.

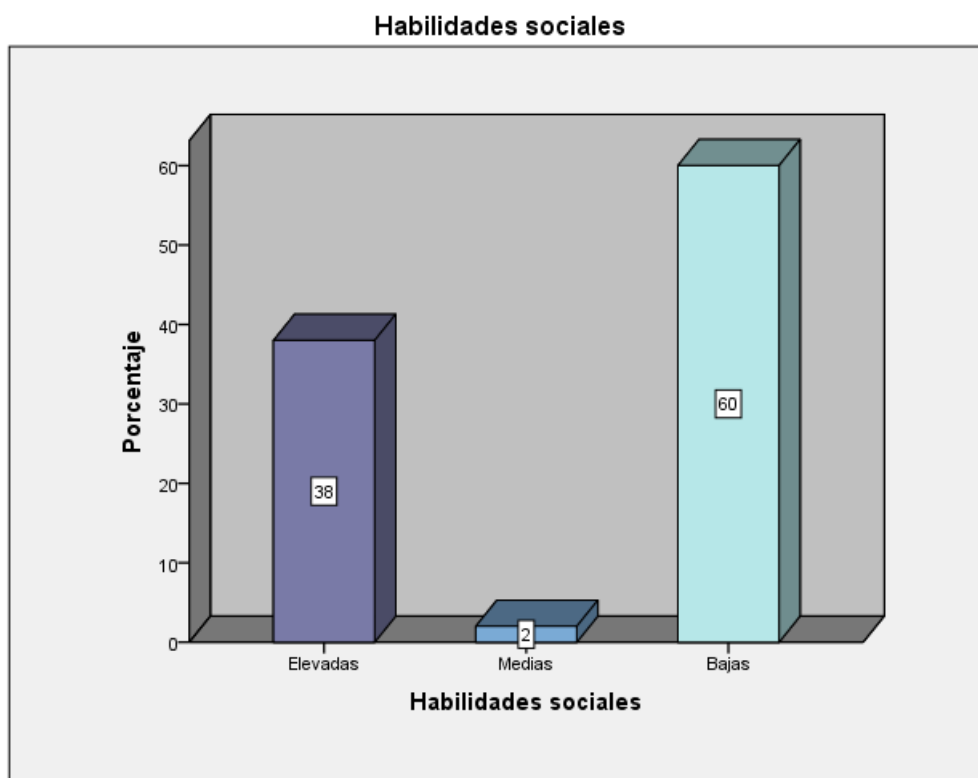
5.2.1 Habilidades Sociales

Teniendo en cuenta el primer objetivo de este trabajo de investigación que es: *“Evaluar las habilidades sociales de los adolescentes de la muestra”*, se expone a continuación en la tabla n° 4, los resultados obtenidos por los adolescentes, que conformaron la muestra, en la Escala de Habilidades Sociales (EHS). Sobre la muestra total de 50 adolescentes, el 60% (30 sujetos) resulto con bajas puntuaciones, en la escala de habilidades sociales, el 38% (19 sujetos) con puntuaciones elevadas y el 2% (1 sujeto) con una puntuación media. (Grafico N°1)

Tabla N° 4: Puntuaciones de la (ESH) Habilidades sociales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Elevadas	19	38,0	38,0	38,0
	Medias	1	2,0	2,0	40,0
	Bajas	30	60,0	60,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico N° 1: Puntuaciones obtenidas en la (EHS) Escala de Habilidades sociales.



5.2.2 Ansiedad

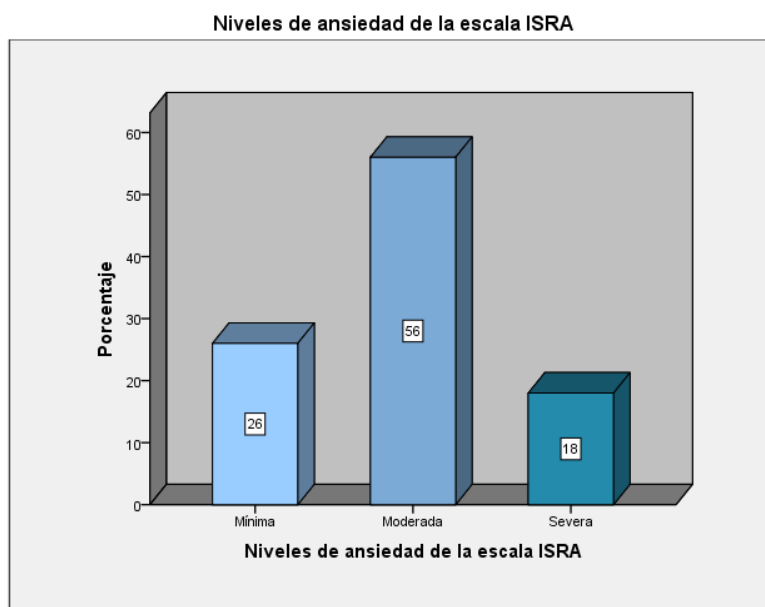
Teniendo en cuenta el segundo objetivo de este trabajo de investigación: “*Evaluar el grado de ansiedad*” se detalla a continuación los siguientes resultados en la tabla N° 5.

Tabla N° 5: Niveles de ansiedad de la escala ISRA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mínima	13	26,0	26,0	26,0
	Moderada	28	56,0	56,0	82,0
	Severa	9	18,0	18,0	100,0
	Extrema	0	0	0	0
	Total	50	100,0	100,0	

Como se pudo observar en la Tabla N° 5, de la totalidad de adolescentes evaluados, el 56% presento un nivel de ansiedad moderada. Mientras que el 26% presento un nivel de ansiedad mínima, y el 18% un nivel de ansiedad severa; no encontrándose, ningún caso de ansiedad extrema. (Gráfico N° 2).

Gráfico N° 2: Niveles de Ansiedad obtenidos en la Escala ISRA



5.2.3 Ansiedad Fisiológica, Cognitiva y Motora:

Diferentes investigaciones han evaluado la concordancia y correlación de los tres sistemas de respuestas cognitivo, fisiológico, y motor, encontrando una falta de concordancia entre ellos, es decir pueden no covariar entre ellos. Por esto, se vio la necesidad de describirlos de forma independiente, a cada uno de estos niveles de ansiedad. Así se formuló el tercer objetivo:

“Evaluar el grado de ansiedad de tipo Cognitivo, Fisiológico y Motor”.

Se detallan a continuación los resultados obtenidos en las diferentes subescalas del ISRA, en función de este objetivo se observó:

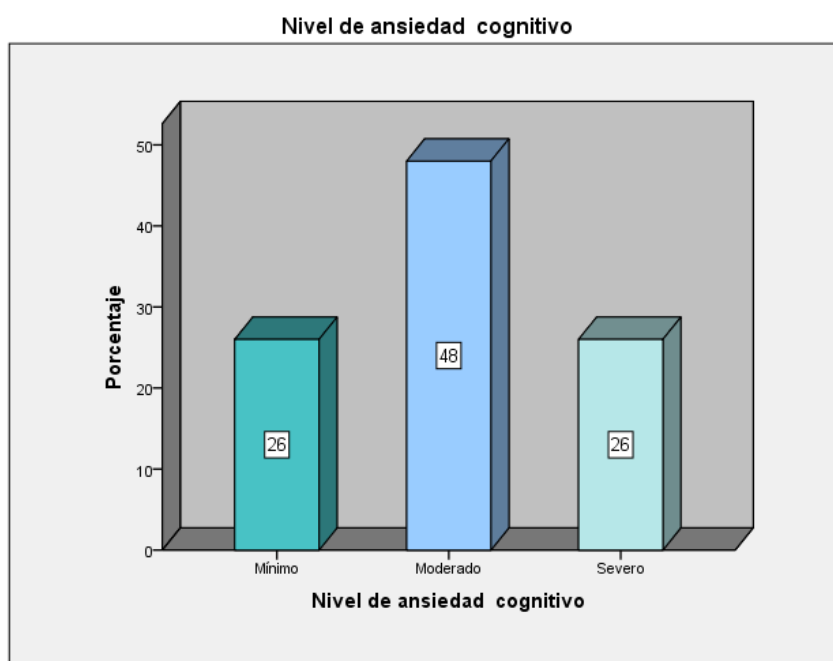
5.2.3.1 Ansiedad de tipo cognitivo:

En función del nivel de ansiedad de tipo cognitivo, se observó que de la totalidad de la muestra (tabla n°6), el 48% (24 sujetos), presentaron un nivel moderado de ansiedad de tipo cognitivo. El 26% (13 sujetos) presento un nivel de ansiedad mínimo, y el 26% restante presento un nivel de ansiedad de tipo cognitivo severo. (Gráfico N° 3)

Tabla n° 6: Nivel de ansiedad de tipo cognitivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mínimo	13	26,0	26,0	26,0
	Moderado	24	48,0	48,0	74,0
	Severo	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico N° 3: Nivel de Ansiedad de tipo Cognitivo:



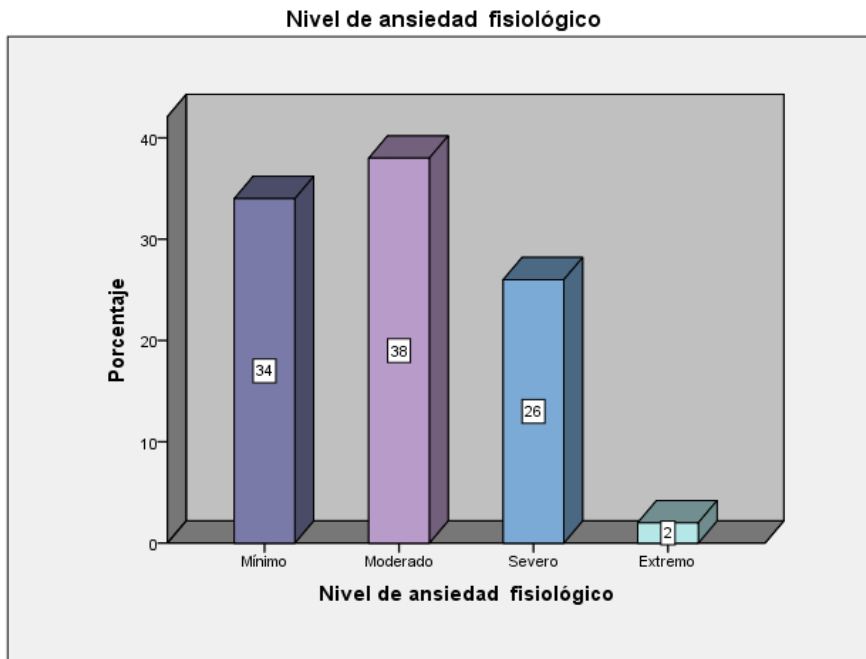
5.2.3.2 Ansiedad de Tipo Fisiológica:

Los resultados obtenidos, en función del nivel de ansiedad de tipo fisiológico, mostraron (tabla n°7) que, de la muestra total de 50 sujetos, 17, presentaron un nivel de ansiedad fisiológica mínima, es decir el 34%, 19 adolescentes (38%) presentaron un nivel de ansiedad moderada, 13 de ellos (26%) un nivel de ansiedad de tipo fisiológico severo; y se encontró un solo caso (2%) de ansiedad fisiológica extrema. (gráfico N°3).

Tabla N° 7 : Nivel de ansiedad de tipo fisiológico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mínimo	17	34,0	34,0	34,0
	Moderado	19	38,0	38,0	72,0
	Severo	13	26,0	26,0	98,0
	Extremo	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico N° 3: Porcentajes obtenidos en el nivel de ansiedad de tipo fisiológico.



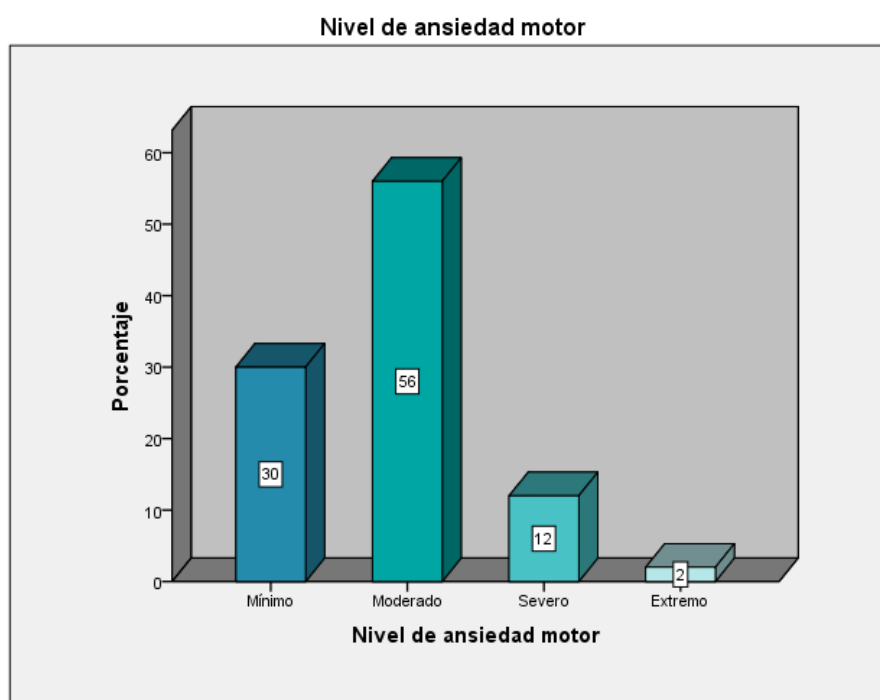
5.2.3.3 Ansiedad de tipo Motor.

Con respecto a los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad de tipo motor, se observó (tabla n° 8), que 28 de los adolescentes evaluados, los cuales conforman, el 56% de la muestra, presentaron un nivel de ansiedad de tipo motor moderada; 15 de ellos, el 30%, un nivel de ansiedad mínimo; una pequeña parte de la muestra, 6 adolescentes, el 12%, un nivel de ansiedad severo, y se encontró un caso único, el 2%, de ansiedad de tipo motor extremo.(Gráfico N°4).

Tabla N° 8: Nivel de ansiedad de tipo motor

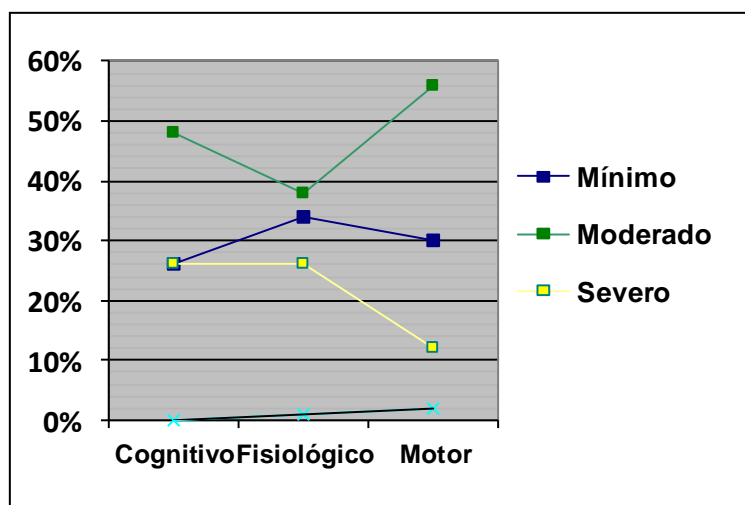
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mínimo	15	30,0	30,0	30,0
	Moderado	28	56,0	56,0	86,0
	Severo	6	12,0	12,0	98,0
	Extremo	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico N°4: Porcentajes del nivel de ansiedad de tipo motor



A modo descriptivo en el gráfico N° 5 podemos observar los porcentajes de los tres sistemas de respuestas y los niveles obtenidos en cada caso, encontrando un 56% de la muestra evaluada en un nivel de ansiedad de tipo motor, moderada. Un 38% un nivel de ansiedad de tipo fisiológico moderada y un 48% un tipo de ansiedad cognitiva moderada. Es decir, evaluados los tres sistemas de respuesta por separados, ambos, en un nivel de ansiedad moderada encuentran sus mayores porcentajes.

Gráfico N° 5: Porcentajes de los sistemas de respuestas, Cognitivo, Fisiológico y Cognitivo.



5.2.4 Asociación entre Habilidades Sociales y Ansiedad

En función del cuarto objetivo: “*analizar la relación entre los sujetos que han obtenido elevados puntajes en la escala de habilidades sociales y el nivel de ansiedad*”. Se analizó la relación entre estas variables encontrando, a un nivel descriptivo, (Tabla 9) que, del total de los adolescentes evaluados:

- De trece sujetos que presentaron una ansiedad mínima, 9 presentaron puntuaciones elevadas en habilidades sociales y 4 de ellos, puntuaciones mínimas de habilidades sociales.
- De veintiocho sujetos que obtuvieron un nivel de ansiedad moderada; ocho presentaron puntuaciones elevadas en habilidades sociales. Y 20 obtuvieron puntuaciones bajas en habilidades sociales.
- De nueve adolescentes que presentaron un nivel de ansiedad severa; dos de ellos, presentaron puntuaciones elevadas en habilidades sociales. El resto de estos adolescentes, es decir seis sujetos, presentaron puntuaciones bajas en habilidades sociales.

Estos resultados demostraron, un leve aumento progresivo de las puntuaciones de la escala de habilidades sociales, en función de los niveles más bajos de ansiedad (ansiedad mínima y moderada).

Tabla N° 9: Contingencia de Niveles de Ansiedad de la escala ISRA * Habilidades sociales

		Habilidades sociales			Total	
		Elevadas	Medias	Bajas		
Niveles de ansiedad de la escala ISRA	Mínima	Recuento	9	0	4	13
		% dentro de Niveles de ansiedad de la escala ISRA	69,2%	,0%	30,8%	100,0%
	Moderada	Recuento	8	0	20	28
		% dentro de Niveles de ansiedad de la escala ISRA	28,6%	,0%	71,4%	100,0%
	Severa	Recuento	2	1	6	9
		% dentro de Niveles de ansiedad de la escala ISRA	22,2%	11,1%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	19	1	30	50
		% dentro de Niveles de ansiedad de la escala ISRA	38,0%	2,0%	60,0%	100,0%

En un análisis inferencial, teniendo en cuenta el cuarto objetivo, se aplicó un coeficiente de correlación de Pearson (r), para observar el grado de correlación existente entre estas dos variables, habilidades sociales y ansiedad. Sometiendo a prueba, las hipótesis de esta tesina:

- *“A mayor habilidad social, menor nivel de ansiedad”.*
- *“A menor habilidad social, mayor nivel de ansiedad”*

La prueba estadística de correlación de Pearson (Tabla n° 10) indicó una asociación significativa ($p < 0,01$), débil ($r: -0,38$), entre la puntuación de habilidades sociales y el nivel de ansiedad de la muestra evaluada. Es

negativa, es decir, que es inversamente proporcional, lo que significa que cuando aumenta una, disminuye la otra, a mayor puntuación en habilidades sociales, menor nivel de ansiedad y viceversa.

Tabla n° 10: Correlación de Pearson del ISRA y EHS

		Puntuación total de la escala ISRA	Puntuación total de la escala de habilidades sociales
Puntuación total de la escala ISRA	Correlación de Pearson	1	-,388**
	Sig. (bilateral)		,005
	N	50	50
Puntuación total de la escala de habilidades sociales	Correlación de Pearson	-,388**	1
	Sig. (bilateral)	,005	
	N	50	50

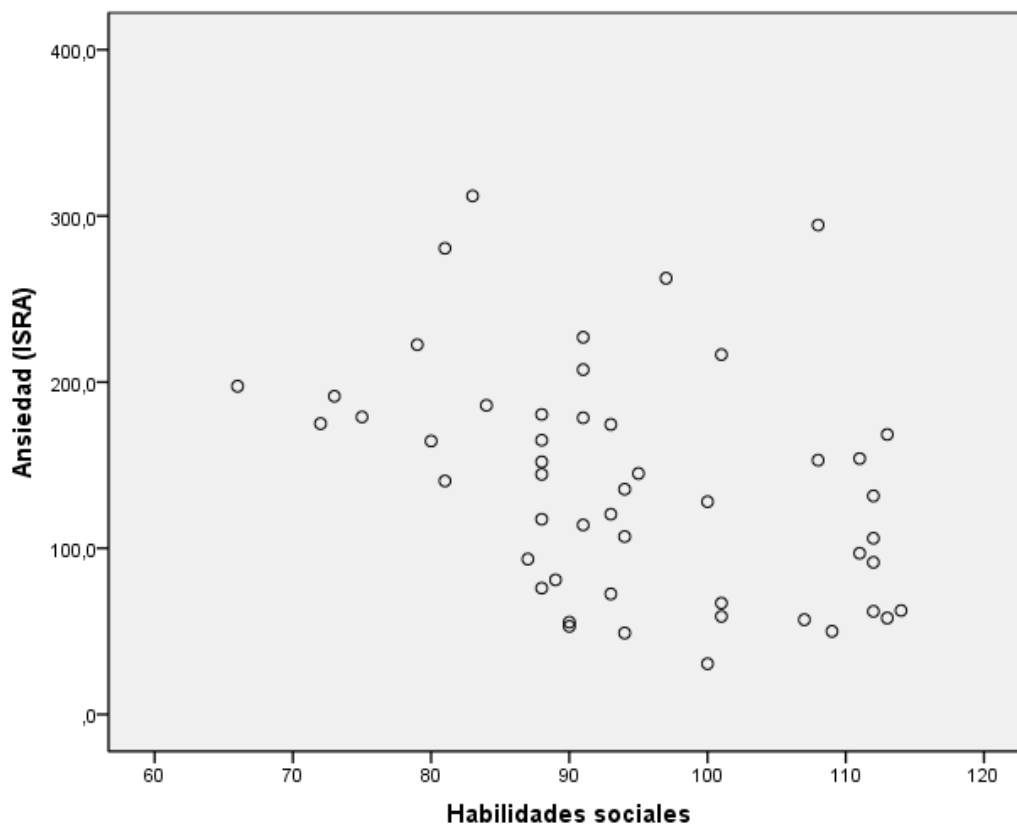
Tabla n° 10: Correlación de Pearson del ISRA y EHS

		Puntuación total de la escala ISRA	Puntuación total de la escala de habilidades sociales
Puntuación total de la escala ISRA	Correlación de Pearson	1	-,388**
	Sig. (bilateral)		,005
	N	50	50
Puntuación total de la escala de habilidades sociales	Correlación de Pearson	-,388**	1
	Sig. (bilateral)	,005	
	N	50	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El diagrama de dispersión muestra una disminución progresiva leve de las puntuaciones del ISRA a medida que aumentan las puntuaciones en la escala de habilidades sociales EHS. (Gráfico n° 5)

Gráfico n° 6: Diagrama de dispersión de Habilidades Sociales y Ansiedad



CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6. Discusión de los resultados

Debido a la que la muestra utilizada es de carácter intencional no probabilística, las conclusiones que se derivan del presente trabajo de investigación, no pueden generalizarse a toda la población, sino que son válidas para aquellos sujetos que participaron en la muestra. Por lo tanto las mismas quedan confinadas a estudios posteriores, no procura llegar a conclusiones definitivas o verdades absolutas que agoten el total de las explicaciones posibles sobre el tema, ni mucho menos exponer todas las relaciones posibles entre las variables estudiadas, por el contrario, el objetivo es promover nuevos interrogantes que permitan abrir una puerta a futuras investigaciones.

6.1. Habilidades Sociales

Teniendo en cuenta el primer objetivo de este trabajo de investigación: “Evaluar las Habilidades Sociales de los adolescentes de la muestra”, se encontró que el 60% de los sujetos evaluados presento puntuaciones bajas en habilidades sociales. El 38% obtuvo puntuaciones elevadas, y solo una pequeña parte obtuvo puntuaciones promedios. Por lo tanto, se puede inferir, que aquellos sujetos con una puntuación baja, tenderían a actuar en forma no asertiva de manera globalizada y aquellos adolescentes que presentaron puntuaciones elevadas en la EHS, tenderían a mostrarse con habilidades sociales, actuando de manera asertiva en diferentes contextos.

La técnica de evaluación, que se utilizó para evaluar las habilidades sociales, está enfocada sólo hacia aspectos asertivos , es decir que toma en cuenta sólo un área del complejo conjunto de las habilidades sociales y esto limita nuestras posibilidades de conocer si estos sujetos poseen o no mayores destrezas sociales.

Dado que la escala mide principalmente conductas asertivas, estos resultados sugieren que el 40% (teniendo en cuenta los que obtuvieron una puntuación promedio) de los adolescentes evaluados, poseen, capacidad para expresar en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva, expresar enfado o

disconformidad, e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Todo esto traería como consecuencia el auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo.

6.2 Ansiedad

Teniendo en cuenta el segundo objetivo de este trabajo de investigación: “*Evaluar el grado de ansiedad*”, se observó que de la totalidad de los adolescentes evaluados, el 56% de la muestra obtuvo un nivel de ansiedad moderado, desde la escala de evaluación aplicada, se indica que el 50% de la población central normal, se encuentra en este nivel. (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1997). Esto nos habla de un nivel de ansiedad, que no requiere intervención terapéutica.

El 26% presento un nivel óptimo de ansiedad, presentando un nivel de ansiedad mínima o ausente.

No se detectaron casos de ansiedad extrema, sin embargo, una pequeña parte de la muestra, el 18%, presento un nivel de ansiedad severa, que si bien no es obstaculizante para la vida de los sujetos, es un indicador a tener en cuenta.

6.3 Ansiedad de tipo Cognitiva, Fisiológica, y Motora

Entendiendo la ansiedad como: “*una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible, resultado negativo o amenaza para nuestros intereses, preparándonos para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales*”. (Cano Vindel; 2004). Y siguiendo la teoría tridimensional de Lang, la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor o conductual) que pueden ser discordantes. Estos tres sistemas, regulados por normas diferentes, dan lugar a perfiles de respuesta diferenciales, los cuales fueron evaluados por separado, ya que diversas investigaciones, demostraron que no existe una correlación, ni concordancia entre sistemas, existiendo una independencia entre ambos. (Martínez Monteagudo et. al; 2012)

Los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad de tipo cognitivo indicaron que el 48% de la muestra evaluada, presenta un nivel de ansiedad de tipo cognitiva moderada, el 26% un nivel mínimo, el 26% restante un nivel severo. Lo cual podría indicar que la mayoría de los adolescentes evaluados tenderían a manifestar su ansiedad mediante ideas, pensamientos, rumiación, miedo, temor, preocupación etc.

En cuanto a los resultados obtenidos en nivel de ansiedad de tipo fisiológico, se observó una mayor distribución de los porcentajes, encontrándose, el 34% de los adolescentes con un nivel de ansiedad de tipo fisiológico mínima, un 38%, una ansiedad moderada, el 26% una ansiedad severa y el 1% presento un nivel de ansiedad extrema en la subescala fisiológico.

Los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad de tipo motor se encontró que el 56% de los adolescentes presentaron un nivel moderado de ansiedad en este tipo; un 30%, un nivel mínimo; el 12% severo, y un 2% presento un nivel extremo. Las mayores puntuaciones se encontraron en la subescala Motora, lo cual podría indicar que la muestra examinada presenta un perfil de respuesta de ansiedad, más bien motora, manifestándose mediante: inquietud, bajo control de los impulsos, conductas de evitación del estímulo temido, e incluso una disminución de la destreza discriminativa y de la memoria acorto plazo.

6.4 Asociación entre Habilidades Sociales y Ansiedad

Teniendo en cuenta el cuarto objetivo de esta tesina:” *Analizar la relación entre los sujetos que han obtenido elevados puntajes en la escala de habilidades sociales y el nivel de ansiedad*”. Los resultados obtenidos mostraron que aquellos sujetos que presentaron un nivel de ansiedad de baja a moderada, obtuvieron mayores puntuaciones en la escala de habilidades sociales (EHS). Lo que confirmaría en parte las hipótesis de trabajo:

- “*A mayor habilidad social, menor nivel de ansiedad*”.
- “*A menor habilidad social, mayor nivel de ansiedad*”

Al aplicar la prueba estadística de correlación de Pearson se encontró una correlación significativa ($p < 0,01$) pero leve con un $-0,38$, lo cual indica que al disminuir una variable la otra aumenta, y viceversa. Desde esta perspectiva podemos suponer que aquellos sujetos que presentan un nivel de ansiedad mínimo y moderado, tenderían a ser más hábiles socialmente. Sin embargo al tratarse de una correlación leve y dado que la mayoría de los adolescentes obtuvieron bajas puntuaciones en habilidades sociales, lo cual limita nuestras posibilidades de conocer si estos sujetos, poseen verdaderamente mayores destrezas sociales, ya que como nos referimos anteriormente, la EHS, sólo evalúa un componente del complejo conjunto de las habilidades sociales. Por otra parte, las técnicas utilizadas poseen las características de autoinformes, es decir, el sujeto contesta en función de la percepción que tiene de sí mismo. Esto también limita nuestros conocimientos acerca de si estos adolescentes poseen mayores destrezas sociales, ya que sólo contamos con un auto-reporte personal el cual puede aparecer sesgado.

La investigación se podría ampliar si contáramos con testimonios de las personas más cercanas a estos sujetos y de esta manera obtendríamos más información acerca de si son socialmente más hábidosos o no, incluso tener en cuenta otras variables que pueden interferir en el déficit de habilidades sociales.

Eceiza, Arrieta y Goñi (2008), en su estudio sobre las habilidades sociales y contextos de conductas; refieren que las causas de las dificultades en las relaciones interpersonales, se deben a un déficit en habilidades sociales, asociado a niveles elevados de ansiedad condicionada, como también así también a cogniciones o emociones intervinientes. Y describen que, una persona con habilidad para hacer peticiones, puede no llevar a cabo la conducta social apropiada ante un amigo si mantiene la creencia irracional de: *“Él debería darse cuenta de mis deseos o necesidades. Si se lo tengo que pedir, no tiene mérito”*. O una persona que mantiene creencias como *“Si rechazo su petición, se enfadará y me quedaré solo”*, o *“Un amigo de verdad, no puede negarse a lo que le pide el otro”*, aunque tenga la habilidad de rechazar peticiones, no será capaz de decir “no” a un amigo.

Este tipo de estudio excede nuestro campo de investigación, pero podría ser una propuesta de trabajo para futuras investigaciones.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

7.1 Conclusiones

7.1 Del análisis de datos se extraen las siguientes conclusiones:

Para dar paso a las conclusiones, recapitularemos los resultados obtenidos anteriormente.

A través de la investigación realizada, con un grupo de 50 adolescentes, estudiantes, de los últimos años del secundario, se encontró:

1. En habilidades sociales: el 60% de los sujetos, presentaron puntuaciones bajas en habilidades sociales y del 40% restante, 38% puntuaciones elevadas y un 2% puntuaciones promedios.
2. En los niveles de ansiedad en general el 56% de la muestra presento un nivel de ansiedad moderada, el 26% un nivel de ansiedad mínimo y el 18% restante un nivel de ansiedad severo.
3. En los niveles de ansiedad de tipo cognitivo: el 48% presentó un nivel de ansiedad de tipo cognitiva moderado, el 26% un nivel mínimo, el 26% restante un nivel severo.
4. En los niveles de ansiedad de tipo Fisiológico: el 38% presento, una ansiedad moderada, el 26% una ansiedad severa y el 1% presento un nivel de ansiedad extrema.
5. En los niveles de ansiedad de tipo Motor: el 56% de los adolescentes presentaron un nivel moderado de ansiedad en este tipo; un 30%, un nivel mínimo; el 12% severo, y un 2% presento un nivel extremo.
6. En el Análisis de la relación entre los sujetos que han obtenido elevados puntajes en la escala de habilidades sociales y el nivel de ansiedad". Los resultados obtenidos mostraron que aquellos sujetos que presentaron un nivel de ansiedad de baja a moderada, obtuvieron mayores puntuaciones en la escala de habilidades sociales (EHS).
7. En la asociación de las variables, habilidades sociales y ansiedad, mediante la prueba estadística de Pearson, se obtuvo una correlación significativamente ($p < 0,01$) leve (-0,38) a la inversa.

Con respecto al punto n° 1, encontramos que el 40 % de la muestra examina, presenta adecuadas habilidades sociales, para desempeñarse asertivamente.

Como ya nos hemos referido anteriormente, la naturaleza de las habilidades sociales es multidimensional; y depende del contexto, el cual es cambiante. Además el grado de eficacia demostrado por la persona dependerá de la situación particular en la que se encuentre, así una conducta considerada apropiada para una situación, no lo sería en otra. Por esta razón diversos autores consideran definir la habilidad social en términos de la eficacia de su función ante una situación. (Caballo; 2002). La técnica implementada solo abarca, aspectos asertivos, es decir, un área de este complejo conjunto.

En la adolescencia, el papel de las habilidades sociales es fundamental para el acercamiento a pares, la conformación de la pareja y la participación en diversos grupos. A su vez, estas competencias sociales, influyen, en la percepción que el adolescente tiene de sí, de los otros y de la realidad; cuanta más capacidad o destreza tenga el adolescente para actuar en el terreno psicosocial, tendrá más opciones personales para conseguir los objetivos que se proponga, mediante un mejor uso de sus recursos internos y externos, con los que cuenta. En este sentido las habilidades sociales son consideradas como un factor de relevancia en la explicación del desarrollo social y de las interacciones sociales.

Teniendo en cuenta el punto n°2, observamos que, la mayoría los adolescentes examinados presentaron, un nivel de ansiedad moderado. Sin embargo, siguiendo la Teoría de Lang (1968), la cual se ha convertido, en una de las corrientes más populares, respecto a la evaluación y tratamiento de la ansiedad. La ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuesta: Motor, cognitivo y Fisiológico. (Martínez Monteagudo et. al.; 2012) consideramos incluir los puntos 3, 4 y 5 también acá. Ya que como se describió anteriormente, diversas investigaciones muestran una discordancia y disincronía, entre estos tres sistemas de respuesta. La multidimensionalidad de la respuesta de ansiedad, permiten obtener perfiles, estableciendo que sistema de respuesta predomina.

La muestra de este trabajo de tesina, presentaría una elevada reactividad motora, esto puede deberse, al periodo de su vida que se encuentran atravesando, la adolescencia. Y tenderían a manifestar su ansiedad mediante la inquietud e hiperactividad.

Teniendo en cuenta los últimos dos puntos, los cuales se refieren a la asociación de habilidades sociales y ansiedad, podríamos decir que hemos corroborado las hipótesis propuestas en este trabajo de investigación: “*A mayor habilidad social, menor niveles de ansiedad*”. Y “*A menor habilidad social, mayor nivel de ansiedad*”. Ya que, aquellos sujetos que obtuvieron mayores puntuaciones en habilidades sociales, presentaron menores niveles de ansiedad. Al aplicar la prueba estadística de correlación de Pearson, se obtuvo una correlación significativamente leve y negativa, lo cual indica que a medida que una variable aumenta, la otra, disminuye, y viceversa. Es decir que si aumentan las habilidades sociales, los niveles de ansiedad tienden a disminuir.

7.2 Propuestas

Este trabajo, propone contribuir con nuevos conocimientos sobre los procesos implicados la temática de habilidades sociales, y ansiedad, con el fin de aportar a la prevención y al abordaje de los trastornos psicopatológicos en el ámbito clínico, tales como fobia social, y Trastorno de ansiedad.

Como se ha descrito a lo largo de todo este trabajo, tanto la ansiedad, como las habilidades sociales, no pueden ser entendidas o estudiadas de manera aisladas, hay que tener en cuenta los diferentes contextos en los que se desarrolla el sujeto, ya que dependerá de la situación particular en la que se encuentre, así una conducta que es considerada apropiada para una situación, podría no lo serlo en otra, e incluso los niveles de ansiedad varían de un contexto a otro.

Proponemos ampliar la mirada, entender al sujeto desde todos sus aspectos y dimensiones.

Por otro lado, Martínez Monteagudo (2012) afirma que al tener en cuenta los sistemas de respuestas tanto conductuales o motores, cognitivos y fisiológicos;

podemos establecer una estrategia terapéutica más idónea, para el paciente con ansiedad; por ejemplo aquellos sujetos con una alta reactividad fisiológica, se puede optar por técnicas de relajación, desensibilización sistemática; o aquellos sujetos con una alta reactividad cognitiva, se podrá trabajar con técnicas de reestructuración cognitiva y auto-instrucciones.

Esta tesina adquiere relevancia si tenemos en cuenta, el hecho de trabajar sobre los recursos de los sujetos, más que sobre los aspectos en déficit. Esto podría contribuir, en gran medida, a acortar la duración de los tratamientos terapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

Beck, A. y Freeman, A. (1995). *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Beck, A. T. y Clark D. A. (1997). An Information Processing Model of anxiety: Automatic and Strategic processes. *Behavior Research and Therapy*.

Caballo, V. E (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España: Promolibro.

Caballo, V. E. (1993). Relaciones entre las diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología conductual*. (1) 1,73-99.

Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo veintiuno de España ediciones.

Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J.J. (1999) Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de situaciones y respuestas de la ansiedad (ISRA). *Psicología contemporánea*. (1), 6, 14-21.

Cardoso G, Dubini P, Fantino I, Ardiles R. (2011). Habilidades para la vida en adolescentes, diferencias de género, correlación entre variables predictores de la empatía. *Psicología desde el caribe Universidad del norte*. (28) 107-132.

Cía, A. H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos.

Contini E., Lacunza A., Medina S. y otros (2012). Una problemática a resolver, soledad y aislamiento adolescente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 15, (1) 127-149. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi121g.pdf>

Czernik, G. E., Dabski, M. F., Canteros, J. D., & Almirón, L. M. (2006). Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*, 162, 1-4.

Díaz Rodríguez, A., González Sandoval, A., Minor Ferra, N. y Moreno Almazán, O. (2011). La conducta autodestructiva relacionada con los trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. (5) 63-84.

- Díaz Rodríguez, A.C., González Sandoval A., Minor Ferra, N. y Moreno Almazán O. (2013) *La conducta autodestructiva relacionada con los trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos*. Revista científica electrónica de psicología ICSa-UAEH (5). 63-84.
- Eceiza M, Arrieta M, Goñiti A. (2008). Habilidades y contextos de la conducta social. *Revista Psicodidáctica*.13 (1) 11-26. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17513102>.
- Erickson, E. (1968). *Identidad, juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Erickson, E. (1972). *Sociedad y Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Fernández Moujan, O. *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Folkman S. y Lazarus R. (1965). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of abnormal psychology*.
- García, J. B., Martínez, P. A. S., García-Portilla, M. P. G., y García, M. B. (1999). Trastornos de ansiedad. *Medicine*, 7(106), 4952-4962.
- García-Fernández, J.M., Martínez-Monteagudo, M.C. & Inglés, C.J. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista Iberoamericana de psicología y salud*. (1), 4, 63-76.
- Gismero Gonzalez, E. (2010). *Escala de habilidades sociales*. Madrid, España. TEA Ediciones.
- Iglesias Diz, J.L. (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Revista Pediatr Integral 2013 XVII(2), 88-93.
- Kelly, J.A (1992). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Lacunza, A. y Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes y su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*. (XII), 1, 159-182.
- Lazarus R.S. y Folkman S. (1984). *Stress y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Oca.

Lazarus, R. S. y Lanunier, R. (1978). *Stress-related transactions between person and environment*. New York. In L.A. Pervin & M Lewis (Eds), *Perspectives in interactional psychology*.

Martínez Monteagudo, M. C.; Ingles, C. J.; Cano Vindel, A. y García Fernández J. M. (2012). Estado actual de la investigación, sobre la teoría Tridimensional de Lang. *Ansiedad y Estrés*. 18 (2-3), 201-219.doi: ISSN 1134-7937.

Martínez Monteagudo, M.C., García Fernández, J.M. & Inglés, C.J. (2013). Relaciones entre la ansiedad escolar, ansiedad rasgo y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 13 (1), 47-64.

Martínez-Algeciras, K.A., Rodríguez-Jiménez, R.O. (2013). Análisis exploratorio de la validez del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) adaptado. *Acta Colombiana de Psicología*. (1), 16, 57-66.

Miguel Tobal J. J. y Cano Vindel, A. R. (1997). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Cuarta edición. Madrid: TEA Ediciones, S.A

Moral Jimenez, M. y Sirvent Ruiz C. (2011). Desordenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes .*Internacional Journal of Psychology and Psychology Therapy*. (11), 1, 33-56.

Moreno Méndez J. H y Chauta Rozo L. C. (2012). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychol. av. Discip.* (6) 1. 155- 166.

ISSN 1900-2386

Moreno, A. y Del Barrio, C. (2000). *La experiencia adolescente: a la búsqueda de un lugar en el mundo*. Buenos Aires: Editorial Aique.

Olivares Rodríguez J, Piqueras Rodríguez J. A y Rosa Alcázar A. I (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18 (2), 207-211. Recuperado de <http://www.psicothemma.com>.

Pérez, I., (2000). *Habilidades Sociales: Educar hacia la Autorregulación*. Barcelona: Cuadernos de Educación.

Pitoni, D., & Rovella, A. (2013). Ansiedad y perfeccionismo: su relación con la evaluación académica universitaria. *Enseñanza e investigación en psicología*, 18(2), 329-341.

Rosa, A.I., Inglés, C.J., Olivares, J., Espada, J.P., Sánchez-Meca, J. y Méndez, X. (2002). Eficacia del entrenamiento en habilidades sociales con adolescentes: de menos a más. *Revista Psicología Conductiva*. (10). 3. 443-561.

Rosso A. (2007). Trastornos de Ansiedad. *Tratado de actualización en psiquiatría*. Siens SRL. ISSN: 1850-9983.

Sierra J. C, Ortega V. y Zubeidat I. (2003). Ansiedad, Angustia y Estrés, tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividades / fortaleza*. 3. (1) ,10-59.

Zac D. (2001). Adolescencia, Momento de encrucijadas. *Duelos y Depresiones a lo largo del ciclo vital humano*. Simposio llevado a cabo por el laboratorio Raffo. Buenos Aires. Argentina.

APENDICE

(EHS) Escala de Habilidades Sociales

A continuación aparecen frases que describen diversas situaciones. Le solicitamos leerlas atentamente e indicar en qué medida Ud. se identifica con cada una de ellas, **marcando con una x una de las siguientes alternativas:**

1: No me identifico en absoluto, no se me ocurre o no lo haría.

2: No tiene que ver mucho conmigo, aunque alguna vez me ocurra.

3: Me describe bastante, aunque no siempre actúe o me sienta así.

4: Muy de acuerdo, me siento o actúo así la mayoría de las veces.

Sexo: Edad: Curso:

	1	2	3	4
1. A veces evito hacer preguntas para no parecer estúpido.				
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.				
3. Si al llegar a la casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.				
4. Cuando en una tienda atienden primero a alguien que llegó después que yo, me callo.				
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo, paso un mal rato para decirle que no.				
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que presté.				
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.				
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.				
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.				
10. tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo(a).				
11. A veces evito reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.				
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, no me atrevo a pedirle que se calle.				
13. Cuando una persona expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.				
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una persona amiga por teléfono, me				

cuesta mucho cortar.				
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.				
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el vuelto, regreso a pedir el cambio correcto.				
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.				
18. Si veo en una fiesta una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar una conversación con ella.				
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.				
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas, a tener que pasar por entrevistas personales.				
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.				
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.				
23. No sé cómo “cortar” a un amigo que habla mucho.				
24. Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.				
25. Si un amigo al que le he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.				
26. me suele costar mucho pedirle a un amigo que me haga un favor.				
27. Soy incapaz de pedirle a alguien una cita.				
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.				
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clases, reuniones)				
30. Cuando alguien se cuela en mi fila, hago como si no me diera cuenta.				
31. me cuesta expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.				
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o “quitarme de en medio” para evitar problemas con las personas.				
33. Abecés no sé negarme a salir con alguien que no me gusta, pero que me llama varias veces.				

ISRA

Nombre: _____ **Fecha:** _____

INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces sí, otras no 3: Muchas veces

4: Casi siempre

Vea los siguientes ejemplos:

<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>0</td><td>CASI NUNCA</td></tr> <tr><td>1</td><td>POCAS VECES</td></tr> <tr><td>2</td><td>UNAS VECES SÍ OTRAS VECES NO</td></tr> <tr><td>3</td><td>MUCHAS VECES</td></tr> <tr><td>4</td><td>CASI SIEMPRE</td></tr> </table>		0	CASI NUNCA	1	POCAS VECES	2	UNAS VECES SÍ OTRAS VECES NO	3	MUCHAS VECES	4	CASI SIEMPRE	1. Me desconcierto; no sé qué hacer.	2. Tengo la impresión de que soy	3. No puedo concentrarme en el	4. Tengo dificultades para dormir.	5. Pierdo el apetito.	OBSERVACIONES
0	CASI NUNCA																
1	POCAS VECES																
2	UNAS VECES SÍ OTRAS VECES NO																
3	MUCHAS VECES																
4	CASI SIEMPRE																
SITUACIONES																	
1. Si un problema me preocupa mucho,																	
2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima,																	

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las repuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la Nº 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).

COGNITIVO

SITUACIONES	0	1	2	3	4	1. Me preocupo fácilmente.	2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí tales como «inferior».	3. Me siento inseguro de mí mismo.	4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	5. Siento miedo.	6. Me cuesta concentrarme.	7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis	OBSERVACIONES	ΣS
	CASI NUNCA	POCAS VECES	UNAS VECES SÍ OTRAS VECES NO	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE									
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un														
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.														
3. Cuando pienso en las muchas cosas que														
4. A la hora de tomar una decisión o resolver														
5. En mi trabajo o cuando estudio.														
6. Cuando espero a alguien en un lugar														
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una														
8. Cuando alguien me molesta o cuando														
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o														
10. Si tengo que hablar en público.														
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido,														
12. Cuando tengo que viajar en avión o en														
13. Después de haber cometido algún error.														
14. Ante la consulta del dentista, las														
15. Cuando voy a una cita con una persona del														
16. Cuando pienso en mi futuro o en														

17. En medio de multitudes o en espacios									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas. _____									
–									
ΣR								TOTAL	

ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO **TODOS** LOS ESPACIOS EN BLANCO

FISIOLÓGICO

SITUACIONES	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>CASI NUNCA</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>POCAS VECES</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>UNAS VECES SÍ OTRAS VECES NO</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>MUCHAS VECES</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>CASI SIEMPRE</td> </tr> </table>										0	CASI NUNCA	1	POCAS VECES	2	UNAS VECES SÍ OTRAS VECES NO	3	MUCHAS VECES	4	CASI SIEMPRE	OBSERVACIONES	ΣS
	0	CASI NUNCA																				
1	POCAS VECES																					
2	UNAS VECES SÍ OTRAS VECES NO																					
3	MUCHAS VECES																					
4	CASI SIEMPRE																					
1. Siento molestias en el estómago	2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.	3. Me tiemblan las manos o las piernas.	4. Me duele la cabeza.	5. Mi cuerpo está en tensión.	6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.	7. Me falta el aire y mi respiración es agitada.	8. Siento náuseas o mareo.	9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.	10. Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.													
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.																						
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.																						
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.																						
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.																						
5. En mi trabajo o cuando estudio.																						
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.																						
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.																						
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.																						
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.																						
10. Si tengo que hablar en público.																						
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.																						
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.																						
13. Después de haber cometido algún error.																						
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.																						

15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades o problemas futuros.												
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20. Al observar escenas violentas.												
21. Por nada en concreto.												
22. A la hora de dormir.												
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas. _____												
ΣR											TOTAL	

ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO **TODOS** LOS ESPACIOS EN BLANCO

MOTOR

SITUACIONES	<table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>CASI NUNCA</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>POCAS VECES</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>UNAS VECES SÍ OTRAS VECES NO</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>MUCHAS VECES</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>CASI SIEMPRE</td> </tr> </table>		0	CASI NUNCA	1	POCAS VECES	2	UNAS VECES SÍ OTRAS VECES NO	3	MUCHAS VECES	4	CASI SIEMPRE	1. Lloro con facilidad.	2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies y	3. Fumo, como o bebo demasiado.	4. Trato de evitar rehuir la situación.	5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.	6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.	7. Tartamudeo y tengo otras dificultades de expresión verbal.	OBSERVACIONES	ΣS
	0	CASI NUNCA																			
1	POCAS VECES																				
2	UNAS VECES SÍ OTRAS VECES NO																				
3	MUCHAS VECES																				
4	CASI SIEMPRE																				
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un																					
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.																					
3. Cuando pienso en las muchas cosas que																					
4. A la hora de tomar una decisión o resolver																					
5. En mi trabajo o cuando estudio.																					
6. Cuando espero a alguien en un lugar																					
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una																					
8. Cuando alguien me molesta o cuando																					
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o																					
10. Si tengo que hablar en público.																					
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido,																					
12. Cuando tengo que viajar en avión o en																					
13. Después de haber cometido algún error.																					
14. Ante la consulta del dentista, las																					
15. Cuando voy a una cita con una persona																					
16. Cuando pienso en mi futuro o en																					
17. En medio de multitudes o en espacios																					
18. Cuando tengo que asistir a una reunión																					
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.																					
20. Al observar escenas violentas.																					
21. Por nada en concreto.																					
22. A la hora de dormir.																					

23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.										
ΣR									TOTAL	

ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO **TODOS** LOS ESPACIOS EN BLANCO