



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“NIVELES DE ANSIEDAD Y ASERTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO  
PARTICULAR BAUTISTA “**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

**Autora:** Vinueza López, Mayra Tatiana

**Tutora:** Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda Mg.

**Ambato–Ecuador  
Febrero - 2016**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“NIVELES DE ANSIEDAD Y ASERTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO PARTICULAR BAUTISTA “**. De Mayra Tatiana Vinueza López estudiante de la Carrera De Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre del 2015

LA TUTORA

.....

Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda Mg.

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“NIVELES DE ANSIEDAD Y ASERTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO PARTICULAR BAUTISTA “**, como también los contenidos, análisis, conclusiones y propuesta son exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Noviembre del 2015

LA AUTORA

.....

Vinueza López, Mayra Tatiana

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato. Para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además aprueba la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Noviembre 2015

LA AUTORA

.....

Vinueza López, Mayra Tatiana

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“NIVELES DE ANSIEDAD Y ASERTIVIDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO PARTICULAR BAUTISTA”** de Vinuesa López Mayra Tatiana estudiante De La Carrera De Psicología Clínica

Ambato, Febrero 2015

Por Constancia Firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2da VOCAL

## **DEDICATORIA.**

En esta etapa final quiero dedicar este trabajo de graduación con todo el cariño, respeto y admiración al Sr. Manuel Vinueza mi padre, y a la Sra. Rosario López, mi madre; gracias a su apoyo incondicional he logrado alcanzar este sueño tan añorado por mí, el esmero y sacrificio en todos estos años han sido determinantes para cumplir esta meta profesional, mi triunfo no es solo mío es también de ustedes.

Mayra Tatiana Vinueza López

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi profundo agradecimiento en primer lugar a Dios por ser la fuerza para cumplir este sueño, a la Universidad Técnica de Ambato que me abrió las puertas para iniciar mis estudios de tercer nivel, a la Carrera de Psicología Clínica, que fue formando a través de los años, a los docentes que inculcaron conocimientos y ética a lo largo de la carrera.

Un agradecimiento especial a mi tutora Psc CI Fernanda Flores Mg. por su generosidad, paciencia y guía en este proceso de adquirir conocimientos de manera práctica y científica fundamental para culminar este proceso de tesis.

Finalmente, quiero agradecer a mis amigas /os pues con ellos hicimos de la vida universitaria una experiencia grata y divertida que jamás podremos olvidar, Gracias a todos por su ánimo y respaldo.

Mayra Tatiana Vinueza López

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| PORTADA.....                          | i    |
| APROBACIÓN DEL TUTOR.....             | ii   |
| AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....    | iii  |
| DERECHOS DE AUTOR.....                | iv   |
| APROBACION DEL JURADO EXAMINADOR..... | v    |
| DEDICATORIA. ....                     | vi   |
| AGRADECIMIENTO.....                   | vii  |
| INDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....     | viii |
| INDICE DE TABLAS .....                | x    |
| INDICE DE GRÀFICOS .....              | xi   |
| RESUMEN.....                          | xiii |
| ABSTRACT .....                        | xiii |
| INTRODUCCIÓN .....                    | 1    |

### CAPÍTULO I

#### EL PROBLEMA

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1.1.Tema.....                       | 2 |
| 1.2.Planteamiento del Problema..... | 2 |
| 1.2.1. Contextualización.....       | 2 |
| 1.3.Formulación del Problema .....  | 6 |
| 1.4.Objetivos .....                 | 6 |
| 1.4.1. Objetivo General .....       | 6 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos .....  | 6 |
| 1.5.Justificación.....              | 7 |
| 1.6.Limitaciones.....               | 7 |



**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| 2.1. Antecedentes de la Investigación ..... | 9  |
| 2.2. Base Teórica.....                      | 24 |
| 2.2.1. Ansiedad.....                        | 24 |
| 2.2.2 Habilidades Sociales .....            | 55 |
| 2.3. Definición de Términos.....            | 76 |
| 2.4. Sistema de Hipótesis .....             | 77 |
| 2.5. Señalamiento de Variables.....         | 77 |

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| 3.1. Nivel de investigación.....                         | 78 |
| 3.2 Diseño .....                                         | 78 |
| 3.3 Población y Muestra.....                             | 79 |
| 3.3.1. Población.....                                    | 79 |
| 3.3.2. Muestra.....                                      | 79 |
| 3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos..... | 81 |
| 3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos .....  | 83 |

**CAPÍTULO IV**  
**ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 4.1. Recursos .....                  | 85 |
| 4.1.1. Recursos Institucionales..... | 85 |
| 4.1.2. Recursos Humanos.....         | 85 |
| 4.1.3. Recursos Materiales .....     | 85 |
| 4.1.4. Económicos .....              | 86 |
| 4.2. Cronograma de Actividades.....  | 86 |

|                   |    |
|-------------------|----|
| BIBLIOGRAFIA..... | 87 |
| LINKOGRAFIA ..... | 91 |
| ANEXOS.....       | 95 |

### ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabla N 01:</b> Límite entre ansiedad normal y ansiedad patológica .....       | 35 |
| <b>Tabla N 02:</b> Población de estudiantes del Colegio Particular Bautista ..... | 79 |
| <b>Tabla N 03:</b> Presupuesto de la Investigación .....                          | 86 |
| <b>Tabla N 04:</b> Cronograma de Actividades .....                                | 86 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| <b>Gráfico N.- 01: Auto-Asertividad.....</b> | <b>66</b> |
|----------------------------------------------|-----------|

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“NIVELES DE ANSIEDAD Y ASERTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL  
COLEGIO PARTICULAR BAUTISTA”

Autora: Vinueza López, Mayra Tatiana

Tutor: Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda Mg.

Fecha: Noviembre del 2015

**RESUMEN**

El presente proyecto investigativo tuvo como principal interrogante para su desarrollo determinar los niveles de ansiedad y asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista, tomando como precepto para su estudio a nivel general si estas problemáticas cuentan con características “Leves” “Moderadas” o “Graves” dentro de la población y el cambio que se consigue en los alumnos de la institución educativa mediante la implementación de un programa continuo y detallado de asertividad; el mismo fue contextualizado a nivel macro en América Latina , meso en Ecuador y micro en la provincia Tungurahua.

La metodología que se utilizó para esta investigación se efectuó mediante un enfoque cuali-cuantitativo; así mismo investigación de campo mediante la aplicación de las Escalas de Ansiedad de Hamilton y Asertividad de Rathus en la población de estudio en el Colegio Particular Bautista, teniendo como muestra a 116 adolescentes.

**PALABRAS CLAVES:** ANSIEDAD, ANSIEDAD\_PATOLÓGICA, ASERTIVIDAD, HABILIDADES SOCIALES, TRASTORNOS\_ANSIEDAD.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
Clinical psychology degree

"Levels of anxiety and assertiveness PRIVATE SCHOOL STUDENTS  
BAUTISTA"

Author: Tatiana Mayra Lopez Vinueza

Tutor: Ps. Cl. Flores Hernández, Veronica Fernanda Mg.

Date: November 2015

ABSTRACT

This research project was to develop main question for determining levels of anxiety and assertiveness in the Particular Baptist College students, on the precept for study in general terms whether these problems have features "Mild", "Moderate" or "Graves" within the population and the change that is achieved in the students of the educational institution by implementing continuous and detailed program of assertiveness; it was contextualized in Latin America macro, meso and micro in Ecuador Tungurahua province.

The methodology used for this research was carried out by a quali-cuantitativo approach; Likewise field research by applying the Hamilton Anxiety Scale and Assertiveness Rathus in the study population in the Particular Baptist College, with the sample to 116 teenagers.

KEYWORDS: ANXIETY, ANXIETY DISORDER, ASSERTIVENESS, PATHOLOGICAL ANXIETY, SOCIAL SKILLS.

## INTRODUCCIÓN

Varios autores afirman que cuando un individuo se siente en peligro o se enfrenta a una amenaza sea esta real o imaginaria se dificulta su capacidad para controlar la reacción que emite ante dicho escenario, su respuesta puede variar de acuerdo a la relevancia de la situación o a la presencia del estímulo. Es aquí donde se hace evidente la capacidad que tiene el sujeto para adaptar su respuesta a cada circunstancia, de modo que se sitúe proporcionalmente en condiciones como tiempo duración o intensidad.

La ansiedad es un estado emocional que permite al ser humano manejar las situaciones cotidianas, estresantes del día a día que en muchos casos pueden ser vividas como un peligro u obstáculo para conseguir logros y ejecutar planes. De manera que la ansiedad se constituye en un estado necesario para el desarrollo del ser humano tal como el miedo o la felicidad; siempre y cuando se tomen las medidas convenientes para responder según el caso y naturaleza del evento. Una de las reacciones que más favorecen es la asertividad. Como tal permite una forma de expresión congruente con la situación que enfrenta el individuo, conduce su manera de actuar para que no se vea afectada por conductas polares como la pasividad o agresividad

Para la presente investigación se ha tomado como población los estudiantes del Colegio Particular Bautista ya que en la aparición de los diferentes procesos ansiosos se hace muy necesaria la práctica de este modelo de relación interpersonal principalmente cuando se mantienen elevados niveles de ansiedad que pudieran provocar molestias en el desempeño habitual del estudiante e incluso en la dinámica que maneja con sus pares.

Hoy en día el manejo de las emociones y el dominio del comportamiento radican en una herramienta muy útil para enfrentar los procesos de la vida cotidiana. La persona asertiva adopta una conducta apropiada en todo momento y en cada interacción de manera que su proceder va acorde con el flujo de emociones y la dinámica del pensamiento, en tal caso, la ansiedad podría funcionar como una señal positiva de salud ya que genera la capacidad de adaptación

## INTRODUCCIÓN

Varios autores afirman que cuando un individuo se siente en peligro o se enfrenta a una amenaza sea esta real o imaginaria se dificulta su capacidad para controlar la reacción que emite ante dicho escenario, su respuesta puede variar de acuerdo a la relevancia de la situación o a la presencia del estímulo. Es aquí donde se hace evidente la capacidad que tiene el sujeto para adaptar su respuesta a cada circunstancia, de modo que se sitúe proporcionalmente en condiciones como tiempo duración o intensidad

La ansiedad es un estado emocional que permite al ser humano manejar las situaciones cotidianas, estresantes del día a día que en muchos casos pueden ser vividas como un peligro u obstáculo para conseguir logros y ejecutar planes. De manera que la ansiedad se constituye en un estado necesario para el desarrollo del el ser humano tal como el miedo o la felicidad; siempre y cuando se tomen las medidas convenientes para responder según el caso y naturaleza del evento. Una de las reacciones que más favorecen es la asertividad. Como tal permite una forma de expresión congruente con la situación que enfrenta el individuo, conduce su manera de actuar para que no se vea afectada por conductas polares como la pasividad o agresividad

Para la presente investigación se ha tomado como población los estudiantes del Colegio Particular Bautista ya que en la aparición de los diferentes procesos ansiosos se hace muy necesaria la práctica de este modelo de relación interpersonal principalmente cuando se mantienen elevados niveles de ansiedad que pudieran provocar molestias en el desempeño habitual del estudiante e incluso en la dinámica que maneja con sus pares

Hoy en día el manejo de las emociones y el dominio del comportamiento radican en una herramienta muy útil para enfrentar los procesos de la vida cotidiana. La persona asertiva adopta una conducta apropiada en todo momento y en cada interacción de manera que su proceder va acorde con el flujo de emociones y la dinámica del pensamiento, en tal caso, la ansiedad podría funcionar como una señal positiva de salud y que genera la capacidad de adaptación.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1.Tema**

**“NIVELES DE ANSIEDAD Y ASERTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO PARTICULAR  
BAUTISTA “**

### **1.2.Planteamiento del Problema**

#### **1.2.1. Contextualización**

Desde las primeras décadas del siglo xx existe un interés por el estudio de la ansiedad en la literatura psicológica al considerarla una respuesta emocional paradigmática que ha ayudado a la investigación básica en el ámbito de reacciones adaptativas. La comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana y máxima representante de las relaciones que se establecen con los otros. Sin embargo esta comunicación en algunos momentos puede ser frustrante, escasa o inadecuada y manifestarse mediante una respuesta ansiosa. La ansiedad es una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

Según afirma Vicente. B. (2001), director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile que en la actualidad en los países de Latinoamérica “si nos centramos en trastornos de ansiedad hay unos 20 millones de afectados y 15 millones que pueden enfermar a lo largo de su vida. Las



personas cotidianamente tratan a otras personas y el resultado de esa interacción depende del modo en que lo realicen, ya sea facilitando o entorpeciendo el trato. Puesto que algunos individuos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes pueden reaccionar con ansiedad al no asimilar esta fase como un estado emocional transitorio y variable que en lugar de contribuir con su adaptación podría dar lugar al desarrollo de un futuro trastorno. Según investigaciones de la Revista Panamericana de Salud Pública los trastornos de ansiedad Generalizada mostraron una alta prevalencia en la población Latinoamérica y del caribe. Mostrando así las tasas medias de prevalencia a lo largo de la vida y durante el último año, estimadas en 5,5% y 3,4%, fueron el doble de las tasas medianas, 2,6% y 1,3% respectivamente.

Flores y Díaz-Loving (2004), señalan que desde hace varios decenios se ha impulsado el estudio de las habilidades sociales y la conducta asertiva. La asertividad puede definirse como la capacidad que desarrolla una persona para pronunciarse con seguridad sin la necesidad de utilizar comportamientos pasivos, agresivos o manipuladores. Es de esta forma que surge el interés por promover una sana convivencia en todo ámbito de crecimiento del ser humano.

Troncoso y Burgos (2003) Se considera a las relaciones interpersonales como uno de los elementos clave al momento de determinar la calidad de vida.

Los autores León, Rodríguez, Ferrel y Ceballos (2009), efectuaron una investigación acerca de habilidades sociales con el objetivo de cuantificar los niveles de asertividad y autoestima en los estudiantes universitarios de Colombia. Se tomó una muestra representativa de 153 alumnos pertenecientes a las Carreras de Medicina, Psicología y Odontología. El reactivo que se aplicó fue la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA), los resultados obtenidos son los siguientes: la dimensión de asertividad indirecta se encontró en la categoría media, representando el 73% de la muestra, la dimensión de no asertividad se situó en la categoría media reflejando el 64% de la muestra, finalmente la dimensión de asertividad general se encontró dentro de la categoría media lo que significa el 66% de la muestra.

Según Educarchile (2009), se ha observado un incremento en casos de riñas y discusiones entre escolares, lo que podría asociarse a bajos niveles de asertividad y la presencia de ansiedad patológica, ya que lejos de solucionar un problema este se cronifica

cuando las emociones se alteran y se pierde el control sobre ellas. La educación en conductas pro-sociales y estilos de relación apropiados permiten al individuo manejarse con tacto de acuerdo a la situación que se le presente ya que de no hacerlo este proceso podría causar dificultades en la interacción social que se mantendrá hasta la vida adulta.

En el Ecuador el estudio de la ansiedad no ha sido desarrollado en gran medida como tema de investigación científica. La ansiedad forma parte de las emociones del ser humano se retroalimenta y genera cambios, sus efectos intervienen en la ejecución de tareas que exijan focalización y mantenimiento prolongado de la concentración. Cada vez se incrementa esta problemática social debido a la incapacidad que tiene el individuo para resolver conflictos, saber expresar una decisión u opinión de la forma y el modo propicio, hacer prevalecer su idea sin necesidad de caer en la confrontación o recurrir a una conducta agresiva. La ansiedad es el motivo de queja principal en el 11 % de pacientes en consulta, mientras que representa un 60% de pacientes hospitalarios (González. L. 2000).

Lo que parece tan sencillo de lograr, más que un gran esfuerzo en realidad significa un adiestramiento en el empleo de habilidades sociales y de relación interpersonal para que el sujeto consiga una respuesta asertiva frente a un evento que le cause ansiedad. Lograr un equilibrio entre las conductas pasivas y agresivas con las que cuenta para su crecimiento personal y como un adicional cumplir sus anhelos y sentirse a gusto consigo mismo. En una investigación acerca de Incidencia de asertividad y no asertividad se aplicó una autoevaluación de asertividad a 85 estudiantes de los primeros ciclos de la Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad del Azuay para medir cuan asertivos son, los resultados se dieron de la siguiente forma; el 48,89% (42 estudiantes) son asertivos y el 51,11 % (43 estudiantes) no son asertivos como lo indica el grafico (Rosales. M. 2008. pp. 66).

La investigadora menciona que en la totalidad de la muestra de estudio el porcentaje diferencial entre estudiantes asertivos y no asertivos es de 2,22 % que denota una pequeña distinción en el tipo de respuesta que prestan los estudiantes no asertivos ante un suceso estresor. Cabe mencionar también que una conducta no asertiva contiene a su vez estilos de respuesta, pasividad, con la cual el sujeto se torna demasiado permisivo y agresividad donde su proceder aparece de manera ofensiva para evidenciar en una posible situación

ansiosa. También se efectuó un análisis de resultados de la conducta no asertiva, donde el 79% de respuestas se orientan hacia la pasividad, mientras que el 21% hacia la agresividad. (Rosales. M. 2008. pp. 67).

Los tipos de respuesta no asertiva sean estos de carácter permisivo u ofensivo son más comunes de lo aparente y pueden conllevar a problemas que perturben la salud mental como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión. La duración intensidad y mantención de la respuesta puede variar de acuerdo al nivel de ansiedad que experimente el sujeto. Otro estudio efectuado a estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad del Azuay de 1ro a 12avo ciclo muestra la prevalencia de ansiedad en un 29,33% de la población investigada. (Cordero. J. & Pacheco. H. 2010, pp. 58).

El género femenino refirió síntomas de franca ansiedad en un 7,4% en comparación con los varones en quienes se halló el 4,9% como se aprecia en los gráficos 4 y 5 respectivamente.

Como se puede evidenciar la presencia de ansiedad se determina tanto en individuos de género femenino como masculino indistintamente. Los procesos ansiosos presentan cuadros de síntomas definidos y diferenciados que hacen posible extraer pautas o síntomas comunes en la mayor parte de ellos, y que caracteriza lo que se denominar como una respuesta que ocasiona ansiedad patológica (Puchol, 2003).

Muñoz (2012), Indica que una respuesta ansiosa patológica es desproporcionada con las situaciones o se presenta en cualquier ausencia de peligro notorio. Provoca un déficit funcional en la persona ya que esta no expresa y recibe opiniones, sentimientos y deseos de manera que la beneficie. Una persona asertiva tiene como características la expresión libre de sus ideas emociones y necesidades, así como el respeto por las posturas de los demás, comportamiento que se mantiene en todo momento para enriquecer su comunicación y su actuar.

La investigadora señala que la problemática estudiada en este caso tomó como población los alumnos del Colegio Particular Bautista ya que se ha notado las dificultades a nivel de relaciones interpersonales que se están generando en el interior de la institución, las que afectan a todos los participantes en este espacio. Frente a esto es posible observar que

los episodios de diferencias entre pares con un desenlace inapropiado se han hecho más frecuentes, reportando aparentes niveles bajos de asertividad ya que los estudiantes se encuentran a la defensiva y toman cualquier evento como amenazante así este en realidad no lo sea.

Tijmes y Sprague (2009), señalan que cualquier ser humano se encuentra relacionado en un contexto social. Cada día está en contacto con otras personas, en su familia, en la comunidad donde vive, en el sistema educativo las escuelas y/o colegios pueden funcionar como lugares de intervención para que el/la niño/a se desarrollen tanto a nivel intelectual como social. En este punto el énfasis está en controlar la aparición de conductas que causen perjuicio al estudiante mediante la adecuada discriminación de eventos que provoquen la anticipación a un daño o amenaza.

Camacho y Camacho (2005), consideran que el grado de satisfacción en una interacción social no depende únicamente de del otro, sino de una serie de factores internos. como la capacidad de sentirse bien consigo mismo, valorado y respetado. Es afirmación logra postular a la asertividad, parte de la temática principal de esta investigación, como un factor primordial en la interacción social adecuada.

### **1.3. Formulación del Problema**

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista?

### **1.4. Objetivos**

#### **1.4.1. Objetivo General**

Establecer los niveles de ansiedad y asertividad de los estudiantes del Colegio Particular Bautista.

#### **1.4.2. Objetivos Específicos**

Determinar los niveles de ansiedad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista.

Determinar los niveles de asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista.

Definir las características predominantes de asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista.

Comparar si la asertividad disminuye los niveles de ansiedad de los estudiantes del Colegio Particular Bautista.

### **1.5. Justificación**

La razón por la cual se planteó el presente trabajo de investigación obedece a la necesidad de brindar información a la institución educativa acerca de la importancia de trabajar distintas problemáticas psicológicas, con el fin de proporcionar bienestar emocional y salud mental a los estudiantes, mediante la obtención de datos que permitan establecer un fundamento de trabajo.

El problema que ha sido planteado causa un impacto social; pues la manera en que el estudiante maneja su comportamiento como respuesta a un factor estresor es muy variada y no se ha efectuado anteriormente en la institución, se realizó un trabajo investigativo en el que se identifiquen los niveles de ansiedad y asertividad, y que a la vez sea un aporte provechoso que contribuya al bienestar social de los alumnos en estudio.

Es original ya que se trató de un estudio motivado por el interés profesional en variables que abordaron un tema muy interesante no existiendo estudios sobre el mismo en la provincia.

Fue factible pues se contó con el apoyo de autoridades en recursos materiales para su ejecución, por ello que se puede decir que fue viable. Finalmente la factibilidad con la que conto este estudio es la bibliografía procedente de diversos autores acerca de los niveles de ansiedad y la asertividad, que proporcionara datos sobre la realidad que viven los estudiantes.

### **1.6. Limitaciones**

En el desarrollo y elaboración del presente Proyecto de Investigación pudieran presentarse las siguientes dificultades:

- No existiera aprobación para acceder a la institución educativa

- Predisposición negativa por parte de los estudiantes del colegio
- Filtración de información errónea
- Falta de instrumentos para evaluar a la población
- La muestra no fuera representativa

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la Investigación**

Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzman, & Granados (2011), realizaron una investigación acerca de “Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chia que pertenece a Colombia”, señalan que en la actualidad se ha visto un alza en los niveles de ansiedad que presentan los niños y adolescentes, además de la presencia de los síntomas característicos se muestra un incremento en la cronicidad de los mismos lo que ha llamado la atención de los organismos encargados de regular la salud.

Los mismos autores mencionan que un 40,5% de la población total estudiada (538 estudiantes) arrojó un resultado positivo para la presencia de síntomas sugestivos de ansiedad y/o depresión, entendiéndose como tal a situaciones que provoquen estrés al individuo y bien podrían ser circunstanciales o transitorias, mas no representar la presencia de un trastorno. Así mismo sobresalió una mayor prevalencia de síntomas sugestivos de ansiedad en mujeres que en hombres.

Finalmente los autores concluyeron que la presencia de síntomas sugestivos de ansiedad y depresión son comunes en la población adolescente que fue estudiada, por lo tanto se debe prestar especial atención en su evaluación y diagnóstico para contribuir a un adecuado tratamiento en el caso de identificar la presencia de algún trastorno.

Zubeidat, Fernanadez, Sierra, & Salinas (2008), dentro del estudio sobre “Evaluación de Factores Asociados a la Ansiedad Social y a otras Psicopatologías en Adolescentes” que mediante la aplicación de varias escalas llegan a determinar que el

sexo femenino presenta un nivel significativamente mayor de ansiedad social frente al sexo masculino. También se establece que el nivel de escolaridad de los adolescentes influye en el apareamiento de ansiedad social. El desarrollo de la interacción social de los jóvenes, que puede comprender relaciones interpersonales, actividades deportivas, automanejo, entre otras se halla relacionado a la presencia de ansiedad social, los adolescentes pretenden alcanzar cierto nivel en la ejecución de estas variables, las mismas que les permitiría conseguir un funcionamiento social que vaya acorde con sus necesidades y expectativas, el hecho de no alcanzar este objetivo ubica al sujeto en una situación de riesgo latente hacia la ansiedad social. En la población de estudio y mediante la aplicación del Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes, YSR/11-18 sobresalen los problemas internalizantes en asociación directa con la ansiedad social, puesto que el cumplimiento de algunas competencias psicosociales generan inestabilidad en el adolescente.

Martinez, García, & Ingles (2013), en estudio acerca de “Relaciones entre Ansiedad Escolar, Ansiedad Rasgo, Ansiedad Estado y depresión una muestra de adolescentes españoles” refieren que en lo que concierne a ansiedad rasgo y ansiedad estado se hallaron correlaciones significativas, donde los estudiantes que indicaron sentirse “mal en general” se ven propensos a experimentar miedos constantes repetitivos. Se presentó también una correlación bastante notoria entre ansiedad frente a la evaluación escolar y ansiedad rasgo (estudiantes de 16-18 años de edad), que de acuerdo con varios autores el nivel de ansiedad se incrementa en estos jóvenes ya que ellos perciben que a medida que avanzan en sus estudios la dificultad de los exámenes y pruebas de rendimiento académico también incrementan su nivel de exigencia, a esto se puede sumar la presión que llegarán a sentir por cumplir sus expectativas y las de sus padres o maestros. Así mismo se presentó una correlación significativa entre ansiedad ante la agresión y ansiedad rasgo (estudiantes de 12-15 años de edad), puesto que a los estudiantes menores de 15 años parece causarles mayor ansiedad las situaciones de hostilidad entre pares. Adolescentes que han sido maltratados constantemente pueden presentar aversión al ambiente escolar, ausencia de clases y en la mayoría de casos se ven como individuos solitarios que en algunas ocasiones podrían experimentar síntomas somáticos como mareos, vómitos y problemas de sueño como algunas de las características físicas que genera el malestar de la ansiedad.



Una pobre interacción entre los adolescentes, aislamiento y bajo reforzamiento social positivo facilita la aparición de otros trastornos de ansiedad, determinadas situaciones y sistemas de respuesta resultan variables predictores para la ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión.

Zubeidat, Fernández, Sierra, & Salinas (2007), efectuaron un estudio acerca de “Comorbilidad de ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles” donde señalan que mediante un análisis de distintas medias en las puntuaciones de la SIAS existe una diferencia marcada en las variables referentes al sexo y nivel de educación en la población estudiada, las mujeres presenta un mayor índice de ansiedad social con relación a los hombres, el nivel de escolaridad crea también una fuente de ansiedad en los sujetos investigados.

En cuanto a los resultados relacionados a la comorbilidad se muestra que los jóvenes con ansiedad social presentan un porcentaje de comorbilidad significativamente mayor que los adolescentes que muestran otras patologías. El grupo de adolescentes con otras psicopatologías mostrarán un porcentaje de comorbilidad significativamente más alto que el grupo de adolescentes con ansiedad social.

Finalmente los estudios realizados han proporcionaron como resultado una mayor comorbilidad del grupo de jóvenes con ansiedad social frente al grupo que presentan otras psicopatologías en índices relacionados con la ansiedad y evitación asociadas a situaciones de interacción social. Por otra parte el grupo con ansiedad generalizada presento un índice de comorbilidad mayor al grupo con ansiedad social específica en los índices relacionados a las situaciones de actuación e interacción social.

Contreras, Espinoza, Edguerra, Haikal, Polania & Rodríguez (2005), mediante su investigación acerca de “Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes” señalan que en cuanto al estudio de la variable ansiedad los estudiantes muestran puntajes que están mayormente agrupados en el nivel medio, siendo inferior en los extremos bajos y altos. Básicamente señalan que los alumnos se hallan en un nivel medio de ansiedad, es necesario indicar también que existe un buen desempeño académico en el área de matemáticas y que un nivel de ansiedad moderada en los alumnos facilita este tipo de aprendizaje según lo han señalado varios autores. En la investigación

se encuentra una relación directa de rendimiento académico general con autoeficacia, mas no con ansiedad además se pudo apreciar la relación inversa entre autoeficacia y ansiedad rasgo y estado. Aparentemente la ansiedad estado se presenta como buen predictor en el rendimiento académico cuando existen vivencias anteriores que indican una mala ejecución de sus actividades, mientras que la ansiedad rasgo fue asociada con las áreas académicas en las que generalmente hay una mayor dificultad pero no afecta el desempeño escolar, en este sentido los niveles de ansiedad podrían presentarse por dificultades en la consistencia más que en la ejecución. La ansiedad leve o moderada que no se halle enfocada en la tarea podría favorecer el rendimiento académico de los adolescentes en estudio.

García, Con & Herrera (2014) crearon un “Estudio comparativo de ansiedad entre muestras de estudiantes dominicanos y españoles” evaluaron ansiedad entres sistemas de respuesta; cognitivo, fisiológico y motor así como sus cuatro rasgo específicos; situaciones de evaluación, situaciones interpersonales y situaciones fóbicas y cotidianas. Encontraron que su investigación no muestra diferencias en los niveles de ansiedad entre las nacionalidades de los estudiantes, por el contrario en la variable sexo las mujeres presentaron niveles de ansiedad significativamente más altos referente a los factores situacionales de ansiedad de evaluación y ansiedad en situaciones cotidianas en comparación al género masculino.

Pávez, Mena & Vera (2012), elaboraron un publicación titulada “El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad” donde analizaron un conjunto de posibles variables protectoras y de riesgo para la aparición de ansiedad. Como característica, la edad influyó en el desarrollo de ansiedad con valores estadísticamente superiores en la población joven comprendida entre diez y ocho y veinte y cuatro años frente a una muestra de veinte y cinco a cuarenta y cuatro años de edad. El género femenino presentó porcentajes más elevados de ansiedad en comparación a los hombres. En cuanto a los factores predictivos y protectores de ansiedad se encontró que la depresión puede ser un factor de riesgo ya que los síntomas que esta presenta y el diagnóstico de una posible patología actuarían como factores determinantes de ansiedad, mientras que la felicidad y optimismo pueden cumplir la función de proteger a las personas de experimentar mayor ansiedad al influir directamente en su estado de ánimo.

Siabato, Forero & Paguay (2013), realizaron una investigación acerca de la “Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología” donde la mayoría de ellos presentaron niveles considerables de ansiedad rasgo y ansiedad estado un veinte y cuatro y veinte y cinco punto seis por ciento respectivamente, es decir tienden a percibir a la mayoría de situaciones que enfrentan como amenazantes, según este constructo la ansiedad reduce la eficacia en elaboración de tareas escolares, podría generar el desarrollo de malos hábitos, desarrollo académico insuficiente, etc.

Al realizar una correlación entre ansiedad y los estilos de personalidad se encontró que el sujeto al presentar un estilo de expansión (refuerzo positivo del medio) la tendencia a manifestar ansiedad estado disminuye, mientras que al presentar estilos de retraimiento y descontento la ansiedad estado aumenta. Los estilos expansión y decisión (sensación de capacidad y competencia frente a los demás) disminuyen la presencia de ansiedad rasgo, estilos como reservación, introversión, indecisión, sumisión y descontento aumentan la probabilidad de que exista ansiedad rasgo. En cuanto al estilo retraimiento la ansiedad se encuentra caracterizada por la evitación del daño. Los estilos de personalidad que no mostraron una correlación con ansiedad podrían presentar características que resultarían útiles en la creación de programas de prevención en este campo, no obstante los estilos de personalidad que mostraron una correlación positiva con ansiedad podría funcionar como un instrumento para elaborar planes de intervención.

Balanza, Morales & Guerrero (2009), en su investigación acerca de “Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios; Factores Académicos y Socio Familiares Asociados” refieren que en este estudio no sólo se investigó la relación entre una situación estresante y un trastorno de ansiedad o depresión, más bien se optó por averiguar el tipo de situaciones que fueron percibidas por los estudiantes como estresantes. Los altos niveles de ansiedad que experimentan los jóvenes en estudio proceden de problemas de adaptación al entorno; es decir la búsqueda de aceptación y pertenencia al grupo, en el área familiar; el tipo de relación que mantengan con sus padres o hermanos y la clase de familia a la que pertenezcan, en lo social; principalmente la dinámica que manejen con sus pares y finalmente en el ámbito escolar los exámenes, las tareas escolares y su demanda por cumplirlos satisfactoriamente.

VARIABLES COMO EL SEXO SE ASOCIAN DIRECTAMENTE AL DESARROLLO DE ANSIEDAD, SIENDO EL GRUPO DE MUJERES QUIENES MUESTRAN ESTADÍSTICAS SUPERIORES QUE EL GRUPO HOMBRES, POR EL CONTRARIO EL FACTOR EDAD NO MOSTRÓ RELACIÓN ALGUNA.

Casadi, Anglada & Daher (2014), efectuaron un estudio acerca de “Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante estudiantes universitarios” dentro e de lo cual se halló que tanto mujeres como hombres no experimentan niveles altos de ansiedad, lo que difiere con otros autores. La investigación sugiere que la preocupación de los estudiantes se hace presente cuando estos comparan los conocimientos que tienen con los conocimientos que realmente necesitan para cumplir con cierta tarea que les ha sido encomendada a lo cual se le denomina como mecanismo autoregulatorio. Conceptos como la eficacia del rendimiento y la eficacia del procesamiento influyen de manera importante en el desarrollo de ansiedad, indicando que si un estudiante presenta altos niveles de ansiedad no necesariamente implicaría algo negativo para si, más bien esta impulsaría al estudiante a mejorar el desempeño de sus funciones por el hecho de desear cumplirlas a cabalidad.

En lo que a niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento se refiere se pudo encontrar algunas diferencias significativas entre los estudiantes de distintos años académicos, entre los alumnos de tercero y quinto año los niveles fueron estadísticamente más elevados que el resto de la población. Los años superiores mostraron una menor prevalencia de ansiedad, por ello se podría inferir que de manera que los estudiantes van avanzando en su formación académica presentan una menor ansiedad.

Jadue (2001), en su investigación acerca de “Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar” señala que la aparición de un proceso ansioso puede darse por las exigencias académicas que se han colocado sobre él, la competencia por las calificaciones, evaluaciones y pruebas de rendimiento, cuando se presentan niveles altos de ansiedad en los estudiantes esto podría repercutir en su autoconcepto y desarrollo personal, que a su vez provocaría un deterioro en su conducta y sus relaciones interpersonales.

La ansiedad ante evaluaciones de rendimiento podría causar que los jóvenes fácilmente cometan errores como producto de inseguridad o temor a fracasar. Resultaría desfavorable para los jóvenes la utilización de las evaluaciones como un instrumento

especial que únicamente se da en ciertas ocasiones y durante ciertos periodos presionando al alumno a tener éxito inmediato. De esta manera se hace imprescindible que se transformen a las evaluaciones en un proceso cotidiano o de rutina que oriente al individuo hacia una estimación de su progreso como estudiante, más no como una condición que registrará su conocimiento en porcentajes para que se reduzca la tensión emocional que sienten y por consiguiente la ansiedad que experimentan.

Marján, Mendieta, Muñoz, Díaz y Cortés (2014), en su publicación acerca de “Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada” obtuvo los siguientes resultados; el trastorno de ansiedad generalizada se presenta mayormente en adultos jóvenes y tiene un rango de edad de inicio de veinte y cinco a treinta y cinco años, en cuanto al sexo las mujeres presentan tasas de incidencia más elevadas en relación dos a uno con mayor frecuencia en aquellas que son solteras.

Otras variables como el nivel socio económico y una mayor cantidad de desempleo influirían directamente en la ansiedad que genera mejorar la calidad de vida de la población en estudio. Dentro de algunos efectos desencadenantes del trastorno de ansiedad generalizada hasta nueve de cada diez sujetos investigados refieren la presencia de factores estresores, lo cual sugiere que se debe tomar especial énfasis en el medio ambiental en que se desenvuelven para la valoración clínica y tratamiento de dichos individuos.

Es importante mencionar también que aunque existió una mayor cantidad de mujeres que presentaron ansiedad, en esta investigación fueron los hombres quienes alcanzaron niveles más elevados, tanto así que podrían calificar como un factor de deterioro en su calidad de vida e inferir como signo de discapacidad continua.

González, Landero, García (2009), elaboraron un estudio de “Relación entre la depresión, ansiedad y los síntomas psicósomáticos de una muestra de estudiantes universitarios del norte de México” y ha propuesto que la ansiedad entre otras variables podría resultar un predictor de algún tipo de trastorno de somatización. Cabe destacar también que los instrumentos que se utilizaron para evaluar ansiedad se enfocan directamente en síntomas cognitivos con preguntas orientadas a la ansiedad social más que a los síntomas somáticos de un trastorno de ansiedad.

La presencia de ansiedad en los estudiantes resulta en un treinta y cuatro por ciento del cual los niveles más elevados los presenta el género femenino, también se corroboró la relación existente entre los síntomas psicósomáticos y ansiedad dentro de la población en estudio. Es así que se pone de manifiesto la necesidad de considerar la importancia en la relación de estas dos variables en una población sana de jóvenes estudiantes para crear programas de prevención o tratamiento que intervengan en estos factores.

Gonzalez, Greiff & Avendaño (2011), en su investigación acerca de “Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza” indican que con un noventa y tres por ciento el modelo es adecuado para discriminar las dos variables, ansiedad y depresión. Se encontraron algunos factores como predictores asociados a la ansiedad entre los cuales están; la baja percepción de control que experimentan los estudiantes por el sentimiento de indefensión que viven al no dominar una situación que creen potencialmente riesgosa, la intolerancia a la incertidumbre al colocar a un evento que no han experimentado anteriormente como incierto y la desesperanza que si bien es más característica de la depresión, en este caso se enfoca hacia un estado de ánimo que ha sido aprendido y que aparece frente a una situación aparentemente amenazante.

Becerra, Madalena & Estanislau (2007), en su estudio acerca de “Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y mal adaptaciones” refieren que a lo largo de su estudio se pudo verificar que la ansiedad es un estado emocional que se produce como resultado de presiones adaptativas durante la evolución de un individuo, lo que garantiza su supervivencia. La manera en que el sujeto maneje los distintos niveles de ansiedad que experimenta hace que este logre adaptarse o no a nuevas vivencias, es así que se halló un alto valor adaptativo mayormente aprovechado por mujeres que por hombres, ya que en el desempeño de sus funciones cotidianas fueron ellas quienes abordaron los eventos estresores con una mejor predisposición en comparación con los hombres quienes al verse expuestos a una situación que consideraron riesgosa elevaron considerablemente sus niveles de ansiedad y rechazaron la situación que experimentaban.

Las mal adaptaciones se presentan cuando la ansiedad es desviada de su cometido, es decir cuando se la manifiesta como un estado hostil y negativo para el individuo,

característico normalmente en población joven que oscila entre diez y siete y veinte y cinco años de edad. En este periodo de tiempo es donde la ansiedad se hace más evidente por los distintos escenarios que atraviesan los seres humanos, tanto en el ámbito escolar, las relaciones interpersonales, laborales e incluso de pareja.

Finalmente señalan que la ansiedad canalizada de una manera positiva de modo que beneficie al desarrollo del individuo se relaciona con la cantidad de experiencias generadoras de ansiedad con un resultado positivo que estos hayan tenido.

León, Rodríguez, Ferrel & Caballos (2009), en su estudio acerca de “Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta- Colombia” refieren que con respecto a la variable asertividad se situaron tres dimensiones utilizadas por los estudiantes para su estudio, los sujetos investigados obtuvieron un setenta y tres por ciento en cuanto a asertividad indirecta, en la dimensión de no asertividad puntuaron un sesenta y tres por ciento, en asertividad lograron un sesenta por ciento. Por lo tanto los porcentajes arrojados evidencian que a pesar de encontrarse en medias altas estas habilidades no han sido desarrolladas por los jóvenes ni trabajadas de la manera más adecuada para ser utilizada como una herramienta útil en el desempeño de la vida diaria.

Mediante un análisis correlacional entre las variables asertividad y autoestima se obtuvo una correlación directamente proporcional de carácter lineal, lo cual indica que a mayor puntaje en la dimensión de asertividad mayores serán las puntuaciones que se obtengan en la variable autoestima.

Naranjo (2008), en su investigación de “Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conductas asertivas” concluye que las habilidades sociales que posee el ser humano para relacionarse de una manera adecuada con otros y consigo mismo deberían estar enfocadas en mejorar la calidad de relaciones humanas. Para ello sitúa a la asertividad como una herramienta fundamental en el adiestramiento el comportamiento hacia la autoafirmación que permite la expresión de ideas, pensamientos, sentimientos, opiniones y desacuerdos de una manera equilibrada y respetuosa. La asertividad permite también el desarrollo de valores éticos y morales que contribuyen a que el sujeto se exprese con libertad, sea íntegro y autónomo.

La comunicación asertiva como tal crea también una amplia variedad de indicadores expresivos en el individuo tanto verbales como; el tono, el volumen y la modulación de la voz, y no verbales como; mirar a los ojos, posturas corporales y expresión facial. Este conjunto de habilidades permiten el aprendizaje y empleo de una conducta que facilite la expresión de ideas y opiniones así como la capacidad de respetar las de los demás. Por otra parte existen también comportamientos no asertivos como la manipulación, la agresividad o la pasividad que aparentemente están relacionados con la ansiedad, sentimientos de culpa y baja autoestima.

Domínguez, López & Álvarez (2015), realizaron investigaciones referente a la “Implicación de variables sociales y educativas en la conducta asertiva adolescente” donde obtuvieron los siguientes resultados; en la población de estudiantes gallegos donde se realizó el estudio se pudo diferenciar que la mayoría de ellos responderían de una manera asertiva a ciertas situaciones que se planteó de manera hipotética, aunque les resulta un poco difícil expresar sus deseos, gustos, preferencias, etc. Los jóvenes situaron sus conductas asertivas en porcentajes mas elevados que las conductas no asertivas, un setenta y dos por ciento frente a un veinte y ocho por ciento respectivamente, variables como provincia, edad, curso, estudios representan característica que influyen en el desarrollo y empleo de conductas asertivas. En el caso de la ubicación geográfica se pudo determinar que los hombres (12 años, primer curso de ESO) originarios de provincias pequeñas, que han reprobado alguna materia a lo largo de su vida académica y que en su mayoría provienen de familias desestructuradas tienden a utilizar un mayor número de conductas asertivas, por el contrario las mujeres (17 años, cuarto curso de ESO) naturales de provincias con un mayor número de habitantes, que han aprobado todas las materias en su actual vida escolar y que provienen de hogares estructurados emplean conductas no asertivas en el desarrollo de sus habilidades sociales. Es necesario mencionar también que los autores encontraron que la asertividad aumenta ligeramente con la edad de acuerdo a la formación del sujeto, esto beneficia directamente a factores sociales, emocionales e intelectuales.

García (2010), efectuó un estudio de “Asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de comunicación social” donde se observó que los estudiantes se ubicaron en la media de la variable habilidad social y asertividad. En función de la edad de los



participantes y mediante la aplicación de la escala de habilidades sociales creada por Gismero en el año 2000 hubieron medias altas en el factores 1,2,4; el factor 1 evalúa la autoexpresión en situaciones sociales, es decir la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea y sin ansiedad en distintas circunstancias, el factor 2 se refiere a la defensa de los propios derechos como consumidor que refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de sus intereses, el factor 4 implica decir no y cortar interacciones, muestra la capacidad para eliminar relaciones que no se desean mantener así como negarse a interactuar en alguna actividad cuando esto causa disgusto. Se concluye que los estudiantes hombres y mujeres han tenido un buen nivel formativo en habilidades sociales, lo que les permite manejar adecuadamente sus relaciones interpersonales, la aceptación social, autoconcepto y asertividad.

Garrido, Ortega, Escobar & García (2008), realizaron una “Evaluación de la asertividad en estudiantes universitarios con bajo rendimiento académico” para lo cual se utilizó la Escala Multidimensional de Asertividad, y los resultados que se obtuvieron se encuentran dentro de la puntuación de la media del EMA, esto significa que la mayoría de los estudiantes investigados son asertivos. El empleo de esta habilidad social y la adaptación escolar no muestran relación con el rendimiento académico. Sin embargo la asertividad representa una variable que contribuye al desarrollo de la socialización del adolescente, crea empatía, adaptación a su entorno y un buen manejo de sus emociones, lo que podría motivar al estudiante a cumplir con las tareas asignadas dentro de una atmosfera de equilibrio psicosocial. Por último es de vital importancia el aprendizaje en comportamientos que moderen las relaciones interpersonales de los estudiantes, mediante estrategias de intervención y entrenamiento en habilidades sociales y asertividad debido a la estrecha relación que guardan estas dos variables.

Terroni, (2009), en su investigación acerca de “La comunicación y la asertividad en el discurso durante las interacciones grupales y por computadora” indica que los resultados obtenidos confirman la relación que existe entre la centralidad de la comunicación y la asertividad, dichas correlaciones se hacen menos notorias en la utilización de medios electrónicos como la computadora ya que este tipo de canales no permiten ejecutar ciertas tareas que únicamente se desarrollarían en una interacción grupal. Por otro lado en la interacción grupal donde existe un intercambio de ideas y una entrevista personal se pueden hacer presentes las características de asertividad con que

cuenta el individuo, mirar a los ojos durante la conversación, modular el tono y volumen de la voz, expresiones faciales entre otras.

En el mismo estudio se pudo ratificar también que las comunicaciones de carácter socioemocional y sobre todo la comunicación desinhibida juega un papel bastante importante en la dinámica grupal ya que desempeñan un rol fundamental en aspectos como el clima grupal aspectos socio cognitivos y asertividad de los individuos en estudio. Finalmente se debe mencionar que la asertividad fue evaluada en forma específica dentro de las habilidades sociales del sujeto enfocándose hacia la particularidad de la resolución adecuada de diferencias.

Londoño & Valencia (2008), en su estudio de “Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios” señalan que la juventud es el periodo de tiempo en el cual los individuos se ven mucho más propensos a la presión del grupo, se evidencia también un déficit en el manejo de las habilidades sociales en general y en la habilidad específica de resistir a la presión, ya que el sujeto se encuentra en un proceso de identificación, búsqueda y reconocimiento de aquellos que considera importantes. A esto se le puede añadir que los estudiantes en su mayoría no presentaron un modelo a seguir en cuanto al desarrollo de asertividad sean estos padres o maestros.

En cuanto al género debemos decir que fueron las mujeres quienes presentan mayor tendencia hacia la asertividad y la presión de grupo, esto se puede deber a que a través del tiempo se ha colocado a los hombres en una orientación de fuerza y masculinidad donde aparentemente deben cumplir con ciertas demandas de grupo para alcanzar la aceptación y pertenencia. En general se confirma una relación entre asertividad y presión de grupo donde la toma de decisiones acertadas para cada circunstancia que experimente el estudiante se ve moderada directamente por su nivel de asertividad.

Álvarez, Sañdaña, Mnóz & Portela (2009), en su publicación acerca de “Asertividad escucha y afrontamiento de la crítica en adolescentes” mencionan que los adolescentes son sujetos vulnerables a la crítica, en el caso de las mujeres mayormente en su aspecto físico y en los hombres en su sentido de aceptación, ambos géneros coinciden en su debilidad por las relaciones interpersonales. En este estudio se obtuvo como resultado que las mujeres presentan niveles de asertividad más altos que los hombres y se

atribuye esta característica principalmente al desarrollo psicoemocional del género femenino. En este caso la asertividad como una herramienta para el afrontamiento de críticas en la población de estudio funcionó como un instrumento que si bien si no pretende neutralizar el efecto que las críticas tienen sobre el adolescente, lo orienta hacia la racionalización y permite la aceptación de opiniones o conceptos diferentes acerca de una misma situación o circunstancia.

Meza (2001), en su investigación acerca de “Relaciones entre asertividad y estilos cognitivos” refiere que en general los resultados obtenidos enfocan a la población de estudio hacia una relación entre una clase de asertividad, asertividad defensiva y estilos cognitivos, la asertividad defensiva se la identifica como aquella que está orientada a preservar el territorio o los derechos ya ganados por una persona. Las mujeres obtuvieron una puntuación inferior a los hombres tanto en asertividad de iniciación y asertividad de defensa. La relación entre asertividad y estilos cognitivos se hace evidente cuando se analizan las diferencias individuales del sujeto en la manifestación de ansiedad defensiva. La asertividad como una habilidad social y de comunicación propone un modelo de relación interpersonal para conocer los propios derechos del individuo y defenderlos sin la necesidad de irrespetar los de los demás, el modo habitual de procesar esta información y de utilizar los recursos cognitivos influye en la clase de respuesta que el sujeto emita ante un evento estresor, sea esta una diferenciación conceptual, impulsividad frente a reflexividad o un modo visualizador frente a uno verbalizador. La elección que el sujeto haga depende primordialmente del nivel de asertividad que posea y cuán desarrollado se encuentre este, en el caso del estudio en mención influirían los estilos cognitivos que hayan sido adquiridos.

Mangione & Difabio (2002), en su investigación acerca de “Asertividad, su relación con los estilos educativos familiares” concluyen que la asertividad se presenta como un adecuado estilo de interacción y educación para la población estudiada. De acuerdo con los resultados obtenidos los problemas en asertividad se hallan principalmente en un pobre aprendizaje y desarrollo de las aptitudes relacionales. Así mismo detallan que la capacidad de ser asertivos y mantener conductas acorde con este concepto se depende en su mayoría de que los padres empleen actitudes positivas y adecuadas al contacto social y que de este modo se transmita habilidades asertivas a sus hijos. Posteriormente estas se

verán reflejadas no solo en sus relaciones dentro del núcleo familiar si no también en su esfera social en las actividades con sus pares en un entorno escolar y universitario.

El desarrollo asertivo de un individuo debe enfocarse no solamente a la adecuada socialización con sus pares, también debe centrarse en personas adultas como los padres y maestros con quien debe guardar cierta relación de respeto y obediencia. Toda persona necesita sentirse querida y aceptada por los demás, lo importante es lograrlo mediante una conducta asertiva que refuerce un adecuado comportamiento, de allí la importancia de valorar específicamente las acciones correctas y edificantes para conseguir conductas prosociales permanentes.

Solís (2014), en su trabajo de investigación acerca de “Estrategias de asertividad como herramientas para la transformación del conflicto en el aula” concluye que algunas de las estrategias asertivas primordiales en la resolución de un conflicto son, el tono de voz con que se emita el diálogo, de igual manera la comunicación en doble vía, la escucha activa y una postura de apertura. La transformación de un conflicto requiere la búsqueda de alternativas y soluciones conjuntas para el respeto y reconocimiento de los sentimientos expresados; defensa de los propios derechos y respeto por los de los demás.

Los indicadores de las estrategias de asertividad muestran diferencias por género estadísticamente superiores en mujeres que en hombres, ya que en el género femenino predomina el empleo de una postura adecuada, contacto visual, expresión facial y modulación en la voz.

López (2013), en su trabajo investigativo “Asertividad, Estado Emocional y Adaptación en adolescentes” concluye que aparentemente los centros educativos coinciden con respecto a la educación en conductas asertivas para favorecer la adaptación personal y social en los adolescentes. Destaca dentro de los resultados que en una población de ciento cincuenta y tres estudiantes, que en los alumnos de primero y segundo año de educación secundaria la adaptación social se relaciona con la actitud y las habilidades de afrontamiento ante situaciones problema. Se concluye también que la asertividad crea una fuente de oportunidades para desarrollar.

Rodríguez (2015), en su investigación de la “Eficacia de un taller de las técnicas asertivas de comunicación asertiva en adolescentes del colegio San Gregorio Emiliani” concluyó que el taller de técnicas asertivas fue eficaz en su totalidad debido a la metodología utilizada, incrementando el comportamiento asertivo en los adolescentes en un 0,05 después de haber recibido el taller. No existió una diferencia significativa en cuanto a las conductas pasivas e ambos sexos. Las conductas agresivas se vieron más marcadas en los hombres que en mujeres.

El taller constituyó un entrenamiento en refuerzo positivo en temas como el autocontrol de emociones, resiliencia, manejo de habilidades sociales, comunicación entre pares y solución de problemas, lo cual indica que el manejo y aprendizaje en técnicas de asertividad genera un conocimiento en derechos, valores y deberes que se pone en práctica en el desarrollo de una vida cotidiana.

Rodríguez & Romero (2011), en su investigación de “La asertividad como factor asociado a las Habilidades Cognitivas de Solución de Problemas Interpersonales en estudiantes de 12 años”, indican que la reacción de cada sujeto, en este caso un comportamiento asertivo ante alguna situación está dado por variables situacionales, la cultura, la educación que hayan recibido en casa. En relación con los estudiantes asertivos frente a los no asertivos y su relación con la solución de diferencias interpersonales se puede decir que existe una habilidad de anticipación de consecuencias a nivel de enumeraciones, en ese caso quienes mostraron esta destreza fueron los estudiantes que tuvieron una conducta catalogada como asertiva.

En cuanto al estilo habitual de interacción social la muestra se inclinó hacia un comportamiento asertivo, siendo común una conducta pasiva en el género femenino, ya que este le da más importancia a los problemas interpersonales y mayor interés por solucionarlos generalmente esto se debe a que las conductas positivas son reforzadas (familia-colegio). Mientras que el género masculino se inclina por un comportamiento un tanto más agresivo.

Figuera & Navarrete (2012) en su “Análisis exploratorio-descriptivo sobre Asertividad en una población de colegios municipalizados de la provincia de Ñuble” concluyen que el comportamiento de la población en estudio se manifiesta en algunas

ocasiones de manera asertiva y en otras de manera pasiva-agresiva, lo que se relaciona directamente con los contextos situacionales que experimenta el estudiante. En cuanto al sexo de los participantes, se halló que existen niveles mas elevados de asertividad en las mujeres que en los hombres. Se confirma en este estudio que la asertividad es un comportamiento que posee un carácter dinámico y que en esta influyen múltiples factores.

## **2.2. Base Teórica**

### **2.2.1. Ansiedad**

- **Definición**

El término ansiedad proviene del Latín “anxietas” que se asemeja a los vocablos aflicción o congoja. La ansiedad consiste en un estado emocional que se caracteriza por la presencia de malestar psicofisiológico, sensación de inquietud e intranquilidad ante un evento que representa una potencial situación amenazante.

Algunos autores definen la ansiedad como:

Según Elide (2001), la ansiedad se define como un estado físico y mental del individuo que experimenta una sensación de inquietud, intranquilidad, o desosiego ante alguna situación que identifica como una amenaza inminente y de causa indefinida.

Según Goldman (2001), la ansiedad corresponde a un estado emocional displacentero que comúnmente presenta síntomas fisiológicos y pueden conducir a la fatiga e incluso al agotamiento

Según Vallejo & Gastó (2000), la ansiedad es una reacción que permite la adaptación del sujeto a situaciones que representan o sean interpretadas como una amenaza o peligro para su integridad psicofísica

Según Freire (2014), la ansiedad es una sensación o estado emocional normal que se presenta en determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes factores estresores

Sierra (2013), Psicólogo Clínico en su revista “Malestar Emocional” Madrid, décima edición menciona que se conoce como ansiedad a el objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

González Martínez en (1993), define a la ansiedad como “una forma de conducta compleja y multidimensional en la que existen componentes de respuesta fisiológica fisiológicos, motores y subjetivos-cognitivos.

Lang (2002, es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Beck (1985), refiere que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas.

Kiriacou y Sutcliffe (1987), indican que es una respuesta del sistema nervioso con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la frecuencia cardíaca,...).

Lazarus (1976), La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

De esta manera y según la afirmación de dichos autores la ansiedad se puede catalogar como un proceso de adaptación del sujeto, en muchas circunstancias una respuesta normal que cumple la función de acoplar al individuo al medio en que se desenvuelve y le brinda la capacidad para enfrentar eventos estresores de la vida cotidiana. La ansiedad cumple una función protectora ante una amenaza, haciendo que el sujeto evite la situación potencialmente riesgosa.

- **Enfoques teóricos de la ansiedad**

Virues (2005) menciona los siguientes enfoques teóricos relacionados con la aparición de la ansiedad.

La ansiedad es la activación del sistema nervioso; consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales) que provocan los síntomas de ansiedad. Por otro lado los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

- **Teoría Psicodinámica;** su creador fue Freud, quien propuso una base fisiológica de la ansiedad, pero posteriormente concluyó que esta servía como una señal para el yo del surgimiento de conflictos o impulsos inconscientes.. De acuerdo con su teoría la ansiedad se ve como una emoción del yo resultante de la lucha entre parte de nuestro aparato mental que equilibra los impulsos y demandas de del ello y el súper yo. La ansiedad también se observa como el inicio clave de un conflicto psicológico oculto Etchebarn, Gómez & Reussos (2011), más allá de las discusiones terminológicas, es innegable que el estudio de este conjunto de fenómenos, para los cuales Freud utilizó el vocablo “Angst”, estuvo presente desde los inicios de la producción freudiana. Ya en sus escritos tempranos, Freud postuló una primera tesis sobre la ansiedad que diferenciaba dos conjuntos nosográficos: por una parte, las psiconeurosis de defensa, en las cuales la ansiedad reflejaba un conflicto intrapsíquico, un desplazamiento defensivo del afecto que cristalizaba en los síntomas psiconeuróticos; y por otra parte, las llamadas “neurosis actuales”(que incluían a la “neurosis de ansiedad”), en las que la ansiedad se debía a una falta de procesamiento psíquico de la libido, manifestándose en forma más o menos automática como descarga somática y/o como una actitud psicológica de ansiedad libremente flotante. Distintas vertientes post-freudianas fueron mostrando un progresivo viraje desde la concepción tradicional freudiana del conflicto entre impulso y defensa hacia una concepción



más relacional de la patología. Esta concepción vincula la psicopatología psicoanalítica no sólo con los conflictos edípicos, sino también con los déficits tempranos en la relación pre-edípica entre el paciente y los objetos a cargo de su crianza. A partir de estos desarrollos, se ha establecido con relativo consenso (aunque sin dejar de generar discusión y debate) una distinción entre patologías centradas en el conflicto neurótico entre deseos y defensas, y patologías originadas en un déficit en la constitución del sí-mismo, entendiendo a éste como centro psicológico de iniciativa y continuidad existencial (Kohut, 1984).

Dentro de este contexto, la ansiedad deviene en un importante recurso diagnóstico, ya que diferentes cuadros psicopatológicos manifiestan diversos modos de ansiedad predominantes, o incluso distintas fases de un mismo tratamiento pueden movilizar diferentes tipos de ansiedad en el paciente (Gabbard, 2000).

Como señalan Laplanche & Pontalis (1967), el cuadro clínico de la neurosis de ansiedad sigue conservando su valor nosográfico en la clínica: un síndrome en el que predomina una ansiedad masiva, sin objeto claramente manifiesto, y en el que es patente el papel desempeñado por los factores actuales. Esta concepción resulta claramente operativa para el corpus psicoanalítico sea compartida o no por otros marcos teóricos.

Autores contemporáneos como Coderch (2004) analizan, desde una perspectiva psicoanalítica, las diferencias entre las fobias y los estados de ansiedad. El autor describe a estos últimos como síndromes que no incluyen un temor específico a un objeto o situación.

Los estados de ansiedad, para Coderch (2004), darían cuenta de un tipo de personalidad en estado permanente de tensión, con un rol protagónico de la preocupación y la anticipación ansiosa. A falta del mecanismo defensivo del desplazamiento, prototípico de las fobias para la teoría psicoanalítica, el autor propone a la proyección de los peligros y objetos persecutorios internos al mundo exterior como base psicoanalítica de estos síndromes.

- **Teorías Conductistas;** se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que posteriormente se mantendrá. Según este postulado la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los

estímulos que en un principio eran catalogados como nuestros ahora se identifican como traumáticos o amenazantes de manera que cada vez que se enfrentan a estos aparece la ansiedad.

Hull (1921), conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente. Así, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que elicitan 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. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

El eje conductual en el que el individuo se mueve abarca, por ejemplo, desde un simple enfado hacia los demás por algún hecho concreto que le haya molestado, hasta moverse con inquietud, movimientos repetitivos e inconexos o, por el contrario, hasta intentar pasar desapercibido para el resto de las personas que se encuentran en ese entorno concreto. En general, supone un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, sean cuales sean las consecuencias que deriven de ella, un escape de la situación sin permitir su desarrollo, o la evitación del peligro percibido por el individuo una vez que se propone iniciar la conducta; a esto se le conoce por reacción de lucha y huida. Puede derivar en inhibición de la conducta, en comportamientos agresivos, en evitación de situaciones futuras que sean similares, en bloqueos momentáneos o en hiperactividad, según se trate de un individuo u otro.

En general para las teorías conductistas la ansiedad es resultado de un proceso condicionado donde se ha aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros con acontecimientos vividos como traumáticos y amenazantes de manera que en cada contacto con el estímulo neutro se desencadena la reacción de ansiedad (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

- **Teorías Cognitivistas;** consideran a la ansiedad como el resultado de cogniciones patológicas. Se podría decir que el sujeto etiqueta mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conductas determinadas. Es así que cualquier persona podrá experimentar una sensación física que le cause molestia en un evento determinado y aunque la mayoría de nosotros no le prestemos un significado especial a esta situación existen individuos que lo interpretan como una señal de alarma y amenaza para la salud física o psíquica, lo cual provoca una respuesta neurofisiológica, desencadenando así la ansiedad.

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.

Las situaciones que eliciten una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de éstas también produce una reacción de ansiedad; esto se explica de muy diversas formas pero, en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación. Algunas veces, el individuo reconoce que tal situación no es una amenaza objetiva, a pesar de lo cual no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad.

En definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza. En la mayoría de los casos, funcionan de forma automática, es decir, el individuo a penas se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y cree firmemente que no están bajo su dominio.

La persona con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, pero esto no es totalmente cierto porque la situación que él percibe puede no constituir una amenaza real; dicha percepción suele venir acompañada de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro,

pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración, etc. En la actualidad, la ansiedad de carácter clínico se caracteriza por presentar una serie de factores entre los que se cuenta que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible; además, el individuo puede quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestra incapaz de realizar conductas adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad. Por otra parte, el funcionamiento psicosocial o fisiológico también resulta deteriorado (Akiskal, 1985).

Por último, Beck & Clark (1997), describen en su modelo de la ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por un lado, y controlados por otro, al tiempo que consideran el papel crucial que la anticipación juega en la ansiedad.

- Endler & Magnusson (1976), **Teoría Cognitivo-Conductual** La aparición de éste enfoque se vincula a autores como 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, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad. Endler & Okada, (1975), partir de ahí surge la teoría interactiva multidimensional la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos dé lugar al estado de ansiedad.

En el caso de la teoría tridimensional de Lang (1968), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras.

En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

- **Características**

Beck, Emery & Greenberg (1985), el medio en que vivimos es una gran fuente de oportunidades para satisfacer las necesidades del ser humano pero también existen amenazas y riesgos que podrían modificar su desempeño. En esencia la relación del individuo con el medio consiste en procurar aprovechar y conservar los beneficios para optimizar los procesos de adecuación a los diferentes entornos y combatir eliminar o minimizar los conflictos en situaciones cotidianas donde se tiende a preocuparse o a poner demasiada atención a situaciones negativas que se consideran peligrosas

El comportamiento ansioso afecta muchos aspectos de la vida cotidiana de una persona, como por ejemplo la eficiencia para resolver problemas, las interacciones con otras personas, la manera como se describen a sí mismos, su capacidad de relajación, su calidad de vida y, por ende, su salud (Cano & Miguel, 2001).

La tendencia a la ansiedad tiene efectos que inciden en otros procesos psicológicos de forma negativa y que han inducido a una intensa investigación por parte de los especialistas, quienes la consideran un proceso intrincado y complejo que matiza al análisis cognitivo, ya que implica una interacción de esta disposición emocional con otros procesos psicológicos como la vigilia, la atención, la percepción, el razonamiento y la memoria. La ansiedad como una disposición, en su forma más pura, es un sentimiento difuso, sin objetivo, una sensación desagradable y persistente, que por lo general hace difícil para la persona que la experimenta, identificar su inicio y su fin (Hernández-Pozo, Coronado, Araujo & Cerezo, 2008).

La ansiedad es considerada un estado emocional displacentero, vinculado a pensamientos negativos, que involucra la evaluación cognitiva que el individuo hace acerca de la situación que percibe como amenazadora (Lazarus y Folkman, 1986).

Dicha valoración surge, por una parte, del proceso de negociación entre las demandas y recursos del medio ambiente y, por otra, de las creencias, prioridades y metas del estudiante, dando como resultado una reacción emocional, cuya intensidad depende de la percepción de amenaza a la seguridad, autoestima y estabilidad personal (Moscoso y Oblitas, 1994).

Según Baeza, Balaguer, Belchi Coronas & Gillamón (2008), existen tres componentes característicos propios de la ansiedad.

- Cognitivos o de pensamiento: anticipaciones amenazantes, cálculo de consecuencias, evaluaciones de riesgo, pensamientos automáticos.
- Fisiológicos: activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios, entre otros
- Motores y de conducta: inhibición o sobre activación motora, comportamiento defensivo.

Es necesario señalar que estos componentes característicos de la ansiedad pueden activarse en conjunto o por separado. La ansiedad puede presentarse tanto por circunstancias externas como por características internas del sujeto como pensamientos, sensaciones cambios en el organismo, etc. El estímulo o evento que cause ansiedad al individuo varía de persona a persona, dependiendo en gran medida de las particularidades de cada uno.

- **Ansiedad normal y ansiedad patológica**

Al igual que sucede en temas relacionados con las emociones, la manera como éstas se manifiestan debido a su intensidad y duración podrían influir en nuestro

comportamiento (de manera positiva o negativa), esto es lo que determina si es representa un problema o no.

La ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos aversivos o peligros anticipados. Existe un nivel de ansiedad que se considera normal e incluso útil, se le denomina umbral emocional y permite mejorar el rendimiento y la actividad. Sin embargo, cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad cotidiana

Spielberger (1979), sostiene la naturaleza anticipatoria de la ansiedad hace que ésta sea en determinados momentos adaptativa, pero en otros no y diferencia la ansiedad como respuesta normal y necesaria de la ansiedad desadaptativa o ansiedad clínica. En el primer caso, la ansiedad leve o moderada puede cumplir una función útil o favorecedora para el individuo. En cuanto genera un estado de alerta y de tensión que puede mejorar el rendimiento

Contrario a lo anterior, altos niveles de ansiedad pueden conducir a errores ya sean psicomotores o intelectuales, debido al compromiso en los procesos de memoria, a la dificultad en la concentración y, en general, a la alteración del funcionamiento psicológico del individuo en este caso, la ansiedad perturba en general el rendimiento de cualquier función que requiera atención, concentración y esfuerzo sostenido (Rains, 2004).

Iglesias (2013), señala que la ansiedad normal es aquella que se presenta con una intensidad baja o media y con una duración poco prolongada, que únicamente se presenta cuando existen motivos determinados.

Muñoz (2009), indica que cuando se presenta una situación temida para el sujeto, donde evidentemente se encuentra en riesgo su integridad física o psicológica una respuesta de ansiedad se entendería perfectamente normal, haciendo que se retire de dicha escena o evite contacto con ella.

Es necesario sentir ansiedad para poder realizar las labores cotidianas del diario vivir e incluso mejorar en todas las actividades a realizar. Esta puede funcionar como un

estímulo en cuanto al desarrollo de la personalidad ya que motiva al logro y también está presente cuando de conducta. La ansiedad normal significa una respuesta positiva, impulsadora en el camino de alcanzar objetivos, es adaptativa y en su mayoría no presenta expresiones de malestar en los procesos fisiológicos, sin embargo puede alcanzar un alto nivel en eventos puntuales y limitados, en cuyo caso no serían solo normales si no también funcionales.

Con la presencia de ansiedad normal el individuo podría llegar a determinar exactamente qué es lo que le genera ansiedad y manejarlo. Es necesario mencionar también que la ansiedad señalada como una emoción normal en el sujeto aparece frente a un estímulo real, tangible o potencial, más no ante uno imaginario o inexistente. La reacción frente a ellos debe ser proporcional cualitativa y cuantitativamente en tiempo duración e intensidad.

Sin embargo cuando los niveles de ansiedad sobrepasan los límites se convierte en un problema de salud, la ansiedad patológica se caracteriza en principio por presentar diferencias en un conjunto de cualidades como la ocurrencia, la fuerza y su permanencia frente a un evento estresor.

Al respecto algunos autores

Sedena & Semar (2011), indican que se considera a la ansiedad como patológica de acuerdo a su presentación emocional, ya sea porque el estímulo se encuentra ausente, la intensidad es excesiva en relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona.

Álvarez, Gasto & Roca (2008), refieren que la ansiedad patológica se presenta como una respuesta de inadecuada adaptación debido a que la amenaza no puede objetivarse y la duración e intensidad es desproporcionada al evento.

La dificultad que existe con la aparición de ansiedad patológica se presenta cuando ocurren situaciones en las que ni la lucha ni la huida son comportamientos adecuados,



emitiéndose respuestas de activación erróneas. El pensamiento se acelera, los músculos se tensan, la respiración se agita y se enfrentan emociones negativas.

Del Pozo (2006), indica que cuando de ansiedad patológica se habla existen tres supuestos generalmente característicos cuando interviene en el funcionamiento cotidiano, la consecución de logros y el razonable bienestar emocional

- Cuando no existe un motivo identificable generador de ansiedad
- Cuando, existiendo ese motivo la ansiedad persiste una vez que este ha desaparecido
- Cuando existiendo motivo la reacción es excesiva y poco realista

Si bien es difícil delimitar con precisión la ansiedad normal y la ansiedad patológica existen cuatro aspectos diferenciadores que pueden ayudar a distinguir una de la otra y que se relacionan tanto con las causas con con los efectos de la ansiedad. Para lo cual propone ciertos parámetros de defenecía entre ansiedad normal y patológica.

#### Límite entre Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica

|                                                           | <i><b>ANSIEDAD NORMAL</b></i>                                            | <i><b>ANSIEDAD PATOLÓGICA</b></i>                             |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <i><b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b></i>                   | Episodios poco frecuentes<br>Intensidad leve media.<br>Duración limitada | Episodios repetidos. Intensidad alta.<br>Duración prolongada. |
| <i><b>SITUACIÓN O ESTÍMULO CAUSANTE</b></i>               | Reacción esperable y común a la de otras personas                        | Reacción desproporcionada                                     |
| <i><b>GRADO DE SUFRIMIENTO</b></i>                        | Limitado y transitorio                                                   | Alto y duradero                                               |
| <i><b>GRADO DE INTERFERENCIA EN LA VIDA COTIDIANA</b></i> | Ausente o ligero                                                         | Profundo                                                      |

**Tabla N: 01:** Límite entre ansiedad normal y ansiedad patológica

**Elaborado por:** Del Pozo (2006)

**Fuente:** Trastornos de la Conducta y la Personalidad

#### **Factores de inicio: vías por las cuales la ansiedad se torna patológica**

La vía más difundida por la cual la ansiedad se vuelve patológica es la genéricamente denominada traumática. En pocas palabras, una persona adquiere una reacción de miedo patológico porque se establece una asociación entre un evento neutral con otro que representa una amenaza real. El proceso es uno de los casos particulares de condicionamiento clásico (Pavlov, 1987).

Un segundo camino por el cual las personas adquirimos miedos patológicos consiste en el aprendizaje por observación de modelos o Modelado, estudiado minuciosamente por Albert Bandura. En los humanos, este proceso transcurre de dos maneras diferentes.

Iglesias (2013) por un lado, la observación directa de alguna persona que padece alguna forma de ansiedad patológica puede conducir a que el observador adquiriera el mismo miedo o alguno relacionado, particularmente si este último se encuentra en la infancia. Los casos más simples son aquellos en los cuales los hijos acaban padeciendo las mismas fobias que sus padres.

Por otra parte, el modelado también puede efectuarse de manera verbal, es decir, a través de las palabras que narran patrones de reacción ansiosos ante eventos que son inocuos. Al igual que en caso anteriormente mencionado, este proceso tiene más chances de suceder si la exposición al modelo verbal tiene lugar durante la niñez.

El mismo autor indica que, una tercera posibilidad para el desarrollo de los miedos patológicos proviene de la aplicación de los principios darwinianos. Por un lado, una observación simple nos indica que los temores humanos no se distribuyen uniformemente, lo que significa que las personas tendemos a desarrollar miedo más fácilmente hacia algunos estímulos que hacia otros.

La hipótesis más fuerte de esta línea sostiene que nacemos con una reacción innata de temor ante estos estímulos preparados evolutivamente y que a través del proceso de socialización, mediante la exposición natural a los mismos en nuestra cultura, vamos perdiendo el miedo inicial.

### **Factores de mantenimiento y modulación de la ansiedad patológica**

Ordoñez (2014), indica que inevitablemente, la ansiedad patológica conduce a conductas de evitación y escape. Este es el elemento crítico de mayor relevancia a la hora de explicar el mantenimiento de la ansiedad patológica a largo plazo. Las conductas de evitación y escape mantienen los miedos patológicos. En efecto, ellas interfieren con el proceso normal de extinción que tendría lugar si la persona se expusiera. Ahora bien, sucede que las respuestas de evitación y escape no son tan sencillas y observables.

Estas conductas pueden ser indetectables para los observadores externos pues adoptan la forma de los actos más comunes; no obstante ello, interfieren con el natural proceso de extinción y perpetúan así la ansiedad patológica. En estos casos, los comportamientos de evitación y escape suelen llamarse “de reaseguro”, una expresión que busca enfatizar el hecho de que, al ejecutarse, estas acciones brindan a la persona una seguridad momentánea extra que en verdad no necesita.

El autor mencionado anteriormente señala que es posible que quien padece algún Trastorno de Ansiedad busca alivio al llevar adelante las conductas de evitación y escape; en la gran mayoría de los casos desconoce el efecto de mantenimiento que ellas están ejerciendo en su patología. En algunos casos, la persona realiza los actos de evitación y escape con plena consciencia y voluntad de reducir su malestar; aunque en otras situaciones estas conductas se efectúan sin consciencia y de manera automática, con escaso o nulo registro cognitivo. Esto último nos revela que las conductas de reaseguro no sólo suelen pasar inadvertidas para los demás, sino para el mismo sujeto.

Cualquiera sea el caso, el que realiza conductas de evitación y escape se halla motivado por la búsqueda de alivio a su malestar, la ansiedad patológica, pero sin saberlo, la perpetúa. Esto ha llevado a afirmar que en lo que hace a la patología de la ansiedad, lo más importante no es la emoción misma ni tampoco su intensidad. Por el contrario, y tal como planteamos al inicio, la ansiedad es una emoción sana y necesaria. Lo que convierte a esta emoción en patológica es toda la parafernalia que los seres humanos a veces hacemos para evitarla y controlarla.

Esto, justamente, los intentos de control destinados a aliviarla, es lo que transforma a un patrón emocional adaptativo evolutivamente destinado a protegernos en algo desadaptado que acarrea sufrimiento y malestar. Tal vez, una de las patologías donde más claro se note este fenómeno es en algunos pacientes que padecen Trastorno de Pánico y Agorafobia, un cuadro caracterizado por la presencia de reacciones de ansiedad exageradas que van empeorando a medida de que la persona incrementa los intentos de control.

- **Síntomas**

Martín (2009) cuando una persona siente ansiedad experimenta una serie de sensaciones que le generan malestar, estas manifestaciones consisten en una respuesta de carácter físico, psicológico, conductual, intelectual y social. Que a continuación se detallan

- Físicos; taquicardia, palpitaciones, opresiones en el pecho, falta de aire, temblores, sudoraciones, molestias gástricas, náuseas, vómitos, sensación de obstrucción en la garganta, agotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, mareo, sensación de hormigueo e inestabilidad.
- Psicológicos; inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, necesidad de huir o luchar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, recelo, sospechas, dificultad de tomar decisiones,
- De conducta; estado de alerta e hipervigilancia inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para mantenerse quieto y en reposo, cambios de expresividad y lenguaje corporal, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambio en el tono de voz.
- Intelectuales o Cognitivos; dificultad de atención, concentración y memoria, aumento de descuidos y preocupación excesiva, incremento de dudas y sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo las cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y la sospecha, interpretaciones inadecuada.
- Sociales; irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos y verborrea en otros, bloquearse o demorarse en algo a la hora de responder o preguntar, dificultad para hacer valer las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

Estas respuestas pueden ser influidas, tanto por situaciones o estímulos externos, como por estímulos internos, tales como pensamientos, creencias, expectativas, atribuciones, entre otros, los cuales son percibidos por el sujeto como eventos amenazantes (Cano Vindel & Miguel-Tobal, 2001).

Cada individuo experimenta de manera diferente la sintomatología característica de ansiedad, en muchos de los casos influye su predisposición biológica o psicológica en la intensidad o recurrencia de los síntomas.

- **Trastornos de Ansiedad**

Según Almonte (2009), “Para entender que son los trastornos de ansiedad hay que pensar primero en la normalidad ” Tomando en cuenta esta afirmación se hace necesario pensar que todas las personas tienen la capacidad e reaccionar con ansiedad ante un evento que consideren potencialmente peligroso, ya que se trataría de una respuesta emocional a ello. El trastorno de ansiedad se puede entender como un exceso en la frecuencia intensidad y duración de una respuesta ansiosa, u ocasionalmente como una respuesta inadecuada a las demandas de dicha situación.

Los Trastornos de Ansiedad, son trastornos psicológicos que difieren cuantitativa y cualitativamente de las sensaciones relacionadas con los nervios o la agitación que surgen espontáneamente cuando debemos hacer frente a una situación desafiante, intimidante o potencialmente peligrosa para nuestra propia integridad. Los Trastornos de Ansiedad tienen la capacidad potencial de llegar a interferir negativa y significativamente con la habilidad de un individuo para desenvolverse y adaptarse con éxito a su entorno habitual.

Según Puchol (2003), los síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud en que se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas, reacciones que escapan del control voluntario de la persona tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles.

En lugar de cumplir su función natural y primigenia, es decir, actuar como mecanismos de preparación, atención, protección y alerta frente al peligro, estos signos de activación emocional pierden su valor adaptativo y convierten a algunas situaciones o eventos cotidianos en fuentes potenciales de terror y pánico. Cuando este tipo de trastornos no son adecuadamente diagnosticados y tratados con el paso del tiempo y de la

progresión de la enfermedad, pueden impulsar a la persona a adoptar toda una serie de medidas extremas de evitación y/o huida que le mantengan ‘seguro’ de las fuentes de peligro percibido, desde evitar salir de casa hasta esquivar cualquier tipo de contacto social. Este tipo de medidas afectan intensamente a la calidad de vida de la persona afectada por este tipo de trastornos, tanto a nivel personal como familiar, social o laboral (Puchol 2003).

- **Factores que intervienen en la ansiedad como trastorno**

En la aparición y mantenimiento de la ansiedad como y trastorno influyen tres grupos de factores: predisponentes, activadores y de mantenimiento.

- Muñoz (2013) señala ciertos factores predisponentes; se refieren a variables biológicas y constitucionales, hereditarias o no, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla. Dentro de este grupo de factores podríamos considerar también algunos referidos a la personalidad, dependiente de la historia del individuo, condicionada por la biología y el aprendizaje. Estos factores predisponentes no representan en si la ansiedad ni condenan al sujeto a padecerla. Son factores de vulnerabilidad. Dicho en otras palabras hay personas que cuentan con un sistema de alerta más sensible, y más complejo de desactivar una vez disparado.
- Factores activadores; aquellos hechos situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Anteriormente se ha señalado que la ansiedad está vinculada principalmente con la percepción de amenaza, por lo tanto, esencialmente los factores activadores de la ansiedad son aquellos que están relacionados con la amenaza y su naturaleza. La percepción de riesgo, es decir que lo que se considera amenazante depende fundamentalmente de un proceso de evaluación consciente o automático determinado por la valoración de lo que pasa y como nos afecta para identificar que se puede hacer frente a ello. (Muñoz, 2013).
- Factores mantenedores; este grupo de factores afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites trastorno. En el

momento en que la ansiedad aparece, debido a los factores activadores ayudados en más o menos por los factores predisponentes si es excesiva y sostenida, propicia la aparición de problemas de salud.

- **Clasificación de los trastornos de ansiedad**

### **Criterios diagnósticos para ansiedad según DSM V**

#### **Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0)**

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad

### **Mutismo selectivo 313.23 (F94.0)**

- A. Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales o en la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. El fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

### **Fobia específica**

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

**Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.

- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.



- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

*Especificar si:*

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

300.29 (F40.218) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)

300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)

300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

**Nota de codificación:** Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: F40.230 miedo a la sangre; F40.231 miedo a las inyecciones y transfusiones; F40.232 miedo a otra atención médica; o F40.233 miedo a una lesión.

300.29 (F40.248) Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)

300.29 (F40.298) Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados).

**Nota de codificación.** Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se debe hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (p. ej., miedo a las arañas y a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional)

### **Trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (F40.10)**

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

**Nota:** En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

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

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

**Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

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

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

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

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

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

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

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

*Especificar si:* **Sólo actuación:** Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

### **Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)**

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

**Nota:** La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.

2. Sudoración.

3. Temblor o sacudidas.

4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.

5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

**Nota:** Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable).

Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

### **Especificador del ataque de pánico**

**Nota:** Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad

así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

**Nota:** La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

**Nota:** Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

### **Agorafobia 300.22 (F40.00)**

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).

2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.
  - B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).
  - C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
  - D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
  - E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
  - F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
  - G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
  - H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal matoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
  - I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

**Nota:** Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

### **Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)**

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses,

en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota:** En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

### **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos**

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/ medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota:** Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

**Nota de codificación:** Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos de ansiedad inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-

10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter en 4a posición es “1,” y el médico registrará “trastorno leve por consumo de [sustancia]” antes de trastorno de ansiedad inducido por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno de ansiedad inducido por cocaína”). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter en 4<sup>a</sup> posición es “2,” y el médico hará constar “trastorno moderado por consumo de [sustancia]” o “trastorno grave por consumo de [sustancia]” según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia),

el carácter en 4a posición es “9,” y el médico sólo hará constar el trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

#### **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica 293.84 (F06.4)**

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma). La otra afección médica se codificará y anotará por separado inmediatamente antes del trastorno de ansiedad debido a la afección médica (p. ej., 227.0 [D35.00] feocromocitoma; 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma).

#### **Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8)**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de ansiedad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Ataques sintomáticos limitados



2. Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que los que no está presente

3. *Khyâl cap* (ataque del viento): Véase “Glosario de conceptos culturales de la ansiedad” en el Apéndice del DSM-5.

4. *Ataque de nervios*: Véase “Glosario de conceptos culturales de la ansiedad” en el Apéndice del DSM-5.

### **Otro trastorno de ansiedad no especificado 300.00 (F41.9)**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

### **Criterios diagnósticos para ansiedad según CIE 10**

#### **Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica) F41.0**

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el

futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

### **Pautas para el diagnóstico**

Las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.-.

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

- a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

Ataques de pánico.

Estados de pánico.

### **Trastorno de ansiedad generalizada F41.1**

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

## **Pautas para el diagnóstico**

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad.

Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

## **Trastorno mixto ansioso-depresivo F41.2**

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos

(temblor, palpitations, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

### **Otros trastornos mixtos de ansiedad F41.3**

Trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos de F40-F48, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. Los ejemplos más frecuentes son: trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-); trastornos disociativos (F44.-); trastornos de somatización (F45.0); trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) y trastorno hipocondriaco (F45.2). Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes entonces se utiliza la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

### **Otros trastornos de ansiedad especificados F41.8**

Incluye: Ansiedad histérica.

### **Trastorno de ansiedad sin especificación F41.9**

Incluye: Ansiedad sin especificación.

### **2.2.2 Habilidades Sociales**

Gismero (2000), indica que el interés por las habilidades sociales y la conducta asertiva se ha venido manifestando, desde hace ya varias décadas. Este interés no resulta extraño puesto que una de las partes más importantes de nuestra vida son las relaciones sociales. En cada una de las cosas que hacemos cotidianamente estamos relacionándonos con los demás y la manera en que lo hacemos permite que estas relaciones se faciliten o se entorpezcan.

En las sociedades contemporáneas con el ritmo de vida acelerado y complejo, las personas están inmersas en muchos sistemas distintos en donde las reglas varían y los roles no están claramente definidos. Difícilmente en la vida los individuos van a poder escapar de los efectos de las relaciones sociales, ya sea en su lugar de trabajo, de estudios, con los amigos e incluso en la familia, lo cual hace necesario el desarrollo de las habilidades sociales.

- **Definición**

Las habilidades sociales se pueden entender como aquellos recursos conductuales en el individuo, que le posibilitan una interacción con sus semejantes y con una alta probabilidad de resultados positivos en la comunicación para una amplia variedad de circunstancias.

Algunos autores definen las habilidades sociales como:

Una habilidad social representa un comportamiento o la manera de pensar de un sujeto; lo que le conduce a resolver una situación de la manera más efectiva, es decir la forma socialmente adecuada dentro de la situación en que se maneja (Trianes, 1996).

La conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos (Rimm y Masters, 1974).

La conducta identificada como socialmente hábil permite expresar sentimientos ideas, opiniones y derechos de un sujeto, haciendo respetar sus criterios pero respetando

también la postura de los demás de manera que se logre resolver conflictos a la brevedad posible (Caballo 1987).

La conducta con que actúan las personas que defienden sus intereses más importantes, se presenta sin ansiedad inapropiada, logran expresar de manera cómoda sus sentimientos y ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás (Alberti & Emmons, 1978).

La naturaleza de las habilidades sociales da lugar a numerosas definiciones. Generalmente las habilidades sociales son consideradas como un conjunto de comportamientos interpersonales complejos. Cuando estas habilidades son adecuadas el resultado es satisfactorio tanto a nivel personal como interpersonal, sea a corto o largo plazo. Son numerosos los beneficios que se obtienen con su práctica de las habilidades sociales, como conseguir lograr nuestros objetivos, saber expresarnos y tener en cuenta los intereses, necesidades y sentimientos ajenos, obtener aquello que queremos, comunicarnos satisfactoriamente con los demás y facilitar una buena autoestima, entre otros.

Por otra parte Kelly (1988) hace notar a las habilidades sociales como “Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente. De esta forma y a pesar de que no existe una definición unificada acerca de este término, si existe un acuerdo general sobre lo que implican las habilidades sociales, significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas conforme el individuo se desarrolla y evoluciona o de acuerdo a las situaciones a las que se exponga.

El término habilidad social se utiliza para explicar que la competencia social no es un rasgo de personalidad, sino más bien un conjunto de componentes aprendidos que incluyen componentes verbales y no verbales, suponiendo iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas, asentando el reforzamiento social (Bonet, 2000).

- Las habilidades sociales se adquieren, principalmente a través del aprendizaje por ejemplo mediante la observación, la imitación, el ensayo y la información.

- Las habilidades sociales incluyen comportamientos verbales y no verbales específicos y discretos.
- Las habilidades sociales suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas.
- Las habilidades sociales acrecientan el reforzamiento social como las respuestas positivas del propio medio social.
- Las habilidades sociales son recíprocas por naturaleza y suponen una correspondencia efectiva y apropiada como la reciprocidad y coordinación de comportamientos específicos.
- La práctica de habilidades sociales está influida por las características del medio es decir factores como la edad, el sexo, estatus del receptor.
- Los déficit y excesos de la conducta social pueden ser especificados y objetivados a fin de intervenir.

- **Modelos de Habilidades Sociales**

Existen tres modelos que han tratado de ofrecer una explicación acerca de cómo se adquieren las habilidades sociales, estos son; modelo de aprendizaje social, modelo de la psicología social, y modelo cognitivo, el modelo de la psicología clínica.

**A. Modelo de Aprendizaje Social:**

Uno de los supuestos en los que se basa el enfoque de las habilidades sociales estriba en la teoría del aprendizaje social. Apunta a un modelo de reciprocidad en el que la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo y los acontecimientos ambientales actual entre si como determinantes interactivos (Bandura, 1986).

Se aprende a través de experiencias interpersonales y son mantenidas por las consecuencias sociales del comportamiento. Este aprendizaje está basado en una situación social en la que al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada y el sujeto que realiza la observación de dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje, a diferencia del aprendizaje por conocimiento, el aprendizaje social el que aprende no recibe refuerzo, sino que este recae en todo caso en el modelo; aquí el que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe el refuerzo.

## **B. Modelo de la Psicología Social:**

Caballo (1993), en este modelo se utiliza el término *Script* para referirse a un estereotipo fijado en la memoria., lo que supone roles, condiciones, objetos secuencia de acciones y resultados o consecuencias de ejecutar acciones de una u otra manera Se destaca los procesos de selección de la información en la interacción social y posterior interpretación.

Es el proceso por el cual el individuo llega a conocer a los demás y a concebir sus características, cualidades y estados interiores. En cualquier caso ambas aproximaciones demuestran la importancia de la formación de primeras impresiones para el propio proceso de percepción social. En definitiva, el término percepción social incluye todos aquellos procesos de índole cognitiva mediante los cuales elaboramos juicios relativamente elementales acerca de otras personas, sobre la base de nuestra propia experiencia o de las informaciones que nos transmiten terceras personas.

## **C. Modelo Cognitivo, el modelo de la Psicología Clínica**

Según Ladd & Mize (1983), las habilidades sociales sirven para organizar cogniciones y conductas en el curso integrado de acción dirigido hacia metas interpersonales o sociales que sean culturalmente aceptadas. Plantean que para su funcionamiento social efectivo se necesita tres elementos.

- Conocer la meta apropiada para la interacción social
- Conocer las estrategias adecuadas para alcanzar e objetivo social
- Conocer el contexto en el cual una estrategia específica puede ser apropiadamente aplicada

Hace referencia a la capacidad social de expresar lo que se piensa, siente y cree en forma adecuada al medio, en ausencia de ansiedad. Se ha denominado asertividad, libertad emocional, autoafirmación, etc.

Las relaciones sociales son fundamentales en nuestras vidas. La consecución de nuestros objetivos y la satisfacción de nuestras necesidades dependen en gran medida de



las habilidades de que dispongamos para relacionarnos con los demás de una forma cooperativa. Por ello, no resulta extraño que las personas con problemas de salud mental muestren dificultades en las interacciones interpersonales ¿ya sea como su antecedente o como su consecuencia. El entrenamiento en habilidades sociales consiste en un conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a las personas a mejorar sus estrategias interpersonales de modo que puedan conseguir sus propósitos en aquellas áreas de su vida que sean importantes para su bienestar.

- **Características de las Habilidades Sociales**

La conducta socialmente hábil implica la especificación de tres componentes de la habilidad social, una dimensión conductual (tipo de habilidad), dimensión personal (variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental). Diferentes soluciones requieren conductas diferentes. Las principales características de las habilidades sociales serían las siguientes: (Alberti, 1977b).

- Se trata de una característica de la conducta, no de la persona
- Es aprendida, la capacidad de respuesta tiene que adquirirse.
- Es una característica específica a la persona y a la situación, no es universal
- Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como otros términos de variables situacionales.
- Está basada en la capacidad del individuo en escoger libremente su acción
- Es una característica de la conducta socialmente eficaz, no dañina.

- **Clasificación de Habilidades Sociales**

Pérez-Santamarina (1999), refieren algunas de las dimensiones conductuales más aceptadas en la actualidad para las habilidades sociales y las clasifican de la siguiente manera:

- A. **Habilidades Sociales según el tipo de destrezas:** Las habilidades sociales se clasifican según el tipo de destreza que se desarrollen, en base a esto se puede encontrar 3 clases de habilidades sociales:

**1.- Cognitivas** Son todas aquellas en las que intervienen aspectos psicológicos, las relacionadas con el «pensar». Algunos ejemplos son:

- Identificación de necesidades, preferencias, gustos y deseos en uno mismo y en los demás.
- Identificación y discriminación de conductas socialmente deseables.
- Habilidad de resolución de problemas mediante el uso de pensamiento alternativo, consecuencial y relacional.
- Autorregulación por medio del autorrefuerzo y el autocastigo.
- Identificación de estados de ánimo en uno mismo y en los demás.

**2.- Emocionales:** son aquellas habilidades en las que están implicadas la expresión y manifestación de diversas emociones, como la ira, el enfado, la alegría, la tristeza, el asco, la vergüenza, etc. Son todas las relacionadas con el «sentir».

**3.- Instrumentales:** se refiere a aquellas habilidades que tienen una utilidad. Están relacionadas con el «actuar». Algunos ejemplos son: - -

- Conductas verbales: inicio y mantenimiento de conversaciones, formulación de preguntas, formulación de respuestas, etc.
- Alternativas a la agresión, rechazo de provocaciones, negociación en conflictos, etc.
- Conductas no verbales: posturas, tono de voz, intensidad, ritmo, gestos y contacto visual.

## **B. Habilidades sociales según su tipología**

### **1.- Primeras habilidades sociales**

- Escuchar.
- Iniciar una conversación.
- Mantener una conversación.
- Formular una pregunta.
- Dar las gracias.
- Presentarse.
- Presentar a otras personas.
- Hacer un cumplido.

### **2.- Habilidades sociales avanzadas**

- Pedir ayuda.

- Participar.
- Dar instrucciones.
- Seguir instrucciones.
- Disculparse.
- Convencer a los demás.

### **3.- Habilidades relacionadas con los sentimientos**

- Conocer los propios sentimientos.
- Expresar los sentimientos.
- Comprender los sentimientos de los demás.
- Enfrentarse con el enfado del otro.
- Expresar afecto.
- Resolver el miedo.
- Autorrecompensarse.

### **5.- Habilidades alternativas a la agresión.**

- Pedir permiso.
- Compartir algo.
- Ayudar a los demás.
- Negociar.
- Empezar el autocontrol.
- Defender los propios derechos.
- Responder a las bromas.
- Evitar los problemas a los demás.
- No entrar en peleas.

### **6.- Habilidades para hacer frente al estrés.**

- Formular una queja
- Responder a una queja.
- Demostrar deportividad después de un juego.
- Resolver la vergüenza.
- Arrglárselas cuando le dejan a uno de lado.
- Defender a un amigo.
- Responder a la persuasión.
- Responder al fracaso.
- Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
- Responder a una acusación.

- Prepararse para una conversación difícil.
- Hacer frente a las presiones del grupo.

#### **6.- Habilidades de planificación.**

- Tomar decisiones.
- Discernir la causa de un problema.
- Establecer un objetivo.
- Determinar las propias habilidades.
- Recoger información.
- Resolver los problemas según su importancia.
- Tomar una decisión.
- Concentrarse en una tarea.

Las habilidades sociales anteriormente citadas comprenden un extenso conjunto de elementos verbales y no verbales que se combinan en complejos repertorios conductuales. Además, de los componentes verbales y no verbales, las habilidades sociales dependen de procesos cognitivos (pensamientos, autocríticas, sentimientos, etc.) para su correcta ejecución. Pero la habilidad social no es meramente una suma de componentes verbales y no verbales unidos a procesos cognitivos, sino que supone un proceso interactivo de combinación de estas características individuales en contextos ambientales cambiantes.

Asimismo, la destreza para desempeñar una habilidad social puede no tener ninguna correspondencia con la desenvoltura de otras (ej: conversar y rechazar peticiones), incluso considerando el mismo tipo de habilidad la conducta concreta del sujeto puede variar según factores personales (estado de ánimo, cogniciones, cambios fisiológicos) y ambientales (las personas con quienes esté relacionándose, el tipo de relación, la situación en la que se encuentre, etc.) (Fernández, 1999).

- **Asertividad**

Bishop (2000), menciona que desenvolverse en cada una de los diferentes situaciones interpersonales requiere de una gran destreza social, muy probablemente en

alguna ocasión hayamos tenido dificultad en defender nuestros derechos, expresar sentimientos, opiniones, defender nuestro punto de vista sin agredir a los demás, iniciar nuevas relaciones simplemente poner punto final a una conversación. Es aquí en donde la asertividad funciona como una habilidad social.

Los individuos se enfrentan a situaciones de la vida cotidiana donde busca su respuesta para reaccionar ante estas situaciones sin ser agresivos (con un NO enrabiado y que nos deja con un sentimiento de culpa), ni pasivos (con un Sí que nos deja haciendo lo que no queremos). La manera adecuada de reaccionar es siendo asertivos, es decir, siendo capaces de expresar nuestro real sentir y pensar, lo cual no es fácil sino que requiere un trabajo personal. La asertividad representa la facultad de poder expresar los sentimientos y diferentes opiniones de una manera entendible para los demás, sin llegar a ofender o atacar a las personas con un distinto punto de vista, también implica el poder expresar la manera en que nos hace sentir la forma de actuar de los demás.

Según la Enciclopedia de la Psicología (2000), asertividad es una característica de una persona que expresa con fluidez y sin ansiedad sus opiniones, intereses y emociones de forma correcta y empática, sin negar los de los demás.

De acuerdo con Riso (2000), la asertividad es la capacidad que tiene una persona para ejercer o defender sus derechos personales, expresar desacuerdos, sentimientos negativos sin dejarse manipular con hace el sumiso y sin manipular o violar los derechos como hace el agresivo.

Monjas (2004), considera a la asertividad como parte de las habilidades sociales que permiten relaciones interpersonales satisfactorias.

(Flores 1994), asertividad es la propensión a ser auto afirmativo y asertiva es aquella persona que es afirmativa

En todos los aspectos de nuestra existencia se considera que es importante tener la capacidad de ser asertivo. Emplear la asertividad es saber pedir, saber negarse, negociar y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, respetando los derechos del otro y expresando nuestros sentimientos de forma clara. La asertividad consiste también en

hacer y recibir cumplidos, y en hacer y aceptar quejas. es necesario también tomar en cuenta como hacerlo y por qué, analizando la situación y llevando a cabo la mejor reacción ante el problema, lo cual dará satisfacción tanto al individuo como a aquellos que participan en el sucesos, para lo cual aparece la conducta asertiva. La conducta asertiva representa la vía o el medio a través del cual se emitirá la respuesta más adecuada, que vaya acorde con las distintas situaciones que se le presenten al individuo, es decir el modo en que se va a proceder.

Para Alberti & Emmons (1983), la conducta asertiva es: "La conducta que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los otros"

Wolpe (1958), formuló su definición: La conducta asertiva es la manera más acertada de dirigirse a otras personas representando cualquier emoción, y que esta respuesta no cause ansiedad

Bartolomé Carroroles, Costa del Ser (1979), mencionan que se suele aplicar el término conducta asertiva para referirse a la conducta de los individuos que cuentan con la capacidad para expresarse de acuerdo a la norma y logran comunicar sus emociones y sentimientos sean estos positivos o negativos

Jakubowskiy & Lange (1978), para ellos comportarse asertivamente significa hacer cumplir y respetar sus derechos, lo que permite que la facilidad de expresar libremente lo que uno cree y siente de manera honesta y apropiada

- **Características de Asertividad**

La investigadora señala que el sujeto asertivo está seguro de sí mismo y se maneja adecuadamente en sus relaciones interpersonales, es espontaneo, capaz de influenciar y guiar a otros, antes de sus acciones, analiza el contexto que le rodea, interioriza y luego observa su entorno, medita las consecuencias de sus acciones. Es importante mencionar como la asertividad puede repercutir en el autoreforzamiento del ser, dado que al expresar

sus ideas, hacer valer sus derechos y a través de su acción asertiva permite que obtengamos resultados, es decir, se cumplen objetivos.

Para Lazarus (1973), la conducta asertiva se define en términos de sus componentes, que pueden dividirse en cuatro patrones característicos específicos: la habilidad de decir "no", la habilidad para pedir favores y hacer demandas, para expresar sentimientos positivos y negativos y para iniciar, continuar y terminar conversaciones generales. Estas cuatro dimensiones conductuales pueden ser independientes unas de las otras, de modo que la aplicación de una de ellas no influye en las demás. No obstante se podrían citar otro tipo de características (Gambrill & Riche, 1975).

- Rechazo de peticiones
- Expresión de limitaciones personales
- Iniciación de contactos sociales
- Expresión de pensamientos positivos
- Manejo de las críticas
- Diferir con los demás
- Aserción en situaciones de servicio
- Dar retroalimentación negativa

El individuo asertivo suele defenderse bien de sus relaciones interpersonales. Esta satisfechos con su vida social y tiene confianza en si mismo para cambiar cuando necesite hacerlo Para ser asertivo es fundamental darse cuenta de si mismo y del contexto que lo rodea, el darse cuenta de uno mismo radica en preocuparse primero por lo que un mismo desea y después los las necesidades de los demás. También es necesario conocer las probables consecuencias de un comportamiento y asumirlas si se escoge actuar de cierto modo. El individuo asertivo es expresivo, espontaneo seguro y capaz de influencias a los otros. (Galassi y cols, 1974).

Alberti & Emmons (1978), El individuo que es asertivo está totalmente a cargo de sí mismo en las relaciones interpersonales, se siente capaz sin engreimiento u hostilidad alguna, es básicamente espontáneo en la expresión de sus sentimientos opiniones y generalmente es considerado y admirado por los otros.

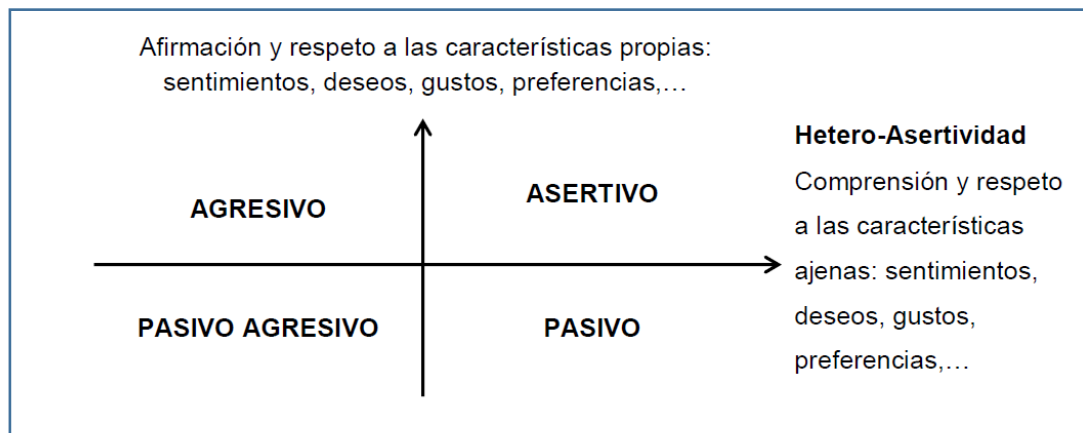
Los criterios de asertividad radican en la honestidad y contenido de la respuesta que se emita frente a una acción (Salter, 1949).

- Tipos de Comportamiento

García y Magaz (1992), las personas que tienen una buena competencia social, suelen mostrar un comportamiento asertivo. Hay quien considera que asertividad y habilidades sociales son términos sinónimos. Sin embargo, si se contempla la asertividad como la competencia que reúne las conductas y pensamientos que permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido, se puede afirmar que es una competencia que complementa el resto de dichas habilidades.

Los mismos autores plantean la necesidad de establecer dos nuevos constructos: La Auto-Asertividad que hace referencia al respeto de los derechos y valores propios, mientras que la Hetero-Asertividad al respeto de los derechos y valores de los demás. Teniendo en cuenta estos dos constructos, los autores caracterizan cuatro estilos habituales de interacción social: asertivo, pasivo, agresivo y pasivo-agresivo.

#### Auto- Asertividad



**Gráfico N.- 01:** Auto-Asertividad

**Fuente:** García Pérez, E.M. y Magaz, A

**Elaborado por:** García & Magaz (1992)



## **A. Comportamiento Asertivo:**

Hidalgo & Abarca (1990), mencionan que la persona asertiva expresa pensamientos, sentimientos y necesidades, con sinceridad y sin ambages, a la vez que respeta los pensamientos, sentimientos y necesidades de los demás. Ser asertivo significa ser capaz, cuando conviene, de hablar sinceramente acerca de los propios pensamientos, sentimientos y necesidades, al tiempo que se toman en consideración los de los demás. Aunque no se consiga lo que se quiere, tener el valor de reclamarlo nos hace sentir mucho mejor. El proceso nos convierte en personas más plenas y felices.

El comportamiento asertivo supone afrontar las relaciones interpersonales de un modo abierto y directo. Nos permite tratar los conflictos abiertamente para que el proceso de comunicación pueda continuar. Utilicemos afirmaciones, como: "Esa es mi opinión", "Así es como me siento", o "eso es lo que pienso". Lo que hace a la persona sentirse bien. La persona que posee un comportamiento asertivo es equilibrada. Se acepta a sí misma. Y acepta a los demás. Es socialmente positiva. Y contribuye a la armonía del equipo.

### **1. Expresiones no verbales:**

- Contacto ocular firme, ni fijo o derrumbante
- Postura relajada
- Afirmación mediante movimientos corporales
- Apreciaciones de aceptación

### **2. Patrones de Pensamiento**

- Es honesto, expresa pensamientos e ideas libremente
- Utiliza el tono de voz acorde a cada situación
- Elige por sí mismo es empático, evalúa y actúa
- Ejerce sus derechos personales y respeta los de los demás
- Usa palabras objetivas

### **3. Sentimientos/Emociones.**

- Confiado, relajado
- Sentimientos positivos sobre sí mismo y los demás

- Autoafirmación, valoración, autoestima
- Reciprocidad

#### 4. **Consecuencias**

- Defiende sus derechos de manera equitativa sin ser arbitrario con los de las personas que lo rodean
- Posibilidad de expresar su desacuerdo de manera lógica y ordenada
- Capacidad de aceptar y manejar críticas
- Resolución de problemas empleando decisiones acertadas de acuerdo a cada circunstancia que se le presente
- Analiza consecuencias de sus actos y las asume

#### **B. Comportamiento Pasivo:**

Coromac (2014), actuar de manera condescendiente o pasiva supone no expresar las propias necesidades, los pensamientos y sentimientos. Implica ignorar los derechos propios para permitir que los demás impongan sus deseos. El comportamiento condescendiente o pasivo, no permite expresarse con honradez, de forma clara y directa. Acaba por generar agresividad contra sí mismo, porque no se está consiguiendo lo que se desea. Y, sobre todo, porque se percibe falta de respeto, tanto del otro como de uno mismo. Se acepta un daño para evitar un presunto problema. De modo más o menos consciente, el individuo percibe que se le está tratando mal; pero no se atreve a hacer nada para evitarlo.

Si se actúa sistemáticamente de un modo pasivo, las experiencias negativas tienden a destruir la autoestima y la confianza en sí misma de la persona, que llega a perder el respeto a sí misma. Como consecuencia, los superiores pueden acabar por ignorarte o tratar de modo demasiado autoritario. Y los compañeros, tenderán a abusar.

Mayer-Sipeers (1996), Señalan:

#### 5. **Expresiones no verbales:**

- Tono de voz bajo y blando.
- Habla monótona y vacilante.

- Retorcerse las manos.
- Retroceder cuando se le hace una observación asertiva.
- Cubrirse la boca con la mano.
- Contacto ocular evasivo.
- Habla con carraspeos.
- Aferrarse a la otra persona.
- Hombros encogido y encorvados
- Gestos nerviosos que distraen al oyente

## **6. Patrones de Pensamiento**

- Se considera que así evita malestar u ofender a los demás
- “Lo que yo sienta, piense o desee no importa. Importa lo que tu sientas, pienses y desees”.
- Su especifica hace alusión a que el sujeto debe ser querido y apreciado por todas las personas que lo ronda

## **7. Sentimientos/Emociones.**

- Importancia. Mucha energía mental, no la externaliza
- Frecuentes sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, deshonestidad emocional
- Muchas veces pueden sentirse agresivos hostiles frustrados pero no lo demuestran a los demás ni ante si mismos

## **8. Consecuencias**

- Pérdida de autoestima
- Perdida de aprecio a las demás personas, falta de respeto a los demás, aunque no lo hagan evidente

## **C. Comportamiento Agresivo:**

Mayer-Sipeers (1996), si la persona expresa sus necesidades, sus pensamientos y sus sentimientos de un modo que humille o someta a los demás, o que ignore los derechos

de éstos, está actuando agresivamente. Se están expresando los sentimientos y deseos, pero de una manera negativa u hostil. Igualmente, si el líder es manipulador, está actuando agresivamente. Lo más probable es que provoque en los demás confusión, desconfianza o resentimiento. El comportamiento agresivo intenta humillar o dominar a la otra persona, física o emocionalmente. La persona agresiva siempre trata de quedar por encima de la otra persona.

### **1. Expresiones no verbales**

- Voz estridente o sarcástica y/o condenatoria.
- Contacto ocular dominador y derrumbaste.
- Gestos corporales paternalistas, con excesivo señalamiento con el dedo
- Tendencia al contra ataque

### **2. Patrones de Pensamiento**

- Se preocupa únicamente por si mismo y por lo que piense o sientan los demás
- Sitúa todo en términos de ganar o perder
- Pude darse la creencia de que hay gente mala que debe ser castigada, detesta que las cosas n salgan según su conveniencia y beneficio

### **3. Emociones/Sentimientos**

- Ansiedad creciente
- Soledad sensación de incomprensión, culpa, frustración
- Sensación de perder el control
- Enfado cada vez más constante, que se extiende hacia mas circunstancias y más personas

### **4. Consecuencias:**

- Generalmente rechazo o huida por parte de los demás
- Conducta ciclo vicioso por forzar a los demás a ser cada vez más hostiles y así aumentar u propia agresividad

- **Tipos de Respuesta Asertiva**

### **1. Asertividad positiva**

Oblitas (2010), la asertividad positiva consiste simplemente en expresar, con frases adecuadas y en el momento preciso, algo positivo de otra persona. Esto abarca desde "te sienta bien tu nuevo peinado" hasta "me gustó mucho lo que dijiste el otro día".

### **2. Respuesta asertiva elemental**

El autor citado en el párrafo anterior considera una expresión llana y simple de los propios intereses y derechos. Las típicas situaciones en las que es necesario utilizar esta forma básica de respuesta asertiva son interrupciones, descalificaciones, desvalorizaciones, etc. Siempre que nos sintamos, de alguna manera, "pisados" por otro u otros. Cada persona deberá encontrar el tipo de frases con las que se sienta más cómodo para expresar que no tolera ser pasado por alto y que tiene unos derechos. Lo importante es que lo que se diga se haga en un tono de voz firme y claro, pero no agresivo.

Típicos ejemplos de respuesta elemental serían: "No he terminado de hablar y quisiera hacerlo"; "por favor, no insistas, te he dicho que no puedo"; "¿me permites hablar un momento? No lo he hecho hasta ahora"; "no me grites, yo tampoco lo estoy haciendo", etc.

### **3. Respuesta asertiva con conocimiento (o asertividad empática)**

Oblitas (2010), planteamiento inicial que transmite el reconocimiento hacia la otra persona y un planteamiento posterior sobre nuestros derechos e intereses. Este tipo de respuesta se suele utilizar cuando, por la razón que sea, nos interesa especialmente que la otra persona no se sienta herida, pero tampoco queremos ser pasados por alto nosotros. Es una buena forma de parar un ataque agresivo ya que lo que hacemos es ponernos primero en el lugar del otro, "comprendiéndole" a él y sus razones, para, después, reivindicar que nosotros también tenemos derechos.

La respuesta sigue el esquema: "Entiendo que tú hagas..., y tienes derecho a ello, pero...". Ejemplos serían: "entiendo que andes mal de tiempo y no me puedas devolver mis apuntes, pero es que los necesito urgentemente para mañana"; "comprendo perfectamente tus razones, y desde tu punto de vista tienes razón, pero ponte en mi piel e intenta entenderme"; "entiendo que ahora no quieras acompañarme a la fiesta y, por lo que me dices, tienes derecho a ello, pero yo lo tenía ya todo preparado para ir", etc.

#### 4. **Respuesta asertiva ascendente (o asertividad escalonada)**

Méndez (2011), elevación gradual de la firmeza de la respuesta asertiva. Más que una forma de respuesta es una pauta de comportamiento. Cuando la otra persona no se da por aludida ante nuestros intentos de asertividad e intenta una y otra vez ignorarnos a nosotros y nuestros derechos, se hace necesario no "achantarnos y ceder terreno por no insistir"; sino aumentar escalonadamente y con paciencia la firmeza de nuestra respuesta inicial. Por ejemplo: "por favor, no me interrumpas" - "Te pedí antes que no me interrumpieras. Me gustaría terminar lo que quería decir" - "Mira, ¿podrías no interrumpirme? - ¡No puedo hablar!" - "Vamos a ver ¿puedo terminar de hablar o no me vas a dejar? -, etc. En este punto conviene aclarar una duda que mucha gente se plantea: ¿qué ocurre si nos encontramos con una persona que, por muy asertivo que uno sea, no responde a nuestros intentos de asertividad y nos pisa constantemente o es agresivo? La respuesta es muy clara: nosotros sólo podemos influir en la conducta de los demás hasta un cierto límite. Más allá de ese límite, el problema ya no es nuestro, sino del otro.

#### 5. **Asertividad subjetiva**

- Descripción, sin condenar, del comportamiento del otro
- Descripción objetiva del efecto del comportamiento del otro
- Descripción de los propios sentimientos
- Expresión de lo que se quiere del otro
- 

Portillo (2001), este tipo de respuesta se utiliza en los casos en los que tenemos claro que el otro no ha querido agredirnos conscientemente. Es un tipo de respuesta muy hábil, ya que, bien aplicada, la persona a quien le digamos dicha respuesta no podrá decir nunca que la hemos agredido. Es mucho más efectivo exponer cómo algo que hace otra persona nos afecta, que atacar al otro y echarle la culpa de lo que nos hace. Esta forma de respuesta asertiva se presta a ser aplicada en situaciones de pareja, ante contrariedades por parte de algún amigo, etc. Se utiliza, sobre todo, para aclarar situaciones que se vienen repitiendo desde hace un tiempo. El esquema de respuesta sería:

- "Cuando tú haces..."
- "El resultado es que yo..."
- "Entonces, yo me siento..."
- "Preferiría..."

## 6. Respuesta asertiva frente a la no-asertividad o la agresividad.

- Hacerle ver a la otra persona cómo se está comportando
- Mostrarle cómo podría comportarse asertivamente.

Esta respuesta se utiliza sobre todo, como defensa ante ataques agresivos, pero también se puede aplicar para aclarar dudas ante una persona que no es asertiva. Consiste, simplemente, en salirnos del contenido de lo que estamos hablando, y reflejar a la otra persona cómo se está comportando y cómo su conducta está frenando una comunicación asertiva. Ejemplos podrían ser: "Veo que estás enfadado y no me escuchas. ¿Por qué no te paras un momento y oyes lo que te quiero decir?"; "Así no estamos llegando a ninguna parte. Yo creo que deberíamos hacer turnos para hablar, pero sin atacarnos"; "Como no me dices nada, me siento un poco confundida. ¿No podrías aclararme un poco lo que quieres decir?", etc.

### • Derechos y Principios Asertivos

Jakubowski & Lange (1978), el empleo de habilidades asertivas resulta fundamental y necesario sobre todo situaciones problemáticas y conflictivas. La asertividad hace referencia a la habilidad específica relacionada con la capacidad de autoafirmación y de defensa de derechos personales. Un derecho Humano básico en el contexto de la asertividad es el ser (p. ej. Ser independiente), tener (p. ej. Tener sentimientos opiniones propios) y hacer p. ej. Pedir lo que se quiere en virtud de su existencia como seres humanos

Caballo (1993) derechos asertivos

- El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva - incluso si la otra persona se siente herida -, mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirte culpable o egoísta.
- El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
- El derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
- El derecho a cambiar de opinión.
- El derecho a pedir lo que quieres (dándote cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir que no).

- El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
- El derecho a ser independiente.
- El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
- El derecho a pedir información.
- El derecho a cometer errores - y a ser responsable de ellos -.
- El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
- El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
- El derecho a tener opiniones y expresarlas.
- El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses - siempre que no violes los derechos de los demás -.
- El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
- El derecho a obtener aquello por lo que pagas.
- El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
- El derecho a tener derechos y defenderlos.
- El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio.
- El derecho a estar solo cuando así lo escojas.
- El derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de alguna otra persona.

- **Principios Asertivos**

Según Bishop (2000), Encontramos seis principios propuestos por que pueden resultar útiles para ser empleados en cualquier ocasión y con cualquier receptor. Sin embargo, lo importante no es sólo la comunicación verbal, la comunicación paralingüística y la no-verbal representan también su papel en la comunicación asertiva.

1. **Sea directo**

Diga lo que siente o piensa; no dé nada por evidente cuando hable. Cuando la interacción comunicativa se produce con personas cercanas al entorno social, se supone que tienen



que conocer lo que queremos, sentimos, pensamos, etc. Es cierto que en ocasiones los demás pueden tener una idea aproximada de lo que ocurre, pero a menos que se diga directamente no pueden saber qué es lo que siente o piensa. Ejemplo, "Hoy me ha molestado que digas ...." o "Yo estoy incómodo cada vez que haces ....".

## **2. Enfrentese al problema, no a la persona**

Existe una clara diferencia entre centrarse en el problema o centrarse en la persona. Veamos un ejemplo: "¿Es que no eres capaz de organizarte?" y "Por favor, me gustaría que pusieras orden en esta mesa". La primera implica un defecto en la forma de ser de la persona; la segunda, plantea una solución a un problema.

## **3. Trate lo específico y no generalice**

Sea específico a la hora de comentar un problema, no acuse, establezca los hechos. Por ejemplo, "Todo lo haces mal" en vez de "¿Por qué te ha salido mal hoy ....?".

## **4. No pida disculpas más de lo necesario**

Siendo asertivo es suficiente con disculparse una vez. Existe la tendencia de pedir disculpa a todos y por todo y, sobre todo, sin sentirlo sinceramente. Ejemplo: "Cuánto lo siento, de verdad, pero no puedo trabajar esta noche" o "Tengo otro compromiso; así que no puedo trabajar esta noche".

## **5. No dé excesivas explicaciones**

Una breve explicación puede suavizar una reclamación, un rechazo o una afirmación, que sin ella serían bruscos. Sin embargo, no conviene pasarse dando explicaciones; podría tener un efecto contrario. Veamos un ejemplo: "De verdad, que te ayudaría, tú sabes que eres importante para mí, pero ... no es que no quiera hacerlo, tú sabes que yo siempre te he ayudado. Además, la tarea me gusta, y ya la he hecho otras veces, pero es que estoy muy ocupado, y tú lo sabes" o "En estos momentos estoy ocupado, no obstante, a partir de mañana estoy libre ¿qué te parece entonces?".

## **6. Hágase responsable de sus mensajes**

Tenga seguridad en sí mismo haciéndose responsable de los mensajes utilizando la primera persona. "Dicen que sería una buena idea ..." o "Yo pienso que sería una buena idea ...". La segunda afirmación da al interlocutor la oportunidad de aceptar o rechazar la propuesta, al mismo tiempo, deja espacio para que de su opinión de forma concreta. Además, muestra seguridad en lo que se dice.

### 2.3. Definición de Términos

**Ansiedad:** Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad ( Alférez 2011)

**Ansiedad Normal:** definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza( Cano – Vindel, & Miguel – Tobal 2001)

**Ansiedad patológica:** es un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión, o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo (Cano & Miguel 2001)

**Habilidades Sociales:** Las habilidades sociales (a veces designada como competencia social) no tiene una definición única y determinada, puesto que existe una confusión conceptual a este respecto, ya que no hay consenso por parte de la comunidad científico-social; sin embargo, esto puede ser definido según sus principales características, y éstas señalan que las habilidades sociales son un conjunto de conductas aprendidas de forma natural (y que por tanto pueden ser enseñadas), que se manifiestan en situaciones interpersonales, socialmente aceptadas (ello implica tener en cuenta normas sociales y normas legales del contexto sociocultural en el que se actúa, así como criterios morales), y orientadas a la obtención de reforzamientos ambientales (refuerzos sociales) o auto-refuerzo (Zurita, A & otros 2000)

**Asertividad:** se sitúa en un punto intermedio entre otras dos conductas polares: la pasividad que consiste en permitir que terceros decidan por nosotros, o pasen por alto nuestras ideas, por otro lado tenemos la agresividad que se presenta cuando no somos capaces de ser objetivos y respetar las ideas de los demás. Suele definirse como un

comportamiento comunicacional en el cual la persona no agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos (Zurita, A & otros 2000).

#### **2.4. Sistema de Hipótesis**

H0= Los Niveles de Ansiedad **no** influyen y en la Asertividad de los estudiantes del Colegio Particular Bautista.

H1= Los Niveles de Ansiedad influyen en la Asertividad de los Estudiantes del Colegio Particular Bautista

#### **2.5. Señalamiento de Variables**

Variable Independiente: Ansiedad

Variable Dependiente: Asertividad

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Nivel de investigación**

El presente estudio aborda el nivel exploratorio, debido a que una vez determinada la problemática de los niveles de ansiedad y asertividad de los estudiantes del Colegio Particular Bautista se procederá a detectar los factores determinantes de un comportamiento asertivo frente al evento estresante.

Además conllevó a una asociación de ambas variables, ya que permite afirmar que la influencia de los niveles de ansiedad intervienen en la asertividad de los estudiantes del Colegio Particular Bautista.

Por otro lado alcanzó el nivel descriptivo ya que durante la investigación se empleó parámetros de la realidad actual, metodología y énfasis en el análisis, tomando en cuenta un grupo poblacional específico para comparar si la asertividad disminuye los niveles de ansiedad.

#### **3.2 Diseño**

La investigación realizada es de campo ya que se pretende efectuar directamente en el lugar donde acontecen los hechos que dan pie a la problemática de los niveles de ansiedad y asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista que se evidencian actualmente.

De la misma forma esta se elaboró mediante el empleo de bibliografía relacionada a la problemática en cuestión, con la utilización previa, de fuentes primarias y secundarias

como libros, documentos, artículos de revistas, periódicos para su efecto y como soporte del marco teórico (bibliográfica y revisión científica).

### 3.3 Población y Muestra

#### 3.3.1. Población

Herrera. E. Medina. F y Naranjo. G. (2006), la población es la totalidad del universo de elementos que comparten una cierta característica o necesidad dentro de un área ya delimitada con anterioridad para su estudio. En la presente investigación se asume como población a los estudiantes del Colegio Particular Bautista de Noveno año a Tercero de Bachillerato. La población de la institución está dispuesta de la siguiente manera:

Índice Poblacional del Colegio Particular Bautista

| Año                     | Hombres   | Mujeres   | Total      |
|-------------------------|-----------|-----------|------------|
| Noveno Año              | 21        | 17        | 38         |
| Décimo Año              | 15        | 13        | 28         |
| Primero de Bachillerato | 22        | 14        | 36         |
| Segundo de Bachillerato | 18        | 12        | 30         |
| Tercero de Bachillerato | 19        | 15        | 34         |
| <b>TOTAL</b>            | <b>95</b> | <b>71</b> | <b>166</b> |

**Tabla N 02:** Índice Poblacional del Colegio Particular Bautista

**Fuente:** Niveles de Ansiedad y Asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista

**Elaborador por:** Vinuesa T ( 2015)

#### 3.3.2. Muestra

Cuando dentro de una investigación la población de estudio es numerosa conlleva varia implementación de recursos temporales, humanos, económicos, todo esto dificulta el desempeño de la investigación es por ello que se extrae un pequeño porcentaje de la población a la cual aplicar el instrumento (encuesta entrevista test u otros) llamado muestreo. La técnica que se emplea para obtener el mejor resultado en el menor tiempo

posible y con mayor eficacia, y que la muestra refleje las características del universo estudiado. (Herrera, Medina & Naranjo 2008).

$$n = \frac{PQ \times N}{(N-1) \left[ \frac{e^2}{k^2} \right] + PQ}$$

### Simbología:

- N= tamaño de la muestra
- PQ= Población de ocurrencia (0,25)
- N= Universo de estudio
- E= Error de muestreo (5% = 0,05)
- K= Coeficiente de corrección (1,96)

### Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{0,25 \times 166}{(166-1) \left[ \frac{0,05^2}{1,96^2} \right] + 0,25}$$

$$n = \frac{41,5}{(165) \left[ 6,50 \right] + 0,25}$$

$$n = \frac{41,5}{0,36}$$

$$n = 116$$

Una vez que se ha determinado el proceso a seguir para obtener un pequeño porcentaje del universo se efectúa la aplicación de la fórmula, para así establecer el número de individuos a encuestar en el muestreo basado en los datos que aparecen dentro de la tabla número 02. Se determina entonces que la muestra estimada de individuos a ser investigada para fijar sus características preferenciales es de 116 estudiantes del Colegio Particular Bautista, de los cuales el 68,9 % son hombres (80 varones) y el 31,1% son mujeres (26 mujeres).

### 3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos

#### Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

##### Identificación

- **Nombre Original:** Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)
- **Autor:** Hamilton. M
- **Versiones:** Versión reducida (CAS), versión computarizada, versión en video
- **Año:** 1986

##### Descripción

- **Tipo de Instrumento:** Escala de Observación
- **Objetivos:** Permite determinar el grado de ansiedad global del paciente
- **Población:** Población general
- **Número de Ítems:** 14; escala compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos y uno referido al comportamiento durante la entrevista

##### Aplicación

- **Tiempo de Administración:** 15-30 minutos
- **Normas de Aplicación:** el terapeuta debe evaluar la conducta que ha tenido la persona durante la entrevista en una escala de 0(ausencia de síntomas) a 4 (ansiedad máxima).
- **Corrección e Interpretación:** Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento La puntuación (suma de las puntuaciones de los ítems) oscila entre 0

y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona.

- **Momento de Aplicación:** evaluación, pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.

### **Propiedades Psicométricas**

- **Fiabilidad:** Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ( $r = 0,96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r = 0,64$ ).
- **Validez:** La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi 18, 19 ( $r = 0,63 - 0,75$ ) y con el Inventario de Ansiedad de Beck 20 ( $r = 0,56$ ). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos<sup>11</sup> (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton 21, 22 ( $r = 0,62-0,73$ ). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

### **Escala de Ansiedad de Rathus**

#### **Identificación**

- **Nombre:** Escala de Asertividad
- **Nombre Original:** Assertiveness Schedule (RAS)
- **Autores:** Rathus
- **Adaptación Española:** Carrasco, J., Clemente, M. y Llavona, L
- **Año:** 1984

#### **Descripción**

- **Tipo de Instrumento:** Cuestionario
- **Objetivo:** Medir el cambio conseguido en los programas de asertividad
- **Población:** General
- **Número de Ítems:** 30



## Aplicación

- **Tiempo de Administración:** 10-15 minutos
- **Normas de Aplicación:** El sujeto debe contestar hasta qué punto la información que contiene cada ítem es característica de él mismo, según una escala de 6 respuestas que va de muy característico hasta muy poco característico.
- **Corrección e Interpretación:** La puntuación total se obtiene sumando los códigos numéricos de cada ítem. Debe marcarse el signo de los ítems marcados con un asterisco. La puntuación oscila entre -90 y 90, siendo mayor cuanto mayor es la asertividad.
- **Momento de Aplicación:** Evaluación, pre-tratamiento, y evaluación post-tratamiento, seguimiento.

## Propiedades Psicométricas

- **Fiabilidad:** muestra una fiabilidad de test re-test moderada-alta, después de un intervalo de 8 semanas en una población de 68 sujetos:  $r = 0,7782$ , siendo  $p$  inferior a 0,01. La consistencia interna del instrumento analiza a través del método de las dos mitades (correlación entre puntuaciones pares e impares) fue de 0,7723, siendo  $p$  inferior a 0,01 indicando la homogeneidad moderada alta.
- **Validez:** La correlación entre las puntuaciones en el RAS de 47 sujetos y las puntuaciones que les otorgaban en asertividad a esos mismos dos evaluadores independientes fue de 0,704, reflejando una validez alta en estos términos.

### 3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Una vez recolectada la información, se tendrá clara la problemática trazada. Lo siguiente es procesar la información, analizar e interpretar la información.

Las actividades que se realizaron en el desarrollo de esta investigación se detallan a continuación:

- Selección del tema
- Establecer contacto con la institución donde se realizó el estudio
- Entrega de documentación solicitando la autorización pertinente
- Aprobación por parte de la universidad para ejecutar el proyecto
- Elaboración de proyecto investigativo

- Aplicación de los instrumentos de valuación
- Revisión en forma crítica de la información recolectada con los instrumentos
- Obtención de los resultados de los instrumentos aplicados
- Calificación de los resultados en la aplicación de los instrumentos
- Tabulación de los resultados
- Representación gráfica de los resultados
- Analizar los resultados, haciendo énfasis a tendencias establecidas en los objetivos propuestos
- Interpretar los resultados con el apoyo de la investigación contenida dentro del marco teórico
- Establecer conclusiones
- Proponer recomendaciones

## **CAPÍTULO IV**

### **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

#### **4.1. Recursos**

##### **4.1.1. Recursos Institucionales**

- La Universidad Técnica de Ambato (UTA) como medio de revisión y aprobación del proyecto investigativo.

##### **4.1.2. Recursos Humanos**

- La investigadora: la persona que propone, desarrolla e investiga acerca de la problemática.
- Asistentes de Investigación: para el desarrollo del proceso investigativo, revisión y aprobación del proyecto.

##### **4.1.3. Recursos Materiales**

- Los recursos básicos son los accesorios de oficina como cuadernos lápices, esferos, borrado, toda la papelería necesaria para hacer anotaiones manuales
- Hojas de Papel bond para impresiones.
- Revistas, periódicos, libros adquiridos que sirven como apoyo y esencia
- Como recursos materiales se debe tomar en cuenta también el uso permanente de internet para consultas.
- Los elementos tecnológicos como la computadora, Tablet o teléfono celular fueron necesarios para reflejar la información digital asi como para el desarrollo del proyecto de investigación.

- Las diversas impresiones en blanco negro y color para la presentación de avances y correcciones.

#### 4.1.4. Económicos

| PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACION |                           |           |          |
|---------------------------------|---------------------------|-----------|----------|
| Cant                            | Detalle                   | V. Unidad | V. Total |
| 90                              | Internet (hora)           | 1,00      | 90,00    |
| 165                             | Uso de Computadora (hora) | 0,80      | 132,00   |
| 1                               | Flash Memory              | 10,00     | 10,00    |
| 3                               | Esfero                    | 0,35      | 1,05     |
| 2                               | Lápiz                     | 0,75      | 1,50     |
| 2                               | Borrador                  | 0,25      | 0,50     |
| 100                             | Hojas de papel bond       | 0,10      | 10,00    |
| 52                              | Copias                    | 0,05      | 2,60     |
| 240                             | Impresión b/n             | 0,10      | 24,00    |
| 1                               | Empastado                 | 25,00     | 25,00    |

**Tabla N.- 03:** Presupuesto de la Investigación

**Fuente:** Niveles de Ansiedad y Asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista

**Elaborado por:** Vinueza T (2015)

#### 4.2. Cronograma de Actividades

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES                         |       |      |       |       |        |
|---------------------------------------------------|-------|------|-------|-------|--------|
| ACTIVIDADES                                       | MESES |      |       |       |        |
|                                                   | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO |
| Aprobacion del Tema del Proyecto de Investigacion |       |      |       |       |        |
| Revisicion Bibliografica                          |       |      |       |       |        |
| Desarrollo del Marco Teorico                      |       |      |       |       |        |
| Definicion del Marco Meotodologico                |       |      |       |       |        |
| Finalizacion del Proyecto                         |       |      |       |       |        |

**Tabla N.- 04:** Cronograma de Actividades

**Fuente:** Niveles de Ansiedad y Asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista

**Elaborado por:** Tatiana Vinueza

## Bibliografía

- Alberti, R. & Emmons, M. (1978). *Your perfect Right: A Guide to Assertive Behavior*. San Luis Obispo, California: Editorial Impact Publishers.
- Alberti, R. (1977). *Comments on Differentiating assertion and agresión: Some behavioral guidelines. Behavior Therapy*. San Luis Obispo, California: Editorial Impact Publishers
- Alfárez, I. (2011). *Trastornos de ansiedad en la población adulta que consulta la unidad de salud las flores, en el departamento de Chalatenago, enero a diciembre 2001*. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Nicaragua.
- Almonte, V. Monte, S. & Correa, D. (2009). *Psicopatología Infantil y de Adolescencia*. Chile. Editorial Mediterráneo Chile.
- Akiskal, H. S. (1985). Anxiety: definition, relationship to depression and proposal for an integrative model. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ávarez, E. Gastó, C. & Roca, M. (2008). *Sintomatología ansiosa en atención primaria*. Barcelona España. Editorial ICG Marger. SL.
- Baeza, J. Balaguer, G. Belchi, I. Coronas, M. & Guillamón, N. (2008). *Igiene y prevención de la ansiedad*. Españ. Editorial Diaz de Santos.
- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción*. Barcelona. Editorial Martínez Roca
- Beck, A.; Emery, G., y Grenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books
- Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. McGraw Hill: México.
- Belloch, A., & Baños, R. (1986). Clasificación y categorización en psicopatología. In A. Belloch & P. Barreto (Dir.), *Psicología clínica: Trastornos biopsicosociales* (pp. 1-48). Valencia, España: Promolibro.
- Bishop, S. (2000). *Desarrolle su asertividad*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid. Editorial Siglo Veintiuno.

- Caballo, V. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia. Editorial Promolibro.
- Cano – Vindel, A. & Miguel – Tobal, J. (2001). Emoción y salud. *Ansiedad y estrés*, 7, 2- 3, 111-121. México. Promolibro
- Coderch, J. (2004). Las fobias como respuesta a la ansiedad. *Temas de psicoanálisis*, Vol. 8 y 9, 165-179. Sociedad Española de Psicoanálisis, Grupo de Andalucía.
- Cordero, J. (2011). *Prevalencia de la ansiedad, depresión y alcoholismo en estudiantes de medicina*. (Tesis de maestría). Universidad de Azuay
- Coromac, M. (2014). *Estrategias de asertividad como herramientas para la transformación del conflicto en el aula*. (Tesis de Maestría). Universidad de las Américas
- Cubero, M. & Santamaría, A. (1999). *Psicología cultural: una aproximación conceptual e histórica al encuentro entre mente y cultura*. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Barcelona España. Editorial Gráficas
- Endler, N. S. & Magnusson, D. (1976). *Interactional psychology and personality*. Washington, DC: Hemisphere Publishing.
- Endler, N. S. & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-129. Washington, DC: Hemisphere Publishing.
- Fernández, J. (1999). *Las habilidades sociales en el contexto de la psicología clínica*. Chile. Editorial Setur
- Flores, G. Díaz, P. (2009). *Manual de la Escala Multidimensional de Asertividad*. Buenos Aires. Editorial San Martín
- Figuroa, J. (2012). *Análisis exploratorio-descriptivo sobre asertividad en la población de colegios municipalizados en la provincia de Ñuble*. (Tesis de Maestría). Universidad de Bio Bio.
- Freire, D. (2014). *La ansiedad y su efecto en los trastornos de tartamudez infantil en los niños de la escuela rural Eugenio espejo del cantón Pelileo*. (Tesis de Pres grado). Universidad Técnica de Ambato.

- Galassi, J. Dello, J. & Bastien, S. (1976). *The collage self expression scale: A measure of assertiveness*. California. Editorial Berbarier
- Gambrill, E. Richey, C. (1975). *An assertion inventory for use in assesment and research*. California. Editorial M.h. s
- García, E. & Magaz A. (1992). *Autoinformes de actitudes y valores en las interacciones sociales*. Buenos Aires . Editorial ALBOR-COHS.
- Gismero, E. (2000). *Manual de la escala de habilidades sociales*. España: Editorial TEA.
- Goldman, H. (2001). *Psiquiatría General*. Mexico DF. Editorial El Manual Moderno.
- Guachilema, E. (2001). *La ansiedad y su incidencia en el déficit asertivo en estudiantes de primer y segundo semestre de la Carrerar de Psicología Clínica de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato durante el periodo Junio-Diciembre 2000*. (Tesis de Pre grado). Universidad Técnica de Ambato.
- Hidalgo, C. & Abarca, N. (1990). *Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios*. Chile. Editorial Grafics
- Hull, C. L. (1921). Quantitative aspects of the evolution of concepts: An experimental study. Cansas. Psychological Monographs, 28, 123.
- Jakubowski, P. & Lange, S. (1978). *The Assertive Option: Your Rights and Responsibilities*. Research Press Company. Madrid. Edirorial H.J.U.K
- Kelley, C. (1979). *Assertion training: A facilitator's guide*. San Diego, California: Editorial University Associates.
- Kohut, H. (1984/1986). *¿Cómo Cura el Análisis?* Buenos Aires, Paidós. Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la prácticac clínica*, 3ra edición. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. Research in psychotherapy, 3, 90-102. Dallas. TCW
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós. Buenos Aires
- Lazarus, A. (1973). *On assertive behavior: A bief note*. Behavior Therapy. San Luis Obispo, California: Editorial Impact Publishers.
- Mayer, O. (1996). *La asertividad, expresión de una sana autoestima*. Bilbao España. Editorial Descleé de Brouwer

- Monjas, I. (2004). *Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia*. México. Editorial A.M.G.L
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Mexico DF. Editorial Cengage Learning S. A.
- Portillo, M. (2001). *Habilidades sociales y competencia comunicativa en la escuela*. México. Editorial Estrella
- Pintrich, P., Smith, D., García, T. y Mc Keachie, W. (1991) *A Manual for the use of the Motivated Strategies for Learning Questionnaire (MSLQ)*. Whashington D.C National Center
- Rains, D. (2004). *Principios de neuropsicología humana*. México: McGraw-Hill.
- Riso, W. (2002). *Cuestión de dignidad*. Bogotá Colombia. Editorial Norma.
- Rodríguez, R. (2012). *Eficacia en un taller de técnicas asertivas de comunicación en adolescentes del colegio San Gregorio*. (Tesis de Maestría). Universidad Rafael Landivar.
- Salter, A. (1949). *Conditional Relax Therapy*. New York. Editorial Searus and Giroux
- Sedena, A. & Semar, M. (2011). *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. México. Editorial el Manual moderno
- Spielberger, C. (1979). *Tensión y ansiedad*. México: Harla S.A.
- Sue, D. (1996). *Comportamiento anormal.. Principios de neurología*. México: McGraw-Hill.
- Tobar, J. (1990). La ansiedad. In J. L. Pinillos & J. Mayor (Eds.), *Tratado de psicología general: Motivación y emoción* (pp. 309-344). Madrid: Alhambra.
- Trianes, M. (1996). *Educación y competencia social. Un programa en el aula*. Málaga. Editorial Aljibe.
- Vallejo, J. & Gastó, C. (1999). *Trastornos afectivos; ansiedad y depresión*. Barcelona España. Editorial Gráficas.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Madrid. Editorial Pablo del Río.
- Zurita, A & otros. (2000). *Enciclopedia de la Psicología*. Barcelona España. Editorial Grupo Océano.



## Linkografía

- Bonet, L. (2001). *Relaciones Interpersonales*. Recuperado de: <http://www.down21.org/7actsocial/relaciones/definicion-clasificacion.htm>.
- Cano, A. & Miguel, J. (2001). *Emociones y salud. Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121. Recuperado el 6 de marzo de 2011, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/8652/>.
- Del Pozo, A. (2006). *Trastornos de la Conducta*. Recuperado de: <https://crisuki.files.wordpress.com/2009/10/tema-101.pdf>
- Iglesias, R. (2013). Diferencias entre ansiedad normal y ansiedad patológica. Recuperado de: <http://psicologiamotivacional.com/que-es-la-ansiedad-diferencias-ansiedad-normal-patologica/>
- Martin, E. (2008). *Causas de la ansiedad*. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/ansiedad/causas-de-la-ansiedad-399>
- Martín, E. (2009). *Ansiedad*. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/ansiedad/causas-de-la-ansiedad-399>
- Muñoz, A. (2012). *Qué es la ansiedad y por qué se produce*. Recuperado de: <http://motivacion.about.com/od/ansiedad/a/Que-Es-La-Ansiedad-Y-Por-Que-Se-Produces.htm>
- Muñoz, A. (2013). *Los síntomas de ansiedad*. Recuperado de: <http://motivacion.about.com/od/ansiedad/a/Los-Sintomas-De-Ansiedad.htm>
- Muñoz, A. (2012). *Qué es la ansiedad y por qué se produce*. Recuperado de: <http://motivacion.about.com/od/ansiedad/a/Que-Es-La-Ansiedad-Y-Por-Que-Se-Produces.htm>
- Ordóñez, C (2004). ¿Por qué la ansiedad se vuelve patológica?. Recuperado de <http://www.psyciencia.com/2014/06/por-que-la-ansiedad-se-vuelve-patologica/>
- Velarde, A. (Marzo de 2012). *Formación de Valores I. Obtenido de Formación de Valores I*. Recuperado de: <http://formaciondevalores1.files.wordpress.com/2012/03/los-valores.pdf>

## Citas Bibliográficas - Bases de Datos UTA

Scopus:

Álvarez, M. Sañdaña, C. Muñoz, P. & Portela, J. (2009). *Escucha y afrontamiento de la crítica en adolescentes*. Recuperado de: [http://www.elsevier.org.co/elsevier.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692715X2009000300015&lang=pt](http://www.elsevier.org.co/elsevier.php?script=sci_arttext&pid=S1692715X2009000300015&lang=pt)

Balanza, P. Morales, G. & Guerrero, S.(2009). *Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios; Factores Académicos y Socio Familiares Asociados*. Recuperado de: [http://elsevierphp?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742009000200006&lang=pt](http://elsevierphp?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200006&lang=pt)

Becerra, M. Madalena, G. & Estanislau, H. (2007). *Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y mal adaptaciones*. Recuperado de: [http://www.elsevier.org.co/elsevier.php?script=sci\\_arttext&pid=S012005342007000100006&lang=pt](http://www.elsevier.org.co/elsevier.php?script=sci_arttext&pid=S012005342007000100006&lang=pt)

Contreras, D. Espinoza, A. Edguerra, M. Haikal, C. Polania, P. & Rodríguez, C. (2005). *Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes*. Recuperado de: <https://www.elsevier.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCwQFjABahUKEwjQiNmA2f7GAhVCpx4KHcp8BPY&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F679%2F67910207.pdf&ei=Heq3VZCGNcLOesr5kbAP&usg=AFQjCNEkfP0t6YUByMAFT42oScALXSHtPQ&bvm=bv.98717601,d.dmo>

Casadi, T. Anglada, D. & Daher, L. (2014) *Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante estudiantes universitarios*. Recuperado de: [http://www.elsevier.org.pe/elsevier.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472014000200003&lang=pt](http://www.elsevier.org.pe/elsevier.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200003&lang=pt)

Domínguez, F. López, A. & Álvarez, R. (2015). *Implicación de variables sociales y educativas en la conducta asertiva adolescente*. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-aula-abierta-389-articulo-implicacion-variables-sociales-educativas-conducta-90371250>

García, C. & Herrera, V. (2014). *Estudio comparativo de ansiedad entre muestras de estudiantes dominicanos y españoles*. Recuperado de: [http://elsevier=sci\\_arttext&pid=S198938092014000300004&lang=pt](http://elsevier=sci_arttext&pid=S198938092014000300004&lang=pt)

- García, A. (2003). *Eestudio sobre asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educacion Socia*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/view/2383>
- Garrido, H. Ortega, M. Escobar, L. & García, S. (2008). *Evaluación de la asertividad en estudiantes universitarios con bajo rendimiento académico*. Recuperado de: [https://www.elsevier.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjABahUKEwjawMnIDHAhXDpx4KHVfTDPE&url=http%3A%2F%2Fwww.uaeh.edu.mx%2Finvestigacion%2Ficsa%2FLI\\_ProcCogn%2FRuben\\_Cruz%2F9.pdf&ei=Fhi5VdrdMsPPetems4gP&usg=AFQjCNHWk3GYFsdvxkZFxfU0HRAhaSWm6g&bvm=bv.99028883,d.dmo](https://www.elsevier.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjABahUKEwjawMnIDHAhXDpx4KHVfTDPE&url=http%3A%2F%2Fwww.uaeh.edu.mx%2Finvestigacion%2Ficsa%2FLI_ProcCogn%2FRuben_Cruz%2F9.pdf&ei=Fhi5VdrdMsPPetems4gP&usg=AFQjCNHWk3GYFsdvxkZFxfU0HRAhaSWm6g&bvm=bv.99028883,d.dmo)
- González, D. Landero, B. García, M. (2009). *Relación entre la depresión, ansiedad y los síntomas psicósomáticos de una muestra de estudiantes universitarios del norte de México*. Recuperado de: [http://www.elsevier.org/elsevier\\_t=sci\\_arttext&pid=S102049892009000200007&lang=pt](http://www.elsevier.org/elsevier_t=sci_arttext&pid=S102049892009000200007&lang=pt)
- Gonzalez, H. Greiff, D. & Avendaño, M. (2011). *Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza*. Recuperado de. [http://www.elsevier.org/\\_arttext&pid=S1900-23862011000100006&lang=pt](http://www.elsevier.org/_arttext&pid=S1900-23862011000100006&lang=pt)
- Londoño, J. & Valencia, H. (2008). *Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios*. Recuperado de. [http://www.elsevier\\_arttext&pid=S012391552008000100016&lang=pt](http://www.elsevier_arttext&pid=S012391552008000100016&lang=pt)
- Mangione, W. & Difabio, F. (20029). *Asertividad, su relación con los estilos educativos familiares*. Recuperado de. <http://www.elsevier.org/articuloBasic.oa?id=18019201>
- Marján, F. Mendieta, L. Muñóz, A. Díaz, I. & Cortés, M.(2014). *Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada*. Recuperado de: [http://www.elsevier.\\_arttext&pid=S0185-33252014000600009&lang=pt](http://www.elsevier._arttext&pid=S0185-33252014000600009&lang=pt)
- Martinez, M. García, A. & Ingles, P. (2013). *Relaciones entre Ansiedad Escolar, Ansiedad Rasgo, Ansiedad Estado y depresión una muestra de adolescentes españoles*. Recuperado de: <http://www.elsevier.com/volumen13/num1/346.html>
- Ospina, C. Hinestrosa, V. Paredes, T. Guzman, & Granados. (2011). *Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chia que*

*pertenece a Colombia.* Recuperado de: <http://www.elsevier.org/articulo.oa?id=42222537004>

Pávez, G. Mena, O. & Vera, F. (2012). *El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad.* Recuperado de: <http://www.elsevier.arttext&pid=S165792672012000200002&lang=pt>

Siabato, F. Forero, M. & Paguay, V. (2013). *Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de psicología.* <http://www.elsevier.com/locate/S014382712009000100005>

Terroni, W. (2009). *La comunicación y la asertividad en el discurso durante las interacciones grupales y por computadora.* Recuperado de: <http://www.elsevier.arttext&pid=S141382712009000100005&lang=pt>

Virues, R. (2015). *Estudio sobre ansiedad, psicología clínica y psicoterapia.* Recuperado de: <http://www.elsevier.com/ansiedad-estudio>.

Zubeidat, A. Fernanadez, M. Sierra, C. & Salinas, P. (2008). *Evaluación de Factores Asociados a la Ansiedad Social y a otras Psicopatologías en Adolescentes.* Recuperado de: <http://www.elsevier.com/arttext&pid=S0185-33252008000300004>

Zubeidat, A. Fernández, M. Sierra, C. & Salinas, P. (2007). *Comorbilidad de ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles.* Recuperado de: <http://www.elsevier.com/locate/S014382712007000100005>

#### Ebrary:



Meza, P. (2001). *Relaciones entre asertividad y estilos cognitivos.* Recuperado de: <http://www.elsevier.com/locate/S014382712001000100005>

Naranjo, J. (2008). *Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conductas asertivas.* Recuperado de: <http://www.elsevier.org/articulo.oa?id=44780111>

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Escala de Valoración de La Ansiedad de Hamilton (HAS)

|                                                                                                                                                                             |                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            | <b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO</b> |  |
| <b>Facultad de Ciencias de la Salud</b>                                                                                                                                     |                                      |                                                                                     |
| <b>Aplicación de la Escala de Valoración de La Ansiedad de Hamilton (HAS) para el desarrollo del proyecto de Investigación y Disertación del proyecto de investigación:</b> |                                      |                                                                                     |
| <b>“ANSIEDAD Y ASERTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO PARTICULAR BAUTISTA”</b>                                                                                          |                                      |                                                                                     |
| <b>PREVIO AL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA</b>                                                                                                                                |                                      |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                             |                                      |                                                                                     |

**Nombre:**

**Edad:**

**Fecha:**

**Genero:**

**Objetivo:** El propósito de este cuestionario es determinar el grado de ansiedad global del paciente

**Instrucciones:**

Por favor conteste con sinceridad y veracidad. Lea detenidamente y marque con una x la respuesta que corresponda a su vivencia personal



Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

|   |                                                                                                                                                                                                    | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | <b>Estado ansioso:</b> Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | <b>Tensión:</b> Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | <b>Miedos:</b> A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.                                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | <b>Insomnio:</b> Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | <b>Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración. Falta de memoria.                                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | <b>Estado de ánimo depresivo:</b> Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | <b>Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | <b>Síntomas somáticos generales:</b> Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas ( pinchazos u hormigueos ).                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | <b>Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 10 | <b>Síntomas respiratorios:</b> Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 | <b>Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | <b>Síntomas genitourinarios:</b> Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | <b>Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | <b>Conducta en el transcurso del test:</b> Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Escala de Asertividad de Rathus

|                                                                                                                                                       |                                      |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                      | <b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO</b> |  |
| <b>Facultad de Ciencias de la Salud</b>                                                                                                               |                                      |                                                                                     |
| <b>Aplicación de la Escala de Asertividad de Rathus para el desarrollo del proyecto de Investigación y Disertación del proyecto de investigación:</b> |                                      |                                                                                     |
| “NIVELES DE ANSIEDAD Y ASERTIVIDAD EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO PARTICULAR BAUTISTA”                                                                |                                      |                                                                                     |
| PREVIO AL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA                                                                                                                 |                                      |                                                                                     |

**Nombre:**

**Edad:**

**Fecha:**

**Genero:**

**Objetivo:** El propósito de esta escala es medir el cambio conseguido con los programas de asertividad

**Instrucciones:**

Por favor conteste con sinceridad y veracidad. Lea detenidamente y marque con una x la respuesta que corresponda a su vivencia personal

Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.

**1. Les pido a los demás que hagan cosas sin sentir culpa o ansiedad:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces



- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**2. Cuando alguien me pide que haga algo que no quiero, digo no sin sentirme culpable**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**3. Me siento a gusto hablando ante grupos grandes de personas:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**4. Expreso a mis jefes con confianza mis opiniones:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**5. Cuando experimento fuertes sentimientos (ira, cólera,..) soy capaz de expresarlos fácilmente con palabras:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**6. Cuando expreso mi ira, lo hago sin culpar a los demás:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces

- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**7. Me siento a gusto expresando mi punto de vista frente a grupos de gente:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**8. Si no estoy de acuerdo con la opinión de la mayoría puedo mantener mi postura sin ser áspero:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**9. Cuando cometo un error lo reconozco:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**10. Cuando la conducta de los demás me crea problemas, se lo hago saber:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**11. Fácil y cómodamente me mezclo con nuevas personas en situaciones sociales:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces

- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**12. Cuando hablo sobre mis creencias lo hago sin etiquetar las opiniones de los demás como “locura, barbaridad,..”:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**13. Supongo que la mayoría de la gente es competente y puedo delegar con facilidad:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**14. Cuando pienso en hacer algo que jamás he intentado, confío en que puedo aprender a hacerlo:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

**15. Creo que mis necesidades son tan importantes como las ajenas y tengo derecho a que se satisfagan las mías:**

- A. Siempre
- B. Muchas veces
- C. A veces
- D. Muy pocas veces
- E. Nunca

# **Ansiedad y Asertividad en adolescentes del Colegio Particular Bautista**

Mayra Tatiana Vinueza López

Universidad Técnica de Ambato. Facultad Ciencias de la Salud

Ambato Ecuador, E-mail autor@uta.edu.ec

**Resumen:** Hoy en día en la población adolescente el manejo de las emociones y el dominio del comportamiento radican en una herramienta muy útil para enfrentar los procesos de la vida cotidiana. La persona asertiva adopta una conducta apropiada en todo momento y en cada interacción de manera que su proceder va acorde con el flujo de emociones y la dinámica del pensamiento, en tal caso, la ansiedad podría funcionar como una señal positiva de salud ya que genera la capacidad de adaptación

**Palabras Clave:** Ansiedad, ansiedad normal y patológica, asertividad, conducta asertiva, adolescencia

**Abstract:** Today in the adolescent population management domain emotions and behavior rooted in a very useful tool to address the processes of everyday life . The assertive person adopts an appropriate behavior at all times and in every interaction so that its action is consistent with the flow of emotions and dynamics of thought, in this case, the anxiety could function as a positive sign of health because it generates adaptabilit

**Keywords:** Anxiety, normal and pathological anxiety, assertiveness, assertive behavior, adolescence

## **I. INTRODUCCION**

Cuando un individuo se siente en peligro o se enfrenta a una amenaza sea esta real o anticipatoria se dificulta su capacidad para controlar la reacción que emite ante dicho escenario, su respuesta puede

variar de acuerdo a la relevancia de la situación o a la presencia del estímulo. Es aquí donde se hace evidente la habilidad que tiene el sujeto para adaptar su respuesta a cada circunstancia, de modo que se sitúe proporcionalmente en

condiciones como tiempo duración o intensidad.

Una de las reacciones que más favorecen es la asertividad. Como tal permite una forma de expresión congruente con la situación que enfrenta el individuo, conduce su manera de actuar para que no se vea afectada por conductas polares como la pasividad o agresividad, es decir coloca la respuesta del sujeto en un punto intermedio, flexible para tomar decisiones de manera inmediata y objetiva que como consecuencia tendrá el cumplimiento de sus metas.

## **II. METODOLOGIA**

La presente investigación fue abordada desde el nivel explorativo, debido a que una vez determinada la problemática de los niveles de ansiedad y asertividad de los estudiantes del Colegio Particular Bautista se procederá a detectar los factores determinantes de un comportamiento asertivo frente al evento estresante.

Además conllevó a una asociación de variables, ya que permite afirmar que la influencia de los niveles de ansiedad intervienen en la asertividad de los estudiantes del Colegio Particular Bautista

Por otro lado alcanzó el nivel descriptivo ya que durante la investigación se

empleó parámetros de la realidad actual, metodología y énfasis en el análisis, tomando en cuenta un grupo poblacional específico para comparar si la asertividad disminuye los niveles de ansiedad

La investigación es de campo ya que se efectuó directamente en el lugar donde acontecen los hechos que dan pie a la problemática de los niveles de ansiedad y asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista que se evidencian actualmente

De la misma forma esta se elaboró mediante el empleo de bibliografía relacionada a la problemática en cuestión, con la utilización previa, de fuentes primarias y secundarias como libros, documentos, artículos de revistas, periódicos para su efecto y como soporte del marco teórico (bibliográfica y revisión científica).

Para ellos se ha utilizado las siguientes escalas de valoración

Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS); Versión reducida (CAS), versión computarizada, versión en video (1986)

Fiabilidad: Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado

entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ( $r = 0,74 - 0,96$ ). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ( $r = 0,96$ ) y aceptable estabilidad después de un año ( $r = 0,64$ ).

**Validez:** La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi 18, 19 ( $r = 0,63 - 0,75$ ) y con el Inventario de Ansiedad de Beck 20 ( $r = 0,56$ ). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton 21, 22 ( $r = 0,62 - 0,73$ ). Es sensible al cambio tras el tratamiento

#### Escala de Ansiedad de Rathus

**Fiabilidad:** muestra una fiabilidad de test re-test moderada-alta, después de un intervalo de 8 semanas en una población de 68 sujetos:  $r = 0,7782$ , siendo  $p$  inferior a 0,01. La consistencia interna del instrumento analiza a través del método de las dos mitades (correlación entre puntuaciones pares e impares) fue de 0,7723, siendo  $p$  inferior a 0,01 indicando la homogeneidad moderada alta

**Validez:** La correlación entre las puntuaciones en el RAS de 47 sujetos y las puntuaciones que les otorgaban en asertividad a esos mismos dos evaluadores independientes fue de 0,704, reflejando una validez alta en estos términos

### III. DESARROLLO

La ansiedad es un sentimiento universal que se da en todas las edades y que actúa como un sistema de protección que nos ayuda a reaccionar ante estímulos de peligro (Becoña y Míguez, 2004).

Así, a través de numerosos estudios se aprecia un notable incremento de ansiedad en el periodo de la adolescencia, de manera que los adolescentes se angustian más allá de lo que podrían esperar las personas mayores que lo rodean (Del Barrio, Frías & Mestre, 1994).

También habría que tener en cuenta las diferentes situaciones potencialmente estresantes en la vida diaria (relacionadas con los miembros de la familia, los compañeros o la imposibilidad de obtener metas deseadas) que aumentan a partir de la pubertad (Berzonsky, 1982).

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva.

Para Wolpe, J. (1979) el término ansiedad se refiere a aquellas pautas o pautas de respuesta anatómica que constituyen una parte característica de las respuestas de los organismos a los estímulos nocivos.

La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda a superar ciertas exigencias de la vida, es más que expectativa, la ansiedad implica respuestas emocionales ante un estímulo aversivo condicionado (Skinner, 1979)

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas [estresantes](#). Por lo tanto, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Existen tres componentes característicos de la ansiedad

- Cognitivos o de pensamiento: anticipaciones amenazantes, cálculo de consecuencias, evaluaciones de riesgo, pensamientos automáticos.
- Fisiológicos: activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica

cambios vasculares, respiratorios, entre otros

- Motores y de conducta: inhibición o sobre activación motora, comportamiento defensivo. (Baeza, Balaguer, Belchi. Coronas & Gillamón, 2008)

La ansiedad es adaptativa y permite a la persona responder al estímulo de forma adecuada. Se presenta ante estímulos reales o potenciales (no imaginarios o inexistentes). La reacción es proporcional cualitativa y cuantitativamente, en tiempo, duración e intensidad. La ansiedad normal es aquella que se presenta con una intensidad baja o media y con una duración poco prolongada, que únicamente se presenta cuando existen motivos determinados. (Iglesias, 2013). Es deseable sentir ansiedad para poder realizar las labores cotidianas del vivir en todo aspecto.

De esta forma Muñoz (2009), indica que cuando se presenta una situación temida para el sujeto, donde evidentemente se encuentra en riesgo su integridad física o psicológica una respuesta de ansiedad se entendería perfectamente normal, haciendo que se retire de dicha escena o evite contacto con ella

Sin embargo cuando los niveles de ansiedad sobrepasan los límites se convierte en un problema de salud, se convierte en ansiedad patológica. Sedena & Semar (2011), indican que se considera a la ansiedad como patológica de acuerdo a su presentación emocional, ya sea porque el estímulo se encuentra ausente, la intensidad es excesiva en relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona

Álvarez, Gasto & Roca (2008), refieren que la ansiedad patológica se presenta como una respuesta de inadecuada de adaptación debido a que la amenaza no puede objetivarse y la duración e intensidad es desproporcionada al evento. Cuando de

ansiedad patológica se habla existen tres supuestos característicos:

- Cuando no existe un motivo identificable generador de ansiedad
- Cuando, existiendo ese motivo la ansiedad persiste una vez que este ha desaparecido
- Cuando existiendo motivo la reacción es excesiva y poco realista.

Si bien es difícil delimitar con precisión la ansiedad normal y la ansiedad patológica existen cuatro aspectos diferenciadores que pueden ayudar a distinguir una de la otra y que se relacionan tanto con las causas con los efectos de la ansiedad. Para lo cual propone ciertos parámetros de defenecía entre ansiedad normal y patológica

#### Límite entre Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica

|                                                    | <b>ANSIEDAD NORMAL</b>                                              | <b>ANSIEDAD PATOLOGICA</b>                                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Características generales</b>                   | Episodios poco frecuentes, intensidad leve-media, duración limitada | Episodios repetidos, Intensidad alta, duración prolongada |
| <b>Situación o estímulo causante</b>               | Reacción esperable y común a la de las otras personas               | Reacción desproporcionada                                 |
| <b>Grado de sufrimiento</b>                        | Limitado y transitorio                                              | Alto y duradero                                           |
| <b>Grado de interferencia en la vida cotidiana</b> | Ausente o ligero                                                    | Profundo                                                  |

**Tabla N: 01:** Límite entre ansiedad normal y ansiedad patológica  
**Elaborado por:** Del Pozo (2006)



**Fuente:** Trastornos de la Conducta y la Personalidad

Según Beck (1985), la ansiedad se manifiesta como estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como: tensión o nerviosismo, y síntomas fisiológicos tales como palpitaciones, temblor náuseas y vértigo.

Cuando una persona siente ansiedad experimenta una serie de sensaciones que le generan malestar, estas manifestaciones consisten en una respuesta de carácter físico, psicológico, conductual, intelectual y social

#### Manifestaciones de Ansiedad

| SINTOMAS             | CARACTERISTICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Físicos</b>       | taquicardia, palpitaciones, opresiones en el pecho, falta de aire, temblores, sudoraciones, molestias gástricas, náuseas, vómitos, sensación de obstrucción en la garganta, agotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, mareo, sensación de hormigueo e inestabilidad                                                      |
| <b>Psicológicos</b>  | inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, necesidad de huir o luchar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, recelo, sospechas, dificultad de tomar decisiones                                                                                          |
| <b>Conductuales</b>  | estado de alerta e hipervigilancia inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para mantenerse quieto y en reposo, cambios de expresividad y lenguaje corporal, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambio en el tono de voz                                     |
| <b>Intelectuales</b> | dificultad de atención, concentración y memoria, aumento de descuidos y preocupación excesiva, incremento de dudas y sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo las cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y la sospecha, interpretaciones inadecuada        |
| <b>Sociales</b>      | irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos y verborrea en otros, bloquearse o demorarse en algo a la hora de responder o preguntar, dificultad para hacer valer las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos |

**Tabla N: 02:** Manifestaciones de Ansiedad

**Elaborado por:** Del Pozo (2006)

**Fuente:** Trastornos de la Conducta y la Personalidad

## **Asertividad**

Desenvolverse en cada una de las diferentes situaciones interpersonales requiere de una gran destreza social, la adolescencia es un momento en el que se ponen a prueba los valores que han sido aprendidos, que son los que fueron inculcados durante todo el paso de la niñez hacia la adolescencia. Es el momento de crear una propia lista de valores, y detenerse a analizar ciertas conductas para actuar de la manera más conveniente

De acuerdo con Riso (2000), la asertividad es la capacidad que tiene una persona para ejercer o defender sus derechos personales, expresar desacuerdos, sentimientos negativos sin dejarse manipular con hacer el sumiso y sin manipular o violar los derechos como hace el agresivo.

La asertividad representa una forma de expresión consciente, congruente, directa y equilibrada que como parte de las habilidades sociales permiten relaciones interpersonales satisfactorias. (Monjas, 2005).

En todos los aspectos de nuestra existencia se considera que es importante tener la capacidad de ser asertivo. Para Flores & Diaz (1944), asertividad es la propensión a ser auto afirmativo y

asertiva es aquella persona que es afirmativa. En la medida en que una persona se vincula de modo adecuado con otros recibe reforzamiento social positivo. En cambio cuando las relaciones con los demás están determinadas por la ansiedad, la inhibición o el reforzamiento negativo, la persona tiende a experimentar sensaciones de desagrado e inconformidad. Por lo tanto la conducta asertiva se puede entrenar y de esta manera aumentar el número de situaciones en las que vamos a tener una respuesta asertiva

Para Alberti & Emmons, (1983) la conducta asertiva es "La conducta que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los otros".

Actuar asertivamente significa hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada respetándolos derechos de la otra persona. (Jakubowski & Lange, 1978)

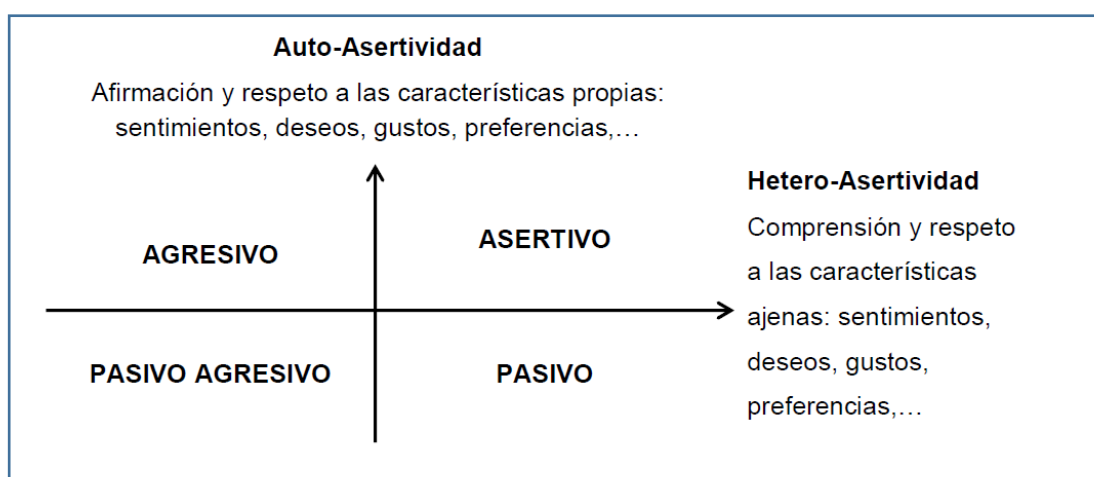
Para Lazarus (1973), la conducta asertiva se define en términos de sus componentes, que pueden dividirse en cuatro patrones característicos específicos: la habilidad de decir "no", la habilidad para pedir favores y hacer demandas, para expresar sentimientos positivos y negativos y para iniciar, continuar y terminar conversaciones generales.

- Iniciación de contactos sociales
- Expresión de pensamientos positivos
- Manejo de las críticas
- Diferir con los demás
- Aserción en situaciones de servicio
- Dar retroalimentación negativa

Gambrill & Riche (1975), estas cuatro dimensiones conductuales pueden ser independientes unas de las otras, de modo que la aplicación de una de ellas no influye en las demás. No obstante se podrían citar otro tipo de características

- Rechazo de peticiones
- Expresión de limitaciones personales

García y Magaz (1992, plantean la necesidad de establecer dos nuevos constructos: La Auto-Asertividad que hace referencia al respeto de los derechos y valores propios, mientras que la Hetero-Asertividad al respeto de los derechos y valores de los demás.



**Gráfico N.- 01:** Auto-Asertividad  
**Fuente:** García Pérez, E.M. y Magaz, A (2000)  
**Elaborado por:** García & Magaz (1992),

**A. Comportamiento Asertivo:** La

persona asertiva expresa pensamientos, sentimientos y necesidades, con sinceridad y sin ambages, a la vez que respeta los pensamientos, sentimientos y necesidades de los demás. Ser asertivo significa ser capaz, cuando conviene, de hablar sinceramente acerca de los propios pensamientos, sentimientos y necesidades, al tiempo que se toman en consideración los de los demás.

**B. Comportamiento Pasivo:**

Supone no expresar las propias necesidades, los pensamientos y sentimientos. Implica ignorar los derechos propios para permitir que los demás impongan sus deseos, no permite expresarse con honradez, de forma clara y directa.

**C. Comportamiento Agresivo:** Se

expresa los sentimientos y deseos, de una manera negativa u hostil. Lo más probable es que provoque en los demás confusión, desconfianza o resentimiento. El comportamiento agresivo intenta humillar o dominar a la otra persona, física o emocionalmente.

La asertividad hace referencia a la habilidad específica relacionada con la capacidad de autoafirmación y de defensa de derechos personales. Un derecho Humano básico en el contexto de la asertividad es pedir lo que se quiere en virtud de su existencia como seres humanos (Jakubowski & Lange, 1978)

Derechos asertivos (Caballo, 1993)

- El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva - incluso si la otra persona se siente herida -, mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirte culpable o egoísta.
- El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
- El derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
- El derecho a cambiar de opinión.
- El derecho a pedir lo que quieres (dándote cuenta de que la otra

- persona tiene el derecho a decir que no).
- El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
  - El derecho a ser independiente.
  - El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
  - El derecho a pedir información.
  - El derecho a cometer errores - y a ser responsable de ellos -.
  - El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
  - El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
  - El derecho a tener opiniones y expresarlas.
  - El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses - siempre que no violes los derechos de los demás -.
  - El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
  - El derecho a obtener aquello por lo que pagas.
  - El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
  - El derecho a tener derechos y defenderlos.
  - El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio.
  - El derecho a estar solo cuando así lo escojas.
  - El derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de alguna otra persona.

Según Bishop (2000), permite conocer seis principios propuestos por que pueden resultar útiles para ser empleados en cualquier ocasión y con cualquier receptor. Sin embargo, lo importante no es sólo la comunicación verbal, la comunicación paralingüística y la no-verbal representan también su papel en la comunicación asertiva.

1. **Sea directo** Diga lo que siente o piensa; no dé nada por evidente cuando hable. Cuando la interacción comunicativa se produce con personas cercanas al entorno social, se supone que tienen que conocer lo que

- queremos, sentimos, pensamos, etc.
2. **Enfréntese al problema, no a la persona** Existe una clara diferencia entre centrarse en el problema o centrarse en la persona. Veamos un ejemplo: "¿Es que no eres capaz de organizarte?" y "Por favor, me gustaría que pusieras orden en esta mesa". La primera implica un defecto en la forma de ser de la persona; la segunda, plantea una solución a un problema.
  3. **Trate lo específico y no generalice** Sea específico a la hora de comentar un problema, no acuse, establezca los hechos. Por ejemplo, "Todo lo haces mal" en vez de "¿Por qué te ha salido mal hoy ....?".
  4. **No pida disculpas más de lo necesario** Siendo asertivo es suficiente con disculparse una vez. Existe la tendencia de pedir disculpa a todos y por todo y, sobre todo, sin sentirlo sinceramente.
  5. **No dé excesivas explicaciones** Una breve explicación puede suavizar una reclamación, un rechazo o una afirmación, que sin ella serían bruscos. Sin embargo, no conviene pasarse dando

explicaciones; podría tener un efecto contrario.

6. **Hágase responsable de sus mensajes** Tenga seguridad en sí mismo haciéndose responsable de los mensajes utilizando la primera persona. "Dicen que sería una buena idea ..." o "Yo pienso que sería una buena idea ...". La segunda afirmación da al interlocutor la oportunidad de aceptar o rechazar la propuesta, al mismo tiempo, deja espacio para que de su opinión de forma concreta. Además, muestra seguridad en lo que se dice.

### III. DISCUSION

La ansiedad experimentada como una emoción normal cumple la función de proteger al individuo ante una situación de peligro, tal como lo señalan los autores Becoña y Míguez (2004). Además de funcionar como un impulsador para que se cumplan metas y se ejecuten objetivos

Se puede evidenciar que dentro de la ansiedad predomina la aparición de síntomas fisiológicos, que experimentados al grado de una ansiedad patológica puede afectar la cotidianidad

y la calidad de vida de los adolescentes, lo cual deteriora clínicamente a los individuos ya que aumentan a partir de la pubertad como lo señala (Berzonsky, 1982). Ya que podría influir también habría que tener en cuenta las diferentes situaciones potencialmente estresantes en la vida diaria (relacionadas con los miembros de la familia, los compañeros o la imposibilidad de obtener metas deseadas.

Se puede señalar también que son muchos los autores como Riso (2000), Alberti & Emmons, (1983), (Monjas, 2005). que concuerdan en expresar que actuar asertivamente significa hacer valer los derechos propios, expresando lo que uno cree, siente y quiere de forma directa y honesta, sin violar los derechos de las otras personas.

La conducta asertiva representa la vía o el medio a través del cual se emitirá la respuesta más adecuada, que vaya acorde con las distintas situaciones que se le presenten al individuo, es decir el modo en que se va a proceder concepto que es compartido por Lazarus (1973), quien a su vez determina componentes específicos de este tipo de conducta con patrones característicos que envuelven a un individuo asertivo

## BIBLIOGRAFIA

- Alberti, R. & Emmons, M. (1983). *Your perfect Right: A Guide to Assertive Behavior*. San Luis Obispo, California: Editorial Impact Publishers.
- Ávarez, E. Gastó, C. & Roca, M. (2008). *Sintomatología ansiosa en atención primaria*. Barcelona España. Editorial ICG Marger. SL
- Baeza, J. Balaguer, G. Belchi, I. Coronas, M. & Guillamón, N. (2008). *Igiene y prevención de la ansiedad*. Españ. Editorial Diaz de Santos
- Becoña E. & Miguez M.C. (2004). *Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes*. Argentina. Editorial San Juan
- Beck, A. Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York. Editorial Basic Books
- Berzonsky, M. (1982). *Inter and intra-individual differences in adolescent storm and stress: A life-span developmental view*. Los Angeles. Editorial Spirnger

- Bishop, S. (2000). *Desarrolle su asertividad*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid. Editorial Siglo Veintiuno.
- Del Barrio, V. Frías, D. & Mestre, V. (1994). *Autoestima y depresión en niños*. California Editorial Imperius
- Del Pozo, A. (2006). *Trastornos de la Conducta*. Recuperado de: <https://crisuki.files.wordpress.com/2009/10/tema-101.pdf>
- Flores, G. Diaz, P. (2009). *Manual de la Escala Multidimensional de Asertividad*. Buenos Aires. Editorial San Martin
- Gambrill, E. Richey, C. (1975). *An assertion inventory for use in assesment and research*. California. Editorial M.h. s
- García, E. & Magaz A. (1992). *Autoinformes de actitudes y valores en las interacciones sociales*. Buenos Aires . Editorial ALBOR-COHS.
- Iglesias, R. (2013). Diferencias entre ansiedad normal y ansiedad patológica. Recuperado de: <http://psicologiamotivacional.com/que-es-la-ansiedad-diferencias-ansiedad-normal-patologica/>
- Jakubowski, P. & Lange, S. (1978). *The Assertive Option: Your Rights and Responsibilities*. Research Press Company. Madrid. Edirorial H.J.U.K
- Lazarus, A. (1973). *On assertive behavior: A bief note*. Behavior Therapy. San Luis Obispo, California: Editorial Impact Publishers.
- Monjas, I. (2004). *Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia*. México. Editorial A.M.G.L
- Muñoz, A. (2013). *Los síntomas de ansiedad*. Recuperado de: <http://motivacion.about.com/od/ansiedad/a/Los-Sintomas-De-Ansiedad.htm>
- Riso, W. (2002). *Cuestión de dignidad*. Bogotá Colombia. Editorial Norma.
- Sedena, A. & Semar, M. (2011). *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. México. Editorial el Manual moderno



Skinner, B. (1979). *Contingencias de reforzamiento. Un análisis teórico*. México:Trillas

Wolpe, J. (1958). *Práctica de la terapia de la conducta*. México. Editorial Trillas.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Madrid. Editorial. Editorial Pablo del Rí

