



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**INFORME FINAL DEL TRABAJO ESTRUCTURADO DE MANERA
INDEPENDIENTE**

TEMA:

“LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL DÉFICIT ASERTIVO EN ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO DURANTE EL PERIODO JUNIO-DICIEMBRE 2010”

**REQUISITO PREVIO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO**

AUTOR: Edwin Mauricio Guachilema Ribadeneira

Tutor : Dra. MSc. Verónica Llerena

Ambato – Ecuador

Abril -2011

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor de investigación sobre el tema: **“LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL DÉFICIT ASERTIVO EN ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO DURANTE EL PERIODO JUNIO-DICIEMBRE 2010”**, del señor Mauricio Guachilema Ribadeneira, egresado de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y meritos 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, Febrero 11 del 2011

EL TUTOR

.....

Dra. MSc. Verónica Llerena

AUTORÍA DE LA TESIS

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL DÉFICIT ASERTIVO EN ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO DURANTE EL PERIODO JUNIO-DICIEMBRE 2010”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de tesis.

Ambato, Febrero 11 del 2011

EL AUTOR

.....

Edwin Mauricio Guachilema Ribadeneira

APROBACION POR EL TRIBUNAL DE TESIS

El presente trabajo investigativo: **“LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL DÉFICIT ASERTIVO EN ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO DURANTE EL PERIODO JUNIO-DICIEMBRE 2010”**, desarrollado por el Sr Edwin Mauricio Guachilema Ribadeneira, ha sido dirigida en todas sus partes, cumpliendo con las disposiciones emitidas por la Universidad Técnica de Ambato a través de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por lo expuesto:

Se autoriza su presentación ante los organismos concernientes para la sustentación del mismo.

Ambato, Febrero 11 del 2011

.....

.....

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

A.- PÁGINAS PRELIMINARES

Página de Título o Portada	1
Página de aprobación por el Tutor	2
Página de autoría de la Tesis	3
Página de aprobación del Tribunal de Tesis	4
Índice General de Contenidos	5
Índice de Cuadros y Gráficos	8
Resumen Ejecutivo	10

B.- TEXTO

Introducción	12
--------------	----

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Tema	13
1.2 Planteamiento del problema	13
1.2.1 Contextualización	13
1.2.2 Análisis Crítico	16
1.2.3 Prognosis	17

1.2.4 Formulación de problema	18
1.2.5 Interrogantes de la investigación	18
1.2.6 Delimitación del objeto de la investigación	7
1.3 Justificación	8
1.4 Objetivos	9
1.4.1 General	9
1.4.2 Específico	9

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos	21
2.2 Antecedentes Institucionales	21
2.3 Fundamentación Filosófica	25
2.4 Fundamentación Psicológica	26
2.5 Categorías Fundamentales	27
2.6 Fundamentación Teórica Científica	30
2.6.1 Adolescencia	30
2.6.2 Ansiedad	43
2.6.3 Asertividad	72
2.6.4 Déficit Asertivo	85
2.7 Formulación de Hipótesis	89
2.8 Señalamiento de las variables de la Hipótesis	89

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Enfoque	90
3.2 Modalidad básica de la investigación	90
3.3 Nivel o tipo de investigación	91
3.4 Población y muestra	91
3.5 Operacionalización de Variables	93
3.6 Técnicas e Instrumentos	95
3.7 Recolección de la Información	95
3.8 Procesamiento y Análisis	96

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton	101
4.2 Resultados de la Escala Multidimensional de Asertividad	103
4.3 Resultados de la relación entre niveles de Ansiedad y Asertividad	104
4.4 Verificación de Hipótesis	108

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	109
5.2 Recomendaciones	111

CAPITULO VI: PROPUESTA

6.1 Datos Informativos	112
6.2 Antecedentes de la propuesta	112
6.3 Justificación	113
6.4 Objetivos	114
6.4.1 General	114
6.4.2 Específicos	114
6.5 Análisis de la Factibilidad	114
6.6 Fundamentación Teórica Científica	115
6.7 Modelo Operativo	131
6.8 Administración	144
6.7 Previsión de la evaluación	146

C.- MATERIALES DE REFERENCIA

1. Bibliografía	147
2.Linkografía	148
2. Anexos	149

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro N° 1: Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton	101
Cuadro N° 2: Resultados de la Escala Multidimensional de Asertividad	103

Cuadro N° 3: Resultados de la relación entre niveles de Ansiedad Ausente y	
Asertividad	104
Cuadro N° 4: Resultados de la relación entre niveles de Ansiedad Leve y	
Asertividad	105
Cuadro N° 5: Resultados de la relación entre niveles de Ansiedad Moderada y	
Asertividad	106
Cuadro N° 6: Resultados de la relación entre niveles de Ansiedad Grave y	
Asertividad	107
Grafico N° 1: Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton	101
Grafico N° 2: Resultados de la Escala Multidimensional de Asertividad	103
Grafico N° 3: Resultados de la relación entre niveles de Ansiedad Ausente y	
Asertividad	104
Grafico N° 4: Resultados de la relación entre niveles de Ansiedad Leve y	
Asertividad	105
Grafico N° 5: Resultados de la relación entre niveles de Ansiedad Moderada y	
Asertividad	106
Grafico N° 6: Resultados de la relación entre niveles de Ansiedad Grave y	
Asertividad	107

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

Tema:

“LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL DÉFICIT ASERTIVO EN ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO DURANTE EL PERIODO JUNIO-DICIEMBRE 2010”

- Autor: Edwin Mauricio Guachilema Ribadeneira
- Tutor: Dra. MSc. Verónica Llerena
- Fecha: Ambato, Febrero 11 del 2011

RESUMEN EJECUTIVO

El trabajo de investigación realizado tuvo como fin indagar si la ansiedad incide en el déficit asertivo de los estudiantes de primer y segundo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

La investigación se efectuó en dicha Carrera durante los meses de Junio 2010 hasta Diciembre del 2010. Los estudiantes investigados fueron 91.

La información se obtuvo mediante la aplicación de reactivos psicológicos tanto de ansiedad como de asertividad con lo el objetivo de determinar el nivel de ansiedad en los estudiantes y comprobar si esa ansiedad influye en la capacidad asertiva de los mismos. Para determinar los niveles de ansiedad se aplico el test de

Ansiedad de Hamilton y para comprobar el déficit asertivo se utilizó la Escala multidimensional de Asertividad.

Con los resultados obtenidos se verificó la hipótesis y además se planteo como propuesta la Formación de grupos Terapéuticos para el Entrenamiento Cognitivo-Conductual de la Asertividad, con lo que a través de técnicas específicas lograremos la disminución de la ansiedad y la instauración de capacidades asertivas simples, enfáticas y confrontativas en los estudiantes.

INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo se pretende resumir los resultados obtenidos de la investigación titulada LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL DÉFICIT ASERTIVO EN ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO DURANTE EL PERIODO JUNIO-DICIEMBRE 2010 Se presentan los datos más relevantes, con énfasis en los resultados de la investigación.

El fenómeno psicológico de la ansiedad tiene gran actualidad en nuestra sociedad ya que está presente en todos los ámbitos especialmente en el educativo y más aún entre estudiantes universitarios que están expuestos a presiones diversas y que, como consecuencia de los síntomas ansiosos pueden presentar un déficit en su capacidad asertiva.

El enfoque que presentaremos tiene un marco teórico identificado con la escuela de pensamiento cognitivo-conductual que se ha convertido en una de las principales escuelas de la práctica psicológica. Para la recolección de la información se utilizó las baterías psicológicas de Ansiedad de Hamilton y la Escala multidimensional de Asertividad

La investigación está estructurada por capítulos en un total de seis incluido la propuesta de solución y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN:

LA ANSIEDAD Y SU INCIDENCIA EN EL DÉFICIT ASERTIVO EN ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO DURANTE EL PERIODO JUNIO-DICIEMBRE 2010

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

Macro

La Organización Mundial de la Salud (2001) establece que aproximadamente 450 millones de personas alrededor del mundo padecen problemas relacionados con la ansiedad, especialmente personas que pertenecen a sociedades de primer mundo como la Americana y la Europea, en donde la prevalencia de los diferentes trastornos relacionados con la ansiedad alcanzan tasas alarmantes, según datos proporcionados por la Universidad de Virginia 40 millones de estadounidenses entre 18 y 54 años padecen cada año de algún tipo de trastorno de ansiedad.

En España, la Universidad Católica San Antonio de Murcia realizó una investigación (**Galindo, Morales, Guerrero (2009)**) sobre “la prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios” para lo cual se utilizó una muestra de 700 alumnos en los cuales se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) con este instrumento psicométrico se

demonstró que el 47,1% de los estudiantes sufrían trastornos de ansiedad y el 55,6% depresión siendo las mujeres quienes presentan mayor riesgo de padecer ansiedad.

Como ya es ampliamente difundido la ansiedad o indicadores estresantes están presentes en ámbitos como; el educativo, familiar, social y el laboral, dentro del campo educativo los estudiantes pueden padecer entre otras muchas cosas de un déficit en su capacidad asertiva adoptando como consecuencia conductas pasivas o agresivas. **(Lange y Jakubowski 1976)**

Meso

En una investigación realizada con 98 estudiantes de primer y sexto año de la carrera de medicina de la universidad Mayor San Marcos de Lima Perú se evaluó la prevalencia de ansiedad estado (AE) y ansiedad rasgo (AR) con sus respectivos niveles, encontrándose que la mayoría de la población presenta niveles moderados de ansiedad. Con respecto a la AE, un 64,2% de los alumnos del primer año y un 57,8% de alumnos del sexto año presentó un nivel moderado; en cuanto a la AR, 54,7% y 48,9% de los alumnos de primero y sexto año, respectivamente, presentaron niveles moderados de ansiedad. **Celis, Marco Bustamante y Dino Carrera, (2001)**

De manera similar con estudiantes de México y Cuba se llevo a cabo un estudio comparativo cuyo objetivo fue describir el nivel de asertividad en estudiantes universitarios, para lo cual participaron 426 estudiantes universitarios seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, de los cuales el 50.5% fueron de la ciudad de Mérida, México y el 49.5% de la ciudad de la Habana, Cuba. De los estudiantes mexicanos el 50.7% fueron hombres y el 49.3% mujeres con un promedio de edad de 20.01 y de los estudiantes cubanos, el 30.3% fueron hombres y el 69.7% mujeres con una edad promedio de 29.11

Los resultados mostraron diferencias significativas en los tres factores de la Escala Multidimensional de Asertividad entre los estudiantes de México y Cuba, aunque el patrón de respuesta fue muy similar, se observó que en los factores de asertividad indirecta y no asertividad los estudiantes mexicanos son los que obtuvieron las medias más altas, por el contrario, los estudiantes cubanos son los que obtienen la media más alta en el factor de asertividad.

Micro

Igual que en ámbito mundial la ansiedad es una de las primeras causas de consulta y atención en los centros especializados en salud mental en el Ecuador Según el Ministerio de Salud, los casos nuevos de ansiedad pasaron de un poco más de 9.000 en el 2008 a cerca de 13.000 el 2009. De ellos, 5.876 afectaron a mujeres en el 2008 y 8.407 en el 2009. Es llamativo y fácilmente entendible que Pichincha y Guayas sean las provincias más afectadas y que en provincias como Bolívar o Galápagos donde la vida y sus costos transcurren de otra manera casi no se la diagnosticaba aunque del 2008 al 2009 los casos se han duplicado en Bolívar y han pasado de 3 a 51 en las Islas Encantadas. En Chimborazo y Tungurahua, Sierra Central, los casos han disminuido en el periodo analizado. También en Sucumbíos en donde se pasó de 215 a 74.

Amable Ayora con su investigación “La Ansiedad en situaciones de evaluación o examen en estudiantes de la ciudad de Loja (Ecuador)” resume los niveles de ansiedad de los estudiantes secundarios de la ciudad de Loja en el año lectivo de 1991-1992.

Los resultados obtenidos señalan que de un total de 145 investigados, el 49% manifiesta que con frecuencia han presentado ansiedad situacional en evaluaciones o exámenes; el 51% manifiesta que: siempre han presentado ansiedad situacional.

Tal como nos demuestra el trabajo realizado por Amable Ayora la ansiedad en el campo educativo constituye una experiencia ampliamente difundida afectando no solo a estudiantes secundarios sino también a universitarios.

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

La ansiedad es considerada una de las enfermedades más peligrosas del siglo actual ya que más de la mitad de las personas en el mundo la padecen, es la causante de un sin número de patologías tanto físicas, psicológicas y conductuales esto debido a que la sociedad contemporánea obliga a que las personas se vuelvan más prácticas y competitivas, a causa de esta exigencia diariamente se ven expuestas a presiones que afectan su estilo de vida, esta presión está presente en todos los ámbitos como el laboral, familiar y académico sobre todo en estudiantes de diversos niveles especialmente en estudiantes universitarios que de una u otra manera están expuestos a la presión tanto familiar, social como personal esto hace que adopten conductas un tanto inapropiadas que provocan ya sea una actitud pasiva caracterizada por la no defensa de sus derechos y necesidades debido a que pueden estar padeciendo síntomas ansiosos moderados como el insomnio y el humor depresivo y otra agresiva en donde la persona abusa de los demás con tal de conseguir lo propuesto, debido a la presión ya mencionada sumada a la inquietud, aprehensión e irritabilidad producto de la dinámica de la ansiedad, el padecimiento de ansiedad es tan común en el ámbito educativo por el sin número de consecuencias que esta provoca entre las que se encuentra el déficit asertivo en donde los estudiantes pueden adoptar conductas pasivas o agresivas caracterizada por distintas actitudes psicológicas y comportamentales, es que la asertividad se ha ido haciendo cada vez más deseable como cualidad personal debido a en parte a que apoya una mayor libertad para que las personas puedan mejorar la calidad de su vida diaria estableciendo relaciones más funcionales, más directas y más auténticas ya que la asertividad ayuda a las personas a comunicar lo que quieren expresar de una forma más eficaz por eso se hace necesario el abordaje y estudio práctico de la ansiedad en estudiantes universitarios para promover la mejora física, psicológica y conductual que permitirá a los estudiantes alcanzar una estabilidad emocional, convirtiéndose en a

su vez en alumnos académicamente estables con un gran perfil profesional y con un estado de salud mental positivo.

1.2.3. PROGNOSIS

Si no se realiza un especial énfasis en el estudio práctico del padecimiento de la ansiedad en estudiantes, especialmente en los de nivel superior y si no se propone una solución innovadora y factible para que puedan manejarla y encaminarla se tendrá estudiantes y futuros profesionales con una visión deficiente del futuro, con baja autoestima y con un pobre auto concepto que les invalidará como personas y como seres humanos, esto les producirá una inestabilidad emocional y un gran vacío existencial.

En lo referente al déficit asertivo; si no tomamos decisiones rápidas y precisas si nos quedamos de brazos cruzados si no hay una atención especializada en salud mental esta conducta podría llegar a expandirse e incapacitará la expresión y comunicación de cariño, cordialidad y afecto dentro del ambiente escolar con sus compañeros y con su familia. Además los estudiantes estarían expuestos a que en cualquier momento cualquier persona no respetase sus derechos y por causa de su no-asertividad no ser capaz de defenderlos, adoptando conductas pasivas en algunos casos, y en otros podrían presentar conductas agresivas con profesores, compañeros y familiares al interpretar ante cualquier situación que sus derechos son violentados.

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide la ansiedad en el déficit Asertivo en estudiantes de primer y segundo semestre de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato durante el periodo Junio-Diciembre 2010?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Qué nivel de ansiedad presentan los estudiantes?
- ¿Cómo se manifiesta la ansiedad?
- ¿Qué nivel de ansiedad presentan los estudiantes con déficit asertivo?
- ¿De qué manera afecta el déficit asertivo a los estudiantes?
- ¿Qué tipo de comportamiento tienen los estudiantes con déficit asertivo?
- ¿Cómo se manifiesta el déficit asertivo en la vida de los estudiantes?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.6.1 De contenido

CAMPO: Salud mental

ÁREA: Psicología Clínica

ASPECTO: Ansiedad y déficit Asertivo en estudiantes

1.2.6.2 Delimitación espacial

La investigación se realizará en los espacios físicos de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.

1.2.6.3 Delimitación temporal

El trabajo de investigación se desarrollara durante el periodo de Junio-Diciembre 2010

1.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación involucra a la misión de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO “satisfacer las demandas científico - tecnológicas de la sociedad ecuatoriana en interacción dinámica con sus actores, formar profesionales líderes con pensamiento crítico reflexivo, creativo con conciencia social que contribuya al desarrollo científico, técnico, cultural y axiológico del país; desarrollar la investigación científica y tecnológica como un aporte en la solución de los problemas; producir bienes y prestar servicios para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los ecuatorianos e impulsar el desarrollo sustentable del país.”

Es por eso que al estar inmersos en una sociedad en donde la competitividad y la exigencia son cada vez mayores y están presentes en todos los ámbitos, especialmente en el académico es que esta investigación tiene gran relevancia ya que los estudiantes se ven expuestos a más de las exigencias académicas a las presiones tanto familiares como personales, esto hace que presenten un mal manejo de sus emociones, por lo que se ven expuestos al padecimiento de distintos niveles de ansiedad que provocan múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico; este desajuste produce en el estudiante un déficit en su asertividad provocando en ciertos momentos actitudes pasivas o agresivas, la no defensa de sus derechos y en varios casos la deserción académica, es por eso que se hace necesario dentro del trabajo psicológico el abordaje de la ansiedad en estudiantes para así promover la disminución de la misma y enfocarnos al posterior entrenamiento e implantación de comportamientos asertivos simples, enfáticos y confrontativos.

Al realizar el abordaje de la ansiedad propuesto en este proyecto investigativo los principales beneficiados serán los estudiantes ya que se empezará el trabajo con el respectivo abordaje de los síntomas esto permitirá un alivio y por consecuencia se producirá mayor estabilidad, mejor autoconcepto y se sentirán preparados para interactuar profesionalmente y ser un gran aporte para el avance científico técnico de la sociedad.

La investigación es original y factible ya que la ansiedad es una de las enfermedades que más padecen las personas en el siglo actual y que en el peor de los casos se vuelve crónica e incapacitante.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Indagar si la ansiedad en los estudiantes de primer y segundo semestre conlleva a un déficit de asertividad.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de ansiedad en los estudiantes.
- Comprobar si la ansiedad influye en la capacidad asertiva de los estudiantes.
- Establecer la relación entre niveles de ansiedad y déficit asertivo.
- Elaborar una propuesta de solución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Realizando un recorrido por la biblioteca de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO en la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD se encontró algunas investigaciones que pueden dar apoyo al presente trabajo en especial la investigación de Ansiedad y consumo de Tabaco en Adolescentes de Jadira Moreta cuya población fueron 151 Adolescentes en donde concluye que los estudiantes del Colegio Camilo Gallegos Lara de Latacunga presenta algún índice de ansiedad siendo el más sobresaliente la intensidad leve 56% además que existe una estrecha relación de ambas variables ansiedad y consumo de tabaco

También servirán de apoyo las investigaciones de Amable Ayora publicado por la revista de Latinoamericana de Psicología en el año (1993) cuyo título es La Ansiedad en situaciones de evaluación o examen en estudiantes de la ciudad de Loja (Ecuador) en donde el objeto de investigación fueron 145 estudiantes hombres y mujeres que como resultado expone que hay diversas sensaciones corporales , pensamientos sentimientos y conductas que son una señal que indica la presencia de ansiedad y que además son típicos dentro del cuadro de un estado de ansiedad . así como también el trabajo de Ansiedad y Estrés académico en estudiantes de medicina realizado en la Universidad SAN MARCOS DE LIMA, PERU del año (2001) cuyos autores son Juna Celis, Marco Bustamante y Dino Carrera en este estudio se pudo evidenciar que la principal situación generadora de estrés en ambos grupos fue la “sobrecarga académica”. Se observó también que en el segundo lugar difieren ambos grupos, siendo para el primer año la “falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas” y para el sexto año la “realización de un examen”.

La investigación Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios(2009)realizada en la Universidad Católica San

Antonio de Murcia por Serafín Balanza Galindo, Isabel Morales Moreno y Joaquín Guerrero Muñoz en donde se demostró que el 47,1% de los estudiantes sufrían trastornos de ansiedad y el 55,6% depresión siendo las mujeres las más afectadas.

Como referente bibliográfico, la investigación se basara en los siguientes libros:

Manual de Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis y Russell Grieger 9na edición del año (2003) encontrado en la biblioteca de la facultad de psicología de la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR.

En el manual de Criterios Diagnósticos DSM IV TR (MASSON 2005) encontrado en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.

En los libros localizados en la biblioteca de la UNIVERSIDAD CRISTIANA LATINOAMERICANA cuyos títulos son: Psiquiatría 2da Edición de Renato D: Alarcón y Guido Mazzotti, Psiquiatría General de Goldman

2.2. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

La Universidad Técnica de Ambato, se crea mediante Ley No. 69-05 del 18 de abril de 1969, como una comunidad de profesores, estudiantes y trabajadores.

Misión

La Universidad Técnica de Ambato, la primera universidad estatal creada en la zona central del Ecuador, desarrolla sus actividades en su casona ubicada en la ciudadela Ingahurco, ciudad de Ambato, Provincia de Tungurahua

La misión de la Universidad Técnica de Ambato: satisfacer las demandas científico - tecnológicas de la sociedad ecuatoriana en interacción dinámica con sus actores, formar profesionales líderes con pensamiento crítico reflexivo, creativo con conciencia social que contribuya al desarrollo científico, técnico, cultural y axiológico del país; desarrollar la investigación científica y tecnológica

como un aporte en la solución de los problemas; producir bienes y prestar servicios para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los ecuatorianos e impulsar el desarrollo sustentable del país.

Visión

La Universidad Técnica de Ambato, por sus niveles de excelencia se constituirá en un centro de referencia académica científico y humanístico del país. Ser la institución que promueva la generación de proyectos y propuestas como soporte para el desarrollo provincial, regional nacional. En su entorno y tomando en cuenta las manifestaciones del pensamiento del mismo creará conocimiento, formará profesionales competentes, realizará investigaciones científica y tecnológica, difundirá el arte y la cultura, promoverá el deporte y prestará servicios, proponiendo alternativas de solución a los problemas diversos sectores productivos y sociales. Estas acciones se realizarán en un ámbito de libertad, respeto a los derechos humanos e intelectuales, participación integrativa equidad de género y defensa del medio ambiente, con criterio de sustentabilidad y sostenibilidad.

Reseña Histórica De La Carrera

Para el año 2000 la tradicional Facultad de Ciencias de la Educación de la UTA, cambio su denominación a Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, con el objetivo de ofertar nuevas carreras además de aquellas de formación docente, es así que la mencionada Facultad planificó y puso en marcha la Carrera de Psicología que estaba estructurada, con cuatro semestres de formación básica o tronco común y el resto de ciclos de la carrera destinados a las especialidades de: Psicología Industrial, Educativa y Clínica, sin embargo, las máximas autoridades de la UTA, consideraron que al igual que otras carreras creadas en Ciencias Humanas, la especialidad de Psicología Clínica, debía funcionar en la recién creada Facultad de Ciencias de la Salud, es así que el H. Consejo Universitario resolvió el traslado de los estudiantes de la primera y segunda promoción de la

carrera de Psicología a la Facultad de Salud para cuando tengan que escoger la especialidad de Psicología Clínica, produciéndose este traslado en el año 2002, sin embargo las autoridades de la facultad de Ciencias de la Salud decidieron crear esta especialidad como carrera independiente, y simultáneamente se inició una promoción en la Carrera de Psicología Clínica desde primer semestre lo cual era inédito, pues en aquella época en ninguna universidad del país funcionaba esta especialidad, como carrera independiente desde el primer semestre, posteriormente otras universidades como la UNACH, siguieron este ejemplo, el proyecto y diseño curricular de Psicología con las especialidades de industrial, educativa y clínica, fue desarrollado por la Facultad de Ciencias Humanas y Educación, posteriormente se realizaron algunas reformas para articularla como carrera independiente, el primer proyecto lo hicieron los doctores Oswaldo Espinoza y Walter Vayas Valdivieso, luego la Psic. Clic Msc. Marlene Macías realizó una reforma y fue la primera Coordinadora de la Carrera desde septiembre 2002, gracias a la amplia experiencia y conocimientos de la profesional, se incorporó a la planta docente a aquellos profesores quienes tenían el perfil afín a la psicología clínica que trabajaban en la carrera de psicología de la Facultad de Ciencias Humanas, además se integró a otros excelentes profesionales de la Psicología Clínica, se realizó un plan de prácticas que permitía a los estudiantes estar insertos en diversos centros de atención psicológica en las provincias de Tungurahua y Cotopaxi, la Psicóloga Macías se mantuvo en el cargo hasta agosto 2004, en su reemplazo se nombró a la Dra. Wilma Morales, profesional con experiencia y formación en España, quién dio un fuerte impulso al área de prácticas de la carrera, logrando concretar varios convenios, el más importante con el Hospital Psiquiátrico San Lázaro de Quito, en donde los estudiantes de último año realizaron un internado, luego se nombró para en marzo 2006 a la Dra. Flor Criollo, Médico-Psiquiatra, quién incorporó varios docentes con un perfil y experiencia acorde a las necesidades de la carrera, se mantuvo en el cargo hasta agosto 2006 y las autoridades de la Facultad nombraron al Psic. Clic. Marco Mena, profesional que regresó después de cumplir una formación de postgrado en Argentina y se hizo cargo de la dirección de esta carrera hasta agosto 2008, durante su gestión elaboró el Diseño Curricular Basado en Competencias, el cual se encuentra vigente, además de que realizó dos seminarios de Graduación,

posteriormente, en agosto del año 2008 se designó en el cargo a la Dra. Rocío Villalva, hasta febrero 2010, y ejecutó el 3er Seminario de Graduación, posteriormente se designó al Psic. Clic. Ismael Gaibor, como coordinador de la carrera en marzo 2010, siendo ésta la primera ocasión en que se designaba un Coordinador con su respectivo nombramiento, el profesional incorporó docentes de un alto nivel de formación y experiencia, además organizó el "Curso-Taller Nuevas Herramientas Psicoterapéuticas" contando con la presencia de destacados expositores de todo el país, siendo el primer evento de esta clase organizado por la carrera, también se dio impulso a proyectos de vinculación con la colectividad y casa abiertas, además de que realizó el IV Seminario de Graduación, que se encuentra en curso.

Hasta ahora la Carrera ha graduado a 5 promociones, quiénes se encuentran insertados en diferentes áreas de práctica clínica y docencia en varias ciudades de todo el país, la mayor parte de ellos se encuentran ejerciendo su profesión en instituciones públicas y privadas en prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, para niños, adolescentes y adultos.

2.3. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La investigación adoptará un paradigma crítico propositivo ya que la finalidad de la investigación es la comprensión e identificación de potencialidades de cambio tiene interacción transformadora es participativo, abierto, flexible.

Es crítico porque cuestiona los esquemas psicológicos y es propositivo cuando la investigación no se detiene en la observación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución en un clima de actividad esto ayuda a la interpretación de los fenómenos psicológicos en su totalidad.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los mismos, la interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que generan cambios profundos.

La investigación está comprometida con los seres humanos y su crecimiento personal.

2.4. FUNDAMENTACION PSICOLOGICA

Para la presente investigación se utilizará la escuela psicológica cognitiva-conductual, prestando más atención a la influencia del pensamiento en la conducta, las terapias de conducta cognitivas.

Cognitiva porque se encarga del estudio de la cognición, es decir, los procesos mentales implicados en el conocimiento. Tiene como objeto de estudio los mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico. Por cognitivo entendemos el acto de conocimiento, en sus acciones de almacenar, recuperar, reconocer, comprender, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos. El modelo cognitivo se basa en que:

Las cogniciones influirán tanto en nuestras emociones como en nuestra conducta

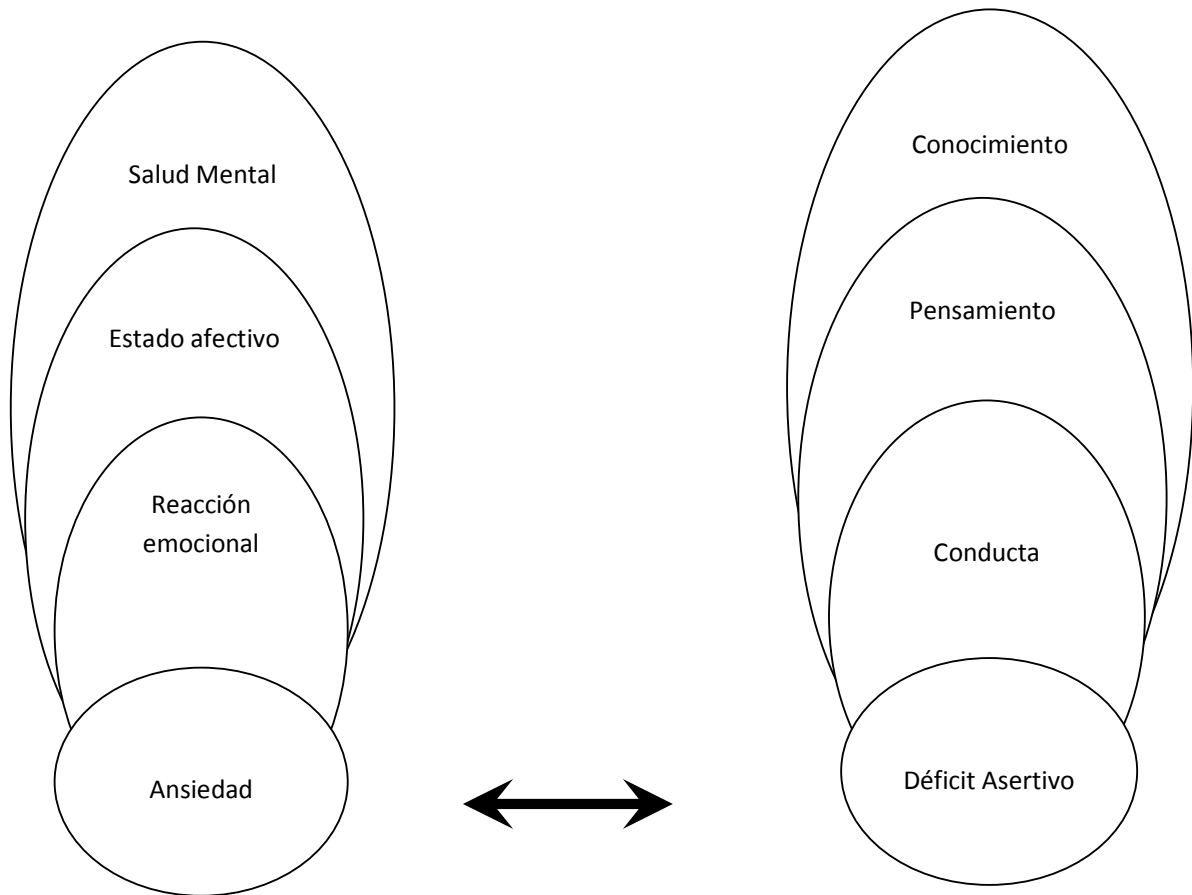
Y conductual porque se basa en la afirmación de que el comportamiento humano puede reducirse a un conjunto de respuestas ante unos determinados estímulos. Si se quiere modificar una determinada respuesta se tendrá que añadir algo al estímulo para poder modificar la respuesta, La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que podemos agrupar en los siguientes:

(Rimm y Cunningham, 1988) La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales más cercanos a la conducta manifiesta

La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos, asume que la conducta anormal es adquirida en gran parte a través de aprendizaje (clásico, operante y por modelamiento).

Mediante técnicas cognitivas conductuales a menudo conocida como terapias del comportamiento, que han llegado a ser una de las fuerzas principales de la psicología clínica se ayudara a modificar conductas un poco inapropiadas que presentan ciertos estudiantes de la carrera de psicología clínica de primer y segundo semestre como consecuencia de un estado ansioso.

2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



VARIABLE INDEPENDIENTE.- Ansiedad

2.5.1 SALUD MENTAL

En psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. También se considera un estado normal del individuo **(Davini, Gellon De Salluzi, Rossi, 1968)**.

2.5.2 Estado Afectivo

Según el diccionario de psicología de **Alberto L. Merani (1977)** el estado afectivo es “el conjunto de reacciones psíquicas del individuo enfrente de situaciones provocadas por la vida , emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo representa el dominio de lo agradable y desagradable del amor y del odio , es un fenómeno intimo pero también social.”

2.5.3. Reacción Emocional

Para Grossman (1967), la reacción emocional es un “sentimiento subjetivo que ocurren en respuesta a algún evento (estímulo externo); poseen una consistencia dual, por un lado está la expresión de la emoción (respuestas manifiestas somáticas y autónomas) y, por el otro, la experiencia interna (la respuesta del sistema nervioso central) inferida solamente a través de los reportes verbales de sentimientos subjetivos.”

2.5.4 Ansiedad

María Teresa González Martínez en (1993) define a la ansiedad como una “forma de conducta compleja y multidimensional en la que existen componentes de respuesta fisiológicos, motores y subjetivos-cognitivos. Este patrón de conducta surge cuando un individuo se halla expuesto a estímulos interpretados como amenazantes, bien porque objetivamente lo sean o porque la persona subjetivamente así lo vivencia.”

VARIABLE DEPENDIENTE: Déficit Asertivo

2.5.5. Conocimiento

“(Lat, cognosco = percibir el entendimiento). Cualquier cosa de la que una persona tiende a saber o posee información. El plural conocimiento se emplea en psicología para indicar la acumulación de informaciones, más o menos bien comprendidas, con preferencia basadas sobre datos de hechos, que es poseída por un individuo.” Diccionario de psicología de **Alberto L. Merani (1977)**

2.5.6. Pensamiento

“(Lat. Pensó, are = estimar, apreciar). Secuencia de procesos mentales de carácter simbólico estrechamente relacionados entre sí, que comienzan con una tarea o problema, en general por grados y llegan a una conclusión o a una solución **P. asociativo** formas de pensamiento que no son directos o lo son de manera relativa y se oponen al pensamiento intencional o directo **P. de grupo** actividad de pensamiento que es desarrollada en colaboración por un grupo. **P. directo** serie de procesos de pensamiento que se desarrollan con referencia a una meta establecida.” Diccionario de psicología de **Alberto L. Merani (1977)**

2.5.7. Conducta

“(Lat. Concutus=conducir , llevar). Modo de conducirse una persona en las relaciones con los demás, según una norma moral, social, cultural. También se refiere a la conducta global de un grupo social en sus relaciones para con otro. A veces se lo emplea como sinónimo de comportamiento, pero es incorrecto, pues la conducta siempre implica una actividad consciente. **C. desviadora** la que se aleja de los modelos morales, sociales, culturales que son generalmente aceptados por el grupo al que pertenece el individuo. Se aplica en estadísticas cuando se trata de conductas que se alejan de una posición media. **C. social** la conducta considerada desde el punto de vista del juicio moral y que implica una interacción en el ambiente social de individuos o de grupos”. Diccionario de psicología de **Alberto L. Merani (1977)**

2.5.8. Déficit Asertivo

“Cuando la ansiedad aparece en situaciones interpersonales, se hace necesario evaluar si ella se debe a un déficit en comportamientos asertivos. La aserción o asertividad es la capacidad de expresar lo que se siente y se piensa de manera socialmente adecuada, sin experimentar ansiedad o agresión. Las personas con déficit en asertividad tienen dificultades para defender sus derechos, negarse a

peticiones poco razonables, expresar un desacuerdo, entre otras.” **Diccionario de psicología de Alberto L. Merani (1977)**

2.6. FUNDAMENTACION TEORICA-CIENTIFICA

2.6.1. ADOLESCENCIA

- **Definición**

Una definición de adolescencia requiere la consideración de la edad y también de las influencias socio-históricas, teniendo en cuenta estas limitaciones podemos definir la adolescencia como el periodo evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta que implica cambios biológicos cognitivos y socio-emocionales.

Psicología del Desarrollo 9na edición (Papalia 2005)

- **Etiología**

La adolescencia no es un incidente ambiental todo ser humano tiene programado en sus genes el momento en que aparecerá , las hormonas como los andrógenos (testosterona) que son el principal tipo de hormona masculina son las responsables de la aparición del primer pelo ,del bigote ,del aumento de estatura , del desarrollo de los genitales, del cambio de voz en los chicos y los estrógenos (estradiol) que desempeña un papel importante en el desarrollo femenino , conforme van aumentando los niveles de estradiol en las chicas se desarrollan los senos y el útero y se producen cambios esqueléticos, es importante tener en cuenta aunque estas hormonas predominan mas en un sexo que en el otro están presentes en ambos sexos. **Psicología del Desarrollo 9na edición (Papalia 2005)**

Fases de la Adolescencia

Si bien la adolescencia es un periodo de la vida que oscila de la niñez a la adultez no existe solo una adolescencia se suele considerar que la adolescencia tiene las siguientes fases con sus características, si bien, la frontera entre cada una es muy difusa y varía según el autor:

Adolescencia inicial de 11 a 13 años

Adolescencia media de 14 a 16 años

Adolescencia terminal de 17 a 22 años

- **Características de la Adolescencia Inicial**

Características físicas y emocionales

Entre los 11 y los 13 años la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional. Se produce una reestructuración de la imagen corporal, se vive un ajuste a los cambios corporales emergentes, el ánimo es fluctuante; hay una fuerte autoconciencia de las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte de los mayores. Aún cuando las figuras parentales dejan de ser la fuente casi exclusiva de fomento de la autoestima, se hace imprescindible tener la posibilidad de compartir los problemas con los padres; las amistades también se tornan cruciales. Los grupos tienden a ser del mismo sexo, facilitando el fortalecimiento de identidades y roles antes de entrar a la interacción heterosexual.

La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta. Existen duelos por la pérdida del cuerpo y el status infantil así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez (Aberastury, 1971). En la familia afloran ansiedades ante el anuncio de cambios diferenciadores cuyo desenlace se ignora. Las fortalezas y debilidades del sistema familiar contribuyen a la interpretación de los hechos y a la perspectiva que orienta las reacciones y actitudes ante el renacer puberal.

Tradicionalmente el comienzo de la pubertad marca la aparición del discurso en que los mayores enfatizan los riesgos y las perspectivas morales. La autonomía en la toma de decisiones no es fomentada. Culturalmente, la emergencia de indicios de desarrollo sexual tiende a ser enfrentada por los adultos de modo opuesto para cada sexo: control y vigilancia para las muchachas, estímulo y libertad para los varones.

En las adolescentes la menarquía es un indicio de gran importancia y el acontecimiento es reinterpretado de acuerdo a las valoraciones atribuidas al destino de la mujer. Las reacciones pueden ir desde la indiferencia parental al festejo o anuncios del drama de la sexualidad y la procreación, las responsabilidades de la adultez. Las diferentes posiciones tendrán impacto en la disposición con que la púber enfrenta la perspectiva de crecer.

Para los varones, las poluciones nocturnas son casi un secreto que puede vivirse con preocupación o perplejidad; la discreción es la respuesta que reciben con mayor frecuencia. La construcción de su masculinidad pasa por comprobaciones de virilidad exhibidas ante los pares para llegar a iniciarse en las pautas de la conquista heterosexual que las posiciones tradicionales de género demandan a su rol sexual. La ansiedad ante la falla y el fracaso en dicha afirmación puede instaurarse influyendo en la relación de género. **Libro Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia (Berger Kathleen Stassen Berger 2007)**

Características cognitivas

El desarrollo cognitivo o intelectual en estas edades se caracteriza por la habilidad de pensar en forma abstracta, siguiendo la teoría de Piaget el sujeto se encuentra en el estadio de las operaciones formales esto le permite utilizar el pensamiento hipotético-deductivo, pensando en términos de posibilidades y tratando los problemas de forma más flexible.

En los primeros años de la adolescencia el niño tiene un interés mayoritario por el presente, sus pensamientos sobre el futuro son escasos, comienzan a surgir las inquietudes intelectuales y se adquiere una mayor capacidad para el trabajo sea

físico mental o emocional. **Educador de educación especial (Rocío Clavijo Gamero 2005)**

Las Operaciones Formales: Las operaciones formales dan el nombre al estadio más avanzado de desarrollo cognitivo según la teoría de Piaget. En él se adquieren nuevas habilidades intelectuales que permiten el pensamiento abstracto y la resolución de problemas complejos. Esto quiere decir que el sujeto no se limita a actuar sobre objetos concretos e inmediatos sino que puede manejar objetos abstractos.

No todos los sujetos llegan al nivel de operaciones formales aunque si se da en la mayoría de adolescentes y adultos occidentales con cierto grado de escolarización. De todas formas, el hecho de que se adquiriera la capacidad de operar formalmente, no quiere decir que se abandone definitivamente el pensamiento concreto, incluso muchas personas que han adquirido el pensamiento formal en ocasiones tienen fallos al aplicarlo. La capacidad para desarrollar un pensamiento abstracto y realizar operaciones formales se puede potenciar ejercitando el pensamiento a través de:

Razonamientos hipotético-deductivos. Asimilación de la información compleja (verbal y no verbal), Elaboración de hipótesis y estrategias para la resolución de problemas, Control y comprobación de variables de hipótesis. **Libro Educador de educación especial (Rocío Clavijo Gamero (2005)**

Características sociales

Para que exista un desarrollo social saludable es necesario en primer lugar que exista una valoración y un autoconcepto positivo de sí mismo, a partir de ahí se produce la progresiva independencia de la familia.

El concepto de sí mismo u autoconcepto es el conocimiento que se tiene sobre la propia persona. El autoconcepto se desarrolla durante el primer año de vida. A través de la maduración y coordinación motriz el niño construye el concepto de sí mismo en tanto que ser físico, y conoce relativamente bien sus fuerzas y sus

limitaciones corporales. Sin embargo es en la adolescencia que experimenta un desarrollo decisivo.

En la adolescencia debido a los grandes cambios corporales que se producen, el joven necesita revisar y rehacer la imagen de su propio cuerpo. Se encuentran muy afectados y preocupados por el físico lo que influye enormemente no solo en el autoconcepto, sino también en la valoración que hacen de sí mismos, es decir en la autoestima. Cuando más atractivo o eficaz cree el adolescente que es su cuerpo, mayor y más elevada será su autoestima positiva. Las chicas suelen centrarse más en lo atractivo del cuerpo y los chicos en su eficacia, entendida como capacidad para competir con éxito en los deportes o actividades que requieran esa habilidad. Los adolescentes sienten la necesidad de ser reconocidos por los demás para aceptarse y valorarse positivamente por lo tanto el reconocimiento del adolescente dentro de su grupo de compañeros y la posición que ocupa asegura un autoconcepto positivo. **Libro Educador de educación especial (Rocío Clavijo Gamero (2005))**

Características psicosexuales

Los cambios físicos durante la pubertad están influenciados por hormonas. La pubertad se inicia por una serie de cambios neurohormonales cuyo último fin es conseguir la capacidad reproductora propia de cada sexo.

En este eje hormonal intervienen el sistema nervioso central, el hipotálamo, la hipófisis y las gónadas. Durante la infancia la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) del hipotálamo está dormida. Cuando se inicia la pubertad esta hormona se eleva estimulando la hipófisis que libera las gonadotropinas hipofisarias: FSH y LH encargadas de realizar los cambios típicos en el cuerpo del adolescente.

En los chicos la secreción de la hormona FSH estimula la formación de espermatozoides, la LH estimula a las células del testículo a formar testosterona y ésta acelera el crecimiento del niño, madura los genitales (pene, escroto y próstata), estimula el crecimiento del vello púbico, facial y axilar, cambia la voz y aumenta la libido.

En las chicas la secreción de FSH y LH estimulan la maduración de los ovarios y los activan para producir otras hormonas: estrógenos y progesterona. Con todos estos cambios se induce la ovulación y el ciclo menstrual. Los estrógenos, como el estradiol, estimulan el desarrollo mamario, de los genitales externos y del útero; también incrementa la grasa corporal y aumentan la velocidad de crecimiento. La progesterona tiene un papel en la maduración del endometrio y las mamas. En las chicas durante la pubertad también hay un aumento de la testosterona que estimula el crecimiento y el crecimiento del vello púbico y axilar.

La menarquía o primera menstruación aparece como media a los 12 años aunque puede ser normal entre los 9 y los 17 años. Existe la idea errónea de que las niñas cuando tienen la menarquía dejan de crecer; esto no es cierto. A partir de la primera menstruación pueden crecer entre 5-10 cm.

En los chicos la madurez sexual se manifiesta con la producción de espermatozoides o espermaquia que ocurre como media a los 13 años pero puede ocurrir entre los 10 y 14.

Los caracteres sexuales secundarios son los que marcan la feminidad y la masculinidad. Su aparición retardada o adelantada respecto a sus iguales puede causar problemas de autoestima en el adolescente.

En los chicos los caracteres sexuales secundarios son: vello púbico, axilar, facial y torácico, cambio de la voz y del olor corporal (por la secreción de las glándulas sebáceas y apocrinas).

En las chicas, el desarrollo mamario, la aparición del vello, el cambio del tono de voz y el olor corporal constituyen los caracteres sexuales secundarios. **Libro El desarrollo humano (Juan Delval 1996)**

Características de la Adolescencia Media

Características físicas

El adolescente empieza a asumir su nuevo cuerpo, y su nueva identidad. Ya no se ve a sí mismo como un niño.

En el varón continúa el crecimiento del pene y la laringe, que ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el estirón masculino, aunque un poco más tardío es mayor que en el de la mujer. Los cambios físicos fundamentales de la adolescencia media son:

- Aceleración y desaceleración (al final de esta etapa) del crecimiento óseo y de los órganos internos
 - Cambios en la composición corporal
 - Maduración sexual (aparato reproductor y de los caracteres sexuales secundarios)
 - Aumento del peso por aumento de la masa muscular y de la densidad de los huesos.
 - Redistribución de la grasa corporal
 - Crecimiento de los órganos internos: cerebro, hígado, riñón o corazón
- libro El desarrollo humano (Juan Delval 1996)**

Características cognitivas

El desarrollo intelectual durante la adolescencia, trae nuevos recursos para la diferenciación identitaria y para el replanteamiento de las relaciones con el mundo. La simbolización, la generalización y la abstracción introducen visiones más amplias y diversas de los acontecimientos. De la posición infantil de estar "en" el mundo, pasa a situarse en "perspectiva" frente a él y a sí mismo. Esto es, puede "re-flexionar", volver la mirada sobre su propia forma de pensar y ser, así como sobre la de los demás (Krauskopf, 1994). Estos logros, junto a la necesidad de diferenciación, conducen al característico cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones que se habían aceptado durante la socialización previa. La confrontación que se desencadena, amenaza las necesidades de control

y autoestima de los mayores involucrados (padres, maestros, etc.). En la adolescencia se procura explorar las fuentes posibles de reconocimiento sensorial, emocional, social. Los sistemas de ideas congruentes, aunque parciales, van procurando zonas de seguridad. La posibilidad de ponerlas en práctica y acompañarlas de reflexión y asesoría permite enriquecer sus conceptualizaciones. De lo contrario, como lo plantea Aberastury (1973:42), si al adolescente "...se le priva de la capacidad de acción, se le mantiene en la impotencia y, por lo tanto, en la omnipotencia del pensamiento."

El desarrollo intelectual es parte del empuje de insertarse en el mundo de una nueva forma. Existe interés por nuevas actividades, emerge la preocupación por lo social y la exploración de capacidades personales en la búsqueda de la autonomía. **Libro Salud y sexualidad en la adolescencia (Anameli Monroy)**

Características psicosexuales

La identidad sexual es uno de los elementos de la identidad total del individuo, la sexual abarca (Monroy1990) las siguientes características:

- 1.- Identidad de género.- se refiere al reconocimiento y aceptación de nosotros mismos como hombre o mujer.
- 2.- Carácter sexual o carácter de género.-se refiere a la manera de actuar o de comportarnos como hombre o como mujer.
- 3.- Orientación sexual.- se refiere a nuestra preferencia sexual. Está basada en los sentimientos persistentes de atracción sexual y emocional hacia los hombre o hacia las mujeres o hacia ambos sexos.

La identidad sexual al igual que la identidad personal y social del individuo, también debe pasar por un proceso para consolidarse durante el periodo adolescente este proceso se divide en cuatro etapas:

Primera etapa: Aislamiento

- 1.- imagen personal distorsionada
- 2.- formación de grupos cerrados del mismo sexo
- 3.-objeto sexual aun no definido
- 4.- comportamientos sexuales, autoerotismo, exhibición, vocabulario vulgar

Segunda etapa: Orientación incierta hacia la sexualidad

- 1.-imagen corporal adaptada
- 2.-etapa del amigo íntimo (reflejo de sí mismo)
- 3.-objeto sexual aun no definido
- 4.-comportamientos sexuales: autoerotismo, cuantos y chistes, conductas homosexuales

Tercera etapa: Apertura a la heterosexualidad

- 1.- imagen corporal: interés por la apariencia física
- 2.-objeto sexual: múltiples parejas con carácter más exploratorio que afectivo
- 4.- comportamiento sexual: tipo exploratorio, fantasías eróticas, autoerotismo.

Cuarta etapa: Consolidación de la identidad sexual

- 1.-imagen corporal: aceptación y libre de distorsión
- 2.- relaciones estables con componentes de afecto y ternura
- 3.- objeto sexual único (pareja estable)
- 4.- comportamientos sexuales: autoerotismo, caricias, besos.

Para Behar de Hunio (1990) existen tres niveles de maduración para que los jóvenes estén en condiciones de ejercer su sexualidad en forma plena libre y responsable:

Nivel biológico.- determinado por el eficiente funcionamiento de los órganos sexuales (consecuencia de la pubertad)

Nivel emocional.- se logra cuando una persona encuentra en una sola persona (objeto amoroso único) la posibilidad de la intimidad.

Nivel social.- se logra cuando el nivel de maduración cognoscitiva y moral de una persona le posibilita actuar con responsabilidad hacia sí mismo y los demás.

Libro Salud y sexualidad en la adolescencia (Anameli Monroy)

Características sociales

La lucha por la emancipación y el adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación. Es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutirlos, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece. La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer "solitarios" se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona.

La familia ha dejado de ser el espacio privilegiado para confirmar las habilidades y autoestima adolescente, lo que genera para las figuras parentales el difícil desafío de lograr la capacidad de mantener y expresar, en estas nuevas condiciones, la aceptación de sus hijos adolescentes, lo que es siempre fundamental para su desarrollo. La sexualidad adolescente debe ser vivida fuera de la familia y los nuevos roles son ensayados y comprobados en grupos de pares y ámbitos de la sociedad más amplia. Esto conforma nuevas condiciones para el

desarrollo social que contribuyen a la diferenciación del grupo familiar y a la autonomía .**Libro Nociones de Psicología, (Telmo Salinas 2003)**

- **Características de la Adolescencia Tardía**

Características físicas

La adolescencia tardía es un período de crecimiento físico, mental y emocional rápido e intenso, el adolescente continuará afirmando su independencia y buscando su propia identidad en el mundo en este periodo la persona en lo referente a lo físico alcanza el 95% de su estatura adulta, continua el crecimiento avanzado de las características sexuales secundarias como vello facial y corporal en los varones, y senos en las mujeres.

Aumento del peso por aumento de la masa muscular y de la densidad de los huesos.

Redistribución de la grasa corporal y continua el crecimiento de los órganos internos: cerebro, hígado, riñón o corazón **libro El desarrollo humano (Juan Delval 1996)**

Características cognitivas

En la adolescencia tardía el adolescente atraviesa por dos etapas denominadas idealismo y discrepancia:

Idealismo.- La capacidad de los adolescentes para el pensamiento reflexivo les permite evaluar lo que han aprendido como niños (Schmidt y Davison, 1983) y volverse más capaces del razonamiento moral. Su capacidad para distinguir lo posible de lo real les permite imaginar cómo sería el mundo adulto bajo condiciones ideales. Comparando lo posible con lo real, reconocen que lo real es menos que ideal y así se convierten en rebeldes idealistas (White, 1980)

Por un tiempo los adolescentes desarrollan el equivalente de un complejo mesiánico, viéndose a sí mismos en un gran esfuerzo por reformar el mundo. Usualmente los esfuerzos de los jóvenes se limitan a la discusión verbal, pero algunos adolescente mayores pueden verse involucrados en movimientos grupales que buscan la reconstrucción utópica de la sociedad.

Discrepancia.- En ocasiones se acusa a los adolescentes de hipocresía por la discrepancia que existe entre lo que dicen y lo que en realidad hacen. Elkind (1978) ilustra esta tendencia con un ejemplo. Uno de sus hijos se quejaba de que su hermano entraba en su cuarto y tomaba sus cosas, reñía a su padre por no castigar al culpable, no obstante el mismo chico no sentía culpa por entrar al estudio de su padre sin su permiso y usar su calculadora. La conducta del joven revela la discrepancia entre el idealismo y la conducta . Al inicio de la adolescencia los muchachos tienen la capacidad para formular principios generales. Los jóvenes creen que si son capaces de concebir y expresar principios morales elevados los han logrado sin que sea necesario hacer nada concreto.

Libro de desarrollo adolescente

Características sociales

En la última fase de la adolescencia se comienza a evolucionar de un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de enfrentamiento personal y social propia que se deberá ir poniendo a prueba en la práctica concreta y aportará a la consolidación de la identidad y los roles. No se trata tanto de la elaboración de un proyecto planificado de principio a fin, como podría esperarse tradicionalmente, sino del compromiso con pasos y experiencias dadas en su presente, que constituyan vías flexibles hacia los roles y metas de acuerdo con la incertidumbre de los tiempos. Las figuras parentales enfrentan el duelo que provoca el desprendimiento físico del medio familiar por el adolescente.

En el proceso de convertirse en adultos los adolescentes desarrollan gradualmente mas objetividad y perspectiva cognitiva, comienzan a curarse de sus crisis idealistas y a regresar a la realidad que es el inicio de la vida adulta. Piaget e Inhelder (1969) llegaron a enfatizar que “el punto focal del proceso de

descentración es la entrada al mundo del trabajo o el inicio de un entrenamiento profesional serio. El adolescente se vuelve adulto cuando emprende un trabajo real, es entonces cuando se transforma de reformador idealista y realizador. **Libro de desarrollo adolescente**

Características psicosexuales

Los adolescentes empiezan a tener relaciones más serias y una mayor capacidad para la ternura y el amor sensual. Desarrollan una identidad sexual clara, ya que han completado la pubertad y tienen un buen sentido de su propio cuerpo y lo que son capaces de hacer, las citas románticas y la exploración de la identidad suelen predominar mas los conflictos internos de identidad se van resolviendo, el grupo de amigos pierde importancia frente a la búsqueda de pareja.

En lo que respecta a las vivencias sexuales en la adolescencia tardía hay una integración armónica de la sexualidad y el amor asumida responsablemente ya que esta etapa representa el inicio de la maduración afectiva, supone un pleno compromiso y una toma de conciencia de concretar a través del amor un verdadero sentido de la existencia.

En la adolescencia tardía, la época del enamoramiento, los estudios, la familia y los amigos pasan a un segundo plano, porque toda su vida se centra en el otro, a quien encuentra formidable, positivo y sin defectos.

Mientras se está enamorando y es correspondido, el adolescente se siente pleno, feliz. Su pasión se desata cada vez que oye hablar, ve o piensa en la persona amada. No obstante en esta etapa tanto frenesí celestial, tiende a durar poco.

Uno de los motivos fundamentales de quebranto en el enamoramiento es la manera tan distinta en que lo viven ambos sexos.

Ellas maduran sexualmente antes que los chicos y como consecuencia son más precoces en el enamoramiento. Interpretan el impulso sexual masculino como algo humillante, que las rebaja a un mero objeto sexual sustituible y desechable.

Ellos tienen más experiencia en el contacto físico–sexual que ellas. El chico busca una relación para satisfacer su impulso sexual.

El contacto físico.

En la adolescencia tardía el contacto físico de la pareja puede ser de 2 tipos:

I.– El petting. Caricias, abrazos, besos, contactos intergenitales que producen excitación sexual. Este se practica como sustituto del coito, al que no quieren llegar por alguna razón que temen.

II.– El acto sexual pleno. Es más habitual hacia los 17 o 18 años. Cuando es la primera vez es muy frecuente que la chica tenga miedo. Muchas chicas hacen el amor porque no saben cómo decir que no, y algunas simplemente tienen complejo de virginidad. **Libro Educador de educación (Rocío Clavijo Gamero – 2005)**

2.6.2 ANSIEDAD

- **Definición**

El término ansiedad, proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

Varios autores definen la ansiedad como:

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.

Kiriadou y Sutcliffe (1987): "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 movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

- **Etiología**

La ansiedad puede desencadenarse por una variedad de factores, incluidos las experiencias de vida y los rasgos psicológicos. Específicamente, el aumento del estrés y los mecanismos inadecuados de afrontamiento de situaciones adversas pueden contribuir a la ansiedad. Los antecedentes familiares y la genética también se han implicado en la etiología de los trastornos de ansiedad.

Estudios muestran que hay un vínculo entre trastornos de ansiedad y áreas específicas del cerebro y que un desequilibrio en determinados neurotransmisores cerebrales que regulan la ansiedad, como noradrenalina, serotonina y ácido gamma aminobutírico (GABA), pueden contribuir a los síntomas de la enfermedad.

El prosencéfalo es la zona más afectada en las personas con trastornos de ansiedad. También se cree que el sistema límbico, implicado en el almacenamiento de los recuerdos y la creación de las emociones, juega un papel central en el procesamiento de toda la información relacionada con la ansiedad. Tanto el locus ceruleus como el rafe dorsal se proyectan hacia el circuito del septohipocampo que, a su vez, se proyecta hacia otras áreas del sistema límbico que generan ansiedad. El hipocampo y la amígdala tienen una importancia crucial porque están interconectados y se proyectan a los núcleos subcorticales y

corticales. Curiosamente, en algunas personas con trastorno por estrés postraumático(TEPT), el hipocampo es más pequeño. Esto puede deberse a la degeneración de las dendritas en esta parte del cerebro, que aparentemente es causada por el aumento de la concentración de glucocorticoides provocado por el estrés.

Otras estructuras cerebrales implicadas en el control de las emociones, como el hipotálamo , también pueden estar implicadas en la patogenia de los trastornos de ansiedad. Por lo general, las personas con trastorno obsesivo-compulsivo(TOC) muestran un aumento de actividad en los núcleos basales , especialmente en el cuerpo estriado y otras áreas del lóbulo frontal del prosencéfalo.

Enfoque teóricos sobre la etiología de la ansiedad

1. 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 dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

2. Teoría Psicodinámica. El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual (libido) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad. (www.psicologiacientifica.com)

3. Teorías Conductistas. El conductismo 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 va a mantenerse posteriormente.

Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno. **(www.psicologiacientifica.com)**

4. Teorías Cognitivistas. Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad. **(www.psicologiacientifica.com)**

Ansiedad en la Adolescencia

- **Reacciones a las Transformaciones Corporales**

Se inicia con la llegada de la pubertad, desde la pre adolescencia los niños y niñas comienzan a percatarse de los cambios corporales y a reaccionar ante ellos, se han descrito algunos movimientos defensivos ante dichos cambios púberes que no desean abandonar su cuerpo infantil y las ventajas que les proporciona dependencia, omnipotencia, bisexualidad. Las niñas experimentan primero los cambios que los niños, las pruebas físicas de un cuerpo que cambia y sus sensaciones son de vital importancia para la adquisición de la representación en términos cognoscitivos de un nuevo cuerpo, así mismos estas pruebas permiten conocer la interioridad de un cuerpo y su funcionamiento antes silencioso en la niñez.

El olor, el sudor, la menstruación, la grasa cutánea el cambio en la textura y color de la piel y mucosas la eyaculación son tan importantes como los cambios en musculatura y distribución corporal, las reacciones psicológicas ante estos cambios son de gran variedad, pero generalmente están acompañadas de ansiedad y puede ir de una desinvestidura o retira de la carga afectiva del cuerpo y una evitación casi fóbica de los cambios (no desear vestirse como niño o niña grande, rechazo a los papeles juveniles, regresión a etapas previas del desarrollo) hasta una obsesión exploratoria cuidadosa, con necesidad de explorar permanentemente estos cambios **Psiquiatría Clínica: Diagnostico Y Tratamiento En Niños, Adolescentes Y Adultos Escrito por Gómez (2008)**

- **Relación con el Grupo**

La interacción social y la pertenencia a un grupo son definitivas en el desarrollo normal de un adolescente sin embargo pueden generar a su vez momentos de rechazo y duda angustia o tristeza. La necesidad de pertenencia a un grupo está determinada por movimientos hacia la independencia de los padres, la identidad y la necesidad de ejercer un papel social, en muchos casos los principios y las características de los grupos son rechazados por los padres y generan conflicto. Los adolescentes pueden sentirse rechazados, criticados, o extraños al integrar los grupos. La ambivalencia entre el deseo de pertenencia y el control de su individualidad dominan el acontecer psicológico en esta temporada. **Psiquiatría Clínica: Diagnostico Y Tratamiento En Niños, Adolescentes Y Adultos Escrito por Gómez (2008)**

- **Relaciones con el Sexo opuesto y Emergencia de la Sexualidad**

El advenimiento de un cuerpo maduro capaz de realizar el ejercicio de la sexualidad y la reproducción provoca en los adolescentes diversas reacciones. Los impulsos sexuales se convierten en deseos que se perciben en el cuerpo y que irrumpen con posibilidades de llegar a ser realizados. Los sentimientos de culpabilidad ligados a la sexualidad y al temor de su propia experiencia generan a su vez impulsos sexuales ansiosos. La fantasía y la masturbación se convierten en elementos defensivos ante esta irrupción vivida como angustiante, el rechazo a la

cercanía de los padres y la negación de su sexualidad se manifiestan también en esta etapa. Los movimientos de aproximación y rechazo al sexo opuesto se manifiestan durante periodos cortos en el preadolescente y el ejercicio de la exploración y experiencia con el sexo opuesto en el adolescente. En algunos sujetos con psicopatología específica (depresión del adolescente, tendencia a la actuación etc.) las manifestaciones sintomáticas de la sexualidad adolescente deben ser aprehendidas, teniendo en cuenta su valor frecuentemente ansiolítico.

Psiquiatría Clínica: Diagnostico Y Tratamiento En Niños, Adolescentes Y Adultos Escrito por Gómez (2008)

- **Independencia-Dependencia de los padres**

Para convertirse en un sujeto independiente y capaz de reaccionar como tal el adolescente debe alejarse progresivamente de sus padres y crear una identidad propia e individual. Este proceso supone la reactivación de las angustias de separación-individuación propias del niño pequeño y una serie de reacciones de duelo. P.Blos describe como los movimientos de alejamiento de los padres en la adolescencia recrean y en algunos casos recuperan aquellos momentos de individuación de la temprana infancia y son manifestaciones en un segundo de tiempo de una misma situación el asumir las funciones de independencia puede generar a su vez síntomas de ansiedad el adolescente se enfrenta a la necesidad de probarse y de ensayar sus nuevas funciones, el miedo a la frustración o al fracaso esconde a veces detrás de la omnipotencia y al exagerada confianza propias del adolescente.

Psiquiatría Clínica: Diagnostico Y Tratamiento En Niños, Adolescentes Y Adultos Escrito por Gómez (2008)

- **Escolaridad**

La ansiedad en el escolar, uno de los síntomas más comunes de la tensión emocional, es una importante pero desatendida área de investigación. Cada vez más escolares presentan problemas emocionales en la escuela (Doll y Lyon 1998). Algunas de las causas por los que se presenta ansiedad en los estudiantes son:

Problemas conductuales que coinciden con concepciones de trastornos ansiosos en adolescentes (Achembach 1993). Al mismo tiempo, cada adolescente muestra

distintos síntomas ansiosos y con diversa intensidad. Pueden variar también tanto en su persistencia como en el período en el que se presentan, obedeciendo a tres sistemas de respuestas: motoras, fisiológicas y subjetivas.

El estudiante enfrenta constantemente situaciones académicas cuyas exigencias debe comparar con sus propios medios. Cuando su evaluación de las demandas de la escuela lo lleva a concluir que son más de lo que él puede rendir, afronta una situación de peligro, de humillación, a veces, suficientes para justificar el rechazo a la escuela (Jackson y Frick 1998). La disminución en el rendimiento en la escuela tiene consecuencias negativas tanto en las calificaciones como en la autoestima de los estudiantes. Cogniciones específicas pueden desarrollar la percepción de situaciones como algo hostil y amenazador; pueden provocar que el estudiante corra el riesgo de desarrollar o mantener trastornos ansiosos (Bell-Dollan 1995).

Si la ansiedad es intensa, el estudiante muestra excesiva sensibilidad y temores, incluyendo temor a la, vergüenza, timidez, sensaciones importantes de inseguridad y síntomas somáticos. Los alumnos intensamente ansiosos padecen de una extraordinaria tendencia a preocuparse excesivamente por su competencia cognoscitiva y rendimiento escolar, exteriorizando intranquilidad, trastornos del sueño, dolores de estómago, alteraciones conductuales, etc. Asimismo, sienten temor de no gustarle a los demás, sufren la sensación de que sus compañeros se ríen de ellos y se muestran aprensivos frente a actividades que otros alumnos realizan con entusiasmo.

Un estado ansioso intenso provoca que el alumno se altere fácilmente por experiencias de la vida cotidiana y especialmente ante la tarea escolar, ya que muestra un comportamiento y un rendimiento escolar distintos al resto de sus compañeros. Exhibe desasosiego y un miedo exagerado y constante a actuar de una manera vergonzante o sorprendente en situaciones o actividades donde se reúnen varias personas. (Bell-Dollan 1995).

Intensidad de la Ansiedad

De acuerdo al test de Hamilton de ansiedad la intensidad en la que se manifiestan los síntomas psíquicos y somáticos puede clasificar la intensidad de la ansiedad en ausente, leve, moderada, grave e incapacitante.

- **Ansiedad psíquica**

Existe predominio de síntomas psíquicos tales como: humor ansioso, miedos, tensión, insomnio, funciones intelectuales disminuidas, humor depresivo.

Los mismos que son identificados por:

Inquietud,

Tensión,

Miedo **.Banco de Instrumentos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 4ta Edición. M.P. García-Portilla (2006)**

- **Ansiedad somática**

Existe predominio de síntomas somáticos tales como :Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado ,zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos) taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias. **Banco de Instrumentos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 4ta Edición. M.P. García-Portilla (2006)**

Niveles de intensidad de la Ansiedad

- **Ausente**

Existe un grado ausente total o parcial, es poco frecuente pues en el ser humano siempre existe un nivel de ansiedad. **Banco de Instrumentos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 4ta Edición. M.P. García-Portilla (2006)**

- **Leve**

Grado de intensidad normal hasta cierto punto, hay predominio de síntomas de ansiedad psíquica tales como incertidumbre, preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. dificultad para relajarse , temores a la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes , dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos siendo poco frecuentes y casi imperceptibles los síntomas somáticos. **Banco de Instrumentos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 4ta Edición. M.P. García-Portilla (2006)**

- **Moderada**

Se evidencia una intensidad mayor, aquí se manifiestan síntomas psíquicos y somáticos como incertidumbre, preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. Dificultad para relajarse, temores a la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes, dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.

Somáticos como dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado, zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos, estos síntomas son

más evidentes pero no incapacitantes. **Banco de Instrumentos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 4ta Edición. M.P. García-Portilla (2006)**

- **Grave**

Es un grado mucho más alto de ansiedad en donde existe una fuerte intensidad de los síntomas tanto psíquicos como somáticos que influyen en el desempeño del individuo

Psíquicos como: tensión corporal, llanto fácil, incertidumbre, preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. Dificultad para relajarse, temores a la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes, dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.

Somáticos como: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria), dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación. **Banco de Instrumentos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 4ta Edición. M.P. García-Portilla (2006)**

- **Incapacitante**

Es una combinación de los síntomas psíquicos y somáticos en una interacción bombardeante para el individuo que influye en uno o varios ámbitos de su desenvolvimiento ya sea personal, familiar académico, se evidencia la mayoría de síntomas psíquicos y somáticos **Banco de Instrumentos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 4ta Edición. M.P. García-Portilla (2006)**

Cuadro clínico

De acuerdo a la intensidad en que la persona experimente los síntomas ansiosos este puede llegar a convertirse en un trastorno cumpliendo los siguientes parámetros:

Su inicio se produce antes de los 18 años.

La duración de los síntomas es por lo menos de cuatro semanas.

La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.

La alteración no ocurre en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo

Dentro de los trastornos que pueden presentarse tenemos:

Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack).

Agorafobia.

Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0).

Trastorno de angustia con agorafobia (F40.01).

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (F40.00).

Fobia específica (F40.02).

Fobia social (F40.1).

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8).

Trastorno por estrés postraumático (F43.1).

Trastorno por estrés agudo (F43.0).

Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F06.4).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias. **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el diagnóstico de los ataques de pánico

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones. **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el diagnóstico de la agorafobia

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis

De angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia). **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el ataque de pánico sin agorafobia

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes

2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno

Por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos). **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el ataque de pánico con agorafobia

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes

2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos). **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el diagnóstico de agorafobia sin ataques de pánico

- A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).
- B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.
- C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica. **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el diagnóstico de la fobia específica

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.
- A. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- B. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
- C. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la

rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos:

- Tipo animal
- Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- Tipo sangre-inyecciones-daño
- Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)
- Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas). **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el diagnóstico de la fobia social

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus

capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de

conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

– Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación) **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

– Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades para concentrarse
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

– Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

– De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses. **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés agudo

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional

2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)

3. desrealización

4. despersonalización

5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve. **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia

2. fatigabilidad fácil

3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

DSM-IV-TR MASSON (2005)

Criterios para el diagnóstico del trastorno debido a enfermedad médica

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

– Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

– Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

– Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

DSM-IV-TR MASSON (2005)

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad inducido por sustancias

A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente

2. el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para el trastorno de ansiedad inducido por (sustancia específica)

– F10.8 Alcohol [291.8]

– F16.8 Alucinógenos [292.89]

– F15.8 Anfetamina (o sustancias similares) [292.89]

- F15.8 Cafeína [292.89]
- F12.8 Cannabis [292.89]
- F14.8 Cocaína [292.89]
- F19.8 Fenciclidina (o derivados) [292.89]
- F18.8 Inhalantes [292.89]
- F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]
- F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]

Especificar si:

- Con ansiedad generalizada: si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.
- Con síntomas obsesivo-compulsivos: si predominan las obsesiones o las compulsiones.
- Con síntomas fóbicos: si predominan síntomas de carácter fóbico.

Especificar si:

- De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.
- De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia. **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad de separación

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

1. malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
2. preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
3. preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
4. resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
5. resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
6. negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
7. pesadillas repetidas con temática de separación
8. quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pos psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar si:

– Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad. **DSM-IV-TR MASSON (2005)**

2.6.3 ASERTIVIDAD

Introducción al Concepto de Asertividad

Según el **Manual de la Escala Multidimensional de Asertividad de Flores y Díaz (2009)** las personas están la mayor parte de su tiempo interactuando con los demás, no es ningún secreto que uno de los aspectos que más aprecian de su existencia es precisamente el de las relaciones sociales. De hecho el poseer buenas habilidades sociales determina en gran medida (facilitándolo o entorpeciendo) la calidad y satisfacción que se tiene en la vida. Empero, conseguir que las relaciones interpersonales, la comunicación y el dialogo con el entorno sean naturales, espontáneos, fluidos, sin malentendidos ni conflictos, es más difícil de lo que a primera vista pudiera parecer. La dificultad e importancia del fenómeno estriba en que las relaciones con otros pueden ser el origen de las mejores satisfacciones o los mayores conflictos. De esta manera, para algunas personas el tener dificultades para establecer y mantener relaciones sociales con otros es motivo de estrés; en tanto que las relaciones constructivas y de apoyo son precursoras del bienestar subjetivo. Así mientras que muchos encuentros cotidianos pueden ser desagradables, embarazosos o infructuosos debido a un comportamiento social inadecuado, otros, cuando son bien llevados, producen alegría por la vida.

Como ejemplo del lado oscuro, en muchas ocasiones la gente se “corta al hablar”, no sabe pedir un favor, le cuesta ir sola a realizar actividades sencillas, no puede

comunicar lo que siente, no sabe resolver los problemas con la familia y amigos o tal vez carezca de amistades. En todas estas dificultades subyace la carencia de habilidades sociales entre muchas otras que podrían entrelazarse con las relaciones difíciles con los demás. Rara vez en su existencia, los individuos van a poder escapar de los efectos de las relaciones sociales, ya sea en su lugar de trabajo, de estudios con sus amigos e incluso dentro de la propia familia lo cual hace necesario centrar la atención en el desarrollo de las habilidades sociales. Pero bien a bien, ¿a qué refiere el término capacidades de interacción social? Las habilidades sociales se podrían definir como aquellas conductas que las personas emiten en situaciones interpersonales para obtener respuesta positiva de los demás. En la medida en que una persona se vincula de modo adecuado con otros recibe reforzamiento social positivo; ello eleva su autoestima, elemento fundamental para el ajuste psicológico. En cambio cuando las relaciones con los demás están determinadas por la ansiedad, la inhibición o el reforzamiento negativo, la persona tiene un pobre concepto de sí misma.

Ahondando al respecto, Caballo (1987) menciona que:

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. Ahora bien, aunque es en la infancia cuando se aprende en mayor medida a relacionarse con los demás, este proceso continúa durante toda la vida. Las razones por las que una persona no es habilidosa socialmente se pueden agrupar en dos categorías:

La persona nunca las ha aprendido, sea por que careció de un modelo adecuado o bien porque no hubo un aprendizaje directo, como en el caso de alguien que se crió en una casa muy rígida, donde se enfatizaba la obediencia y la única opinión valiosa era la del padre. Bajo tales circunstancias, es probable que esta persona nunca aprendiera a expresar su opinión ante un tema en concreto y sienta ahora mayor temor a hacerlo. Otro ejemplo es el de una persona que estudió en una

escuela femenina durante toda su infancia y adolescencia: al hacerse ahora mayor se le dificulta comunicarse con el sexo opuesto, ya que nunca tuvo oportunidad de practicar esa actividad.

Estas habilidades existen pero hay factores, como la ansiedad o el nerviosismo, que inhiben o interfieren en las conductas, como es el caso del sujeto que no sabe como pedirle a sus jefe un aumento salarial; o la presencia en la sociedad del llamado “miedo a hablar en público” que no es sino un déficit en la ejecución de una conducta debido a los pensamientos negativos que interfieren, tales como “van a notar que estoy nervioso” o “si me equivoco que van a pensar”, etc.

Como se puede observar en los ejemplos; existen habilidades sociales básicas y otras más complejas; sin las primeras es imposible aprender y desarrollar las segundas. Cada circunstancia requerirá de mostrar unas habilidades u otras, dependiendo de la característica de la situación o la dificultad. Es así, que en pocas ocasiones durante el desarrollo de su vida, los individuos van a poder escapar de los efectos de las relaciones sociales, ya sea en su lugar de trabajo o estudios, en sus ratos libres o dentro de la propia familia. Una interacción placentera en cualquiera de estos ámbitos produce sensación de felicidad e impulsa un desarrollo más eficaz de las tareas. De hecho, una baja competencia en las relaciones con los demás puede conducir al fracaso en el trabajo, los estudios o la familia.

Desenvolverse en cada una de las diferentes situaciones interpersonales requiere de una gran destreza social. Es muy probable que en alguna ocasión cualquier individuo haya tenido dificultad e defender sus derechos, expresar sentimientos u opiniones, defender el propio punto de vista sin agredir a los demás, iniciar nuevas relaciones o simplemente poner punto final a una conversación. Es aquí en donde la asertividad funciona como una habilidad social, pero ¿Qué es la asertividad? Antes de responder, es preciso ilustrar circunstancias que quizá todas las personas han enfrentado.

Alguien se sienta en un restaurante a cenar, cuando el mesero le trae lo que ha pedido se da cuenta que el vaso está sucio, con marca de pintura de labios de otra

persona; entonces arma un gran escándalo en el local y le dice la mesero que nunca volverá a ir a ese establecimiento.

Una trabajadora hace tiempo que quiere un pequeño aumento de sueldo y no se atreve a decirle a su jefe. Pidiéndole disculpas y con un enorme cargo de conciencia, finalmente lo hace y ve que durante tres meses estuvo pensando en cómo decírselo y que no fue tan difícil obtener una respuesta.

Le piden prestado dinero, usted no desea darlo, pero no puede decir que no.

Los individuos enfrentan día a día situaciones como esta pero ¿Cómo reaccionar sin ser agresivos (con un NO enrabado, que deje un sentimiento de culpa) ni pasivos (con un SI que acepta lo que no se quiere)? La manera adecuada de reaccionar es siendo asertivos, es decir expresando el real sentir y pensar lo cual requiere un trabajo personal (Flores 2002). En una cultura centrada en la auto modificación y el respeto a las jerarquías, no es fácil aprender a ser capaces de manifestar lo que se piensa y siente ni a defender con decisión y firmeza los propios derechos sin atropellar los ajenos.

De ahí que la motivación por estudiar las habilidades sociales y la conducta asertiva sea patente desde ya hace varios decenios en la psicología; este interés no es de extrañar, ya que la psicología se centra en las necesidades individuales y en las relaciones sociales. En cada una de las actividades que las personas hacen a diario están tratando con los demás y el modo de realizarlo permite que estas relaciones se faciliten o se entorpezcan.

Además en las sociedades contemporáneas donde el ritmo comercial es acelerado y complejo, las personas están inmersas en muchos sistemas distintos con reglas que varían y cuyos roles no están claramente definidos (Gismero, 2000).

El termino habilidad sociales muchas ocasiones se han confundido con la asertividad e incluso hay quienes consideran que asertividad y habilidades sociales son sinónimos. Para entender esta situación hay que remontarse a los orígenes de las habilidades sociales, en el marco de la psicología social (Phillips, 1985), con los estudios de Jack (1934), Williams (1935), Murphy, Murphy

Newcomb (1937) sobre el desarrollo social de los niños que se explicaba en función de variables internas y de lo que se identifica en la actualidad como asertividad. Más tarde, teóricos neo freudianos como Adler (1931), Horney (1945) y Sullivan (1953), analizaron las relaciones sociales tempranas y la personalidad; ellos describieron poco adaptativos del individuo. En realidad el estudio de las habilidades sociales se puede dividir en cuatro líneas: la primera inicia con los trabajos de Salter (1949) y su libro *Conditioned Reflex Therapy* (Terapia del reflejo condicionado), que describe las primeras formas del entrenamiento asertivo; seguido por las contribuciones de Wolpe (1958), primer autor en utilizar el término asertivo, y de Lazarus (1966), en cuyos trabajos se estudia la conducta asertiva y se crean programas de entrenamiento para reducir la ansiedad que produce ser asertivo. Asimismo, aparece una diversidad de cuestionarios (p.ej. Rathus, 1973; Galassi y Bastien, 1974) para medir la asertividad y libros de divulgación sobre el entrenamiento asertivo (p.ej. Fersterheim y Baer, 1975; Smith, 1975).

La segunda línea está conformada por los trabajos de competencia social con pacientes hospitalizados de Zigler y Phillips (1960, 1961, 1962). La tercera comienza en el decenio de 1950-59 con trabajos específicos en el área de psicología laboral y educativa, en donde por ejemplo Likert (1961) encontró estilos más eficaces de supervisión laboral en personas asertivas, o bien los estudios de Gil y Sarria (1985) sobre habilidades de enseñanza para profesores y niños en variables educativas como el rendimiento escolar, el autoconcepto, el locus de control entre otros. La última línea tiene su origen en Inglaterra, ahí se formula un modelo de competencia social basado en las similitudes de la conducta social y la ejecución de las habilidades motoras.

Como consecuencia, la asertividad se considera una habilidad social que permite expresar los pensamientos, los sentimientos, aceptar la crítica, dar y recibir cumplidos, iniciar conversaciones y defender los derechos de cada uno de manera directa, honesta y oportuna respetándose a sí mismo y a los demás, la cual involucra tres componentes:

No verbales: los mensajes que se transmiten paralela e independientemente a la comunicación verbal tales como la mirada, la expresión facial, la sonrisa, los gestos, la postura corporal. Etc.

Paralingüísticos: se refiere a la forma de expresar o transmitir un mensaje como el volumen, entonación, fluidez, claridad, velocidad y el tiempo de habla, y

Verbales: son los elementos que componen el fondo del mensaje, es decir el contenido.

Es por ello que a lo largo de los años han surgido diferentes enfoques, tales como el humanista, que aborda la asertividad como una técnica para el desarrollo de la realización del ser humano; el conductual que desde la perspectiva del aprendizaje social de Bandura (1969) plantea que la conducta asertiva o no asertiva se aprende a través de la observación de modelos significativos; el cognoscitivo, representado por Lange y Jakubowski (1976), quienes sostiene la necesidad de incorporar cuatro procedimientos básicos en el entrenamiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad, ayudar a identificar los derechos propios y los derechos de los demás, reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva y reducir las ideas irracionales, ansiedades, culpas, y, a su vez desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica activa de dichos métodos. Así surgió un marcado auge de la perspectiva ecléctica donde algunos terapeutas integraban los modelos conductuales, humanistas y cognoscitivos (Galassi y Galassi, 1978).

En la historia de la investigación y trabajo sobre la asertividad, el decenio de 1980-89 se caracterizó por la falta de una corriente dominante en dicha área y por el libre albedrío de los terapeutas al utilizar los enfoques de su preferencia (Galassi y Galassi, 1978). En la actualidad los modelos teóricos que abordan el tema de la asertividad siguen siendo los mismos, pero con un auge en investigaciones centradas en la utilización de instrumentos para la medición de la asertividad en diferentes culturas y la puesta en práctica del entrenamiento asertivo en el ambiente laboral, educativo y social.

Definición de Asertividad

Según el **Manual de la Escala Multidimensional de Asertividad de Flores y Díaz (2009)** el significado original que dio Wolpe (1969) a la asertividad, señalaba como preponderante la “defensa” de los propios derechos; sin embargo, algunos autores reciente la han definido como la expresión de alguna emoción, que no necesariamente es una respuesta de ansiedad hacia otra persona (Furnham,1979). De hecho la asertividad es coparticipe de múltiples definiciones. Desde el punto de vista etimológico, aserción proviene del latín assertio-tionis, que es la acción y efecto de afirmar una cosa, es la proposición en la que algo se afirma o se da por cierto (Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena, 1980; Enciclopedia Universal Ilustrada,1973;Diccionario de la lengua Española 1956). Por otra parte en el Diccionario de Psicología (1987), Howard refiere que la aserción es la afirmación, juicio o conclusión emitida sin indicar sus bases. También las definiciones de diferentes diccionarios coinciden en que una persona asertiva es aquella que es afirmativa. Cabe señalar que las explicaciones de asertividad se refieren indistintamente a aserción, asertividad y asertivo. Asertividad es la propensión a ser auto afirmativo y asertiva es aquella persona que es afirmativa (Flores 1994).

Desde la perspectiva psicológica, Wolpe (1969) menciona que muchos autores han visto a la asertividad como una habilidad para contradecir a otros e imponer verbalmente los deseos, derechos y necesidades propias, lograda de manera fundamental en la interacción social. Basado en este principio, Wolpe (1958) formulo que “ La conducta asertiva se define como la expresión adecuada, socialmente aceptable, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no represente una respuesta de ansiedad “. Lazarus (1973), por su parte, sostiene un punto de vista semejante al de Wolpe y define a la conducta asertiva en términos de componentes, que pueden dividirse en cuatro patrones de respuesta especificados y separados: la habilidad de decir “no”, la habilidad de pedir favores y hacer demandas, aquella para expresar sentimientos positivos y negativos y la concerniente a iniciar, continuar y terminar conversaciones generales. Por su parte, Alberti y Emmons (1974) consideran que la asertividad es la conducta que

permite actuar para implantar su propio interés, defenderse a sí mismo sin ansiedad y expresar sus derechos, sin destruir los derechos de otros.

Al incorporar aspectos normativos y cognoscitivos Cotler y Guerra (1976) opinan que la asertividad involucra el conocimiento y expresión de los deseos, valores, necesidades, expectativas y disgustos de un individuo. Como tal, no solo involucra el estar en mejor contacto con uno mismo, sino también afecta el modo de interactuar con otras personas. Al incorporar la funcionalidad de la conducta asertiva, Rich y Schroeder (1976) pretenden establecer la ventaja de la asertividad como una habilidad, y afirman que la conducta asertiva es la capacidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal, a través de la expresión de pensamientos o deseos. Conjuntando los conceptos vertidos por otros autores, Bartolome Carrorobles, Costa del Ser (1979 citado por Pal-Hegedur y Jensen, 1982) señalan que se suele aplicar el termino conducta asertiva para referirse a la conducta de aquellos individuos capaces de expresar directa o adecuadamente sus opiniones o sentimientos (tanto positivos como negativos) en situaciones sociales e interpersonales. La gama de conductas asertivas es en sí misma ilimitada e incluye toda variedad de situaciones existentes, que de forma diferente, pueden querer expresar su opinión, rechazar una propuesta poco razonable o expresar enfado, amor, afecto o alabanza.

Durante el decenio de 1980-89 proliferaron las definiciones de asertividad. Realizando un importante trabajo de análisis sobre la literatura del constructo, Aguilar-Kubli (1987) indica que asertividad significa tener la habilidad para transmitir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta oportuna, profundamente respetuosa, cuya meta fundamental es lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario. Aguilar (1988) agrega que ser asertivo implica actuar bajo la plena convicción de que se tiene el derecho de ser uno mismo y de expresar los propios pensamientos y sentimientos, en tanto se respeten los derechos y la dignidad de los demás. Al integrar todas estas definiciones, Delamater y McNamara (1986) puntualizan que la asertividad ha sido definida en términos de la legitimidad y honestidad de los derechos, creencias e intereses, sin violar los de las otras personas y respetar a los otros (Alberti y Emmons, 1978;

Jakubowski y Lange 1978). Sin embargo para, Geisen (1988) la conducta asertiva ha sido definida de varias maneras, por ejemplo, como una conducta que permite establecer una relación con los demás sin producir ansiedad (Alberti y Emmons, 1974), como la que permite la maximización del valor del reforzamiento en la interacción social (Heimberg, Montgomery, Madsen y Heimberg, 1977) y como una conducta positiva, directa y cortés orientada hacia las metas (Bekker y Bekker-Rabdau, 1973; Phelps y Austin, 1987).

En los años recientes las definiciones de la asertividad siguen manteniendo los mismos principios, como el que da Davison (1999) “ asertividad significa defender y hablar por uno mismo sin lesionar los derechos de los demás”. Por su parte Castanyer (1996) mantiene una definición clásica en donde la asertividad es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás. Asimismo, Elizondo (1999) define asertividad como la habilidad de expresar pensamientos, sentimientos y percepciones; de elegir como reaccionar y de hablar de los derechos cuando es apropiado; esto con el fin de elevar la autoestima y de ayudar a desarrollar la autoconfianza para expresar el acuerdo o desacuerdo cuando se cree que es importante, e incluso pedir a otros un cambio en su comportamiento ofensivo.

Haciendo una integración e incorporando en la definición el contexto situacional, Gismero (2000) define la conducta asertiva, como el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto reforzamiento y maximizar la probabilidad de conseguir refuerzo.

Enfoques humanistas como el de Bishop (2000) definen asertividad como la capacidad de expresarse con seguridad sin tener que recurrir a comportamientos pasivos, agresivos o manipuladores. Esto supone un mayor autoconocimiento, saber responder y escuchar las necesidades de otros sin descuidar nuestros propios intereses o comprometer nuestros principios, tener la capacidad de mejorar la

habilidad en el trato con los otros; incluye una comunicación más eficiente, un control de estrés a través de un mejor manejo de otras personas y situaciones problemáticas, así como la capacidad de expresar necesidades, opiniones o sentimientos, seguro que no se será dominado o utilizado en contra de su voluntad. Es así que la asertividad cumple diversas funciones; ya que en años anteriores Covey (1995) la había definido como un conjunto de principios y derechos que hacen un modelo de vida enfocado a lograr el éxito en la comunicación humana, su esencia radica en la habilidad para transmitir y recibir mensajes haciéndolo de forma honesta, profundamente respetuosa, directa y oportuna.

Por último, resalta al analizar el área a través de los años, que la definición más citada o de la cual se toman algunos principios fundamentales que es la de Jakubowski y Lange (1978), quienes postulan que actuar asertivamente significa hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere de forma directa, honesta y de manera apropiada respetando los derechos de la otra persona. La asertividad involucra la declaración de los derechos personales a la vez que se expresan pensamientos, sentimientos y creencias, sin violar los derechos de las otras personas; su mensaje básico es: “Esto es lo que pienso, esto es lo que yo siento, esta es la forma en la que yo veo la situación”; con él se comunica “quien es la persona” y lo dice sin dominar, humillar o degradar al otro individuo. Como se puede observar, las definiciones de asertividad se han centrado en torno de la expresión emocional de la autoexpresión, del autodescubrimiento, así como la capacidad de establecer valoración por sí mismo. También se habla de formas de comunicación sobre la intimidad, la expresión de los derechos, los efectos de la autoafirmación en el medio ambiente y las clases de respuesta específicas capaces de ser generadas ante determinadas situaciones. En este sentido, se podrían retomar tres elementos generales de las definiciones: uno es que el individuo tiene derecho de expresarse, dos, es necesario también el respeto hacia el otro individuo, y; tres es deseable que las consecuencias del comportamiento sean satisfactorias para ambos miembros de la interacción, o al menos estén encaminadas hacia esta dirección.

Componentes del comportamiento asertivo

La psicóloga Olga Castanyer describe en su libro **“La asertividad, expresión de una sana autoestima” (1996)** varias formas de comunicación verbal y no verbal que delatan el grado de asertividad que tiene un interlocutor en una conversación. Algunos de los mensajes emocionales que emitimos en nuestras relaciones interpersonales se basan en:

- La mirada. Las personas asertivas acostumbran a mirar más a la otra persona mientras hablan, al contrario de lo que hacen las personas menos asertivas.

- La expresión facial. La expresividad que mostramos en la cara refleja el estado de ánimo y de comportamiento que tenemos. Por ejemplo, es capaz de expresar emociones de alegría, miedo, sorpresa, contrariedad, etc. Además de mostrar el estado de ánimo, la expresión facial proporciona información sobre si se está comprendiendo el mensaje y si se está de acuerdo, en desacuerdo, etc. Lo más característico de una persona con una sana asertividad es que adopta una expresión facial que es coherente con lo que piensa interiormente y con lo que está tratando de transmitir. Es decir, su estado mental interno y su expresividad no son contradictorios. En cambio las personas con baja asertividad a menudo muestran una incoherencia en ello .

- La postura del cuerpo. La posición del cuerpo al estar de pié, sentado, al caminar, etc. delata nuestro grado de asertividad. Las personas asertivas acostumbran a adoptar una postura cercana y erecta, de manera que les permiten mirar de frente a la persona con quien conversan. Esta postura de acercamiento y posición erecta demuestra atención, seguridad

- Los gestos. La gesticulación tiene un alto componente cultural, pero de cualquier manera los gestos que muestran asertividad son efectuados con movimientos desinhibidos que reflejan franqueza, espontaneidad y seguridad.

- Los componentes paralingüísticos. Se refieren a como se transmite el mensaje verbal. Son el volumen y tono de la voz, la fluidez, claridad y velocidad del habla, etc. Las personas asertivas hablan con claridad y sin vacilaciones, no se repiten y mantienen un volumen de voz en consonancia del mensaje que se está comunicando.

- Los componentes verbales en el proceso de comunicar. Una persona asertiva sabe medir la duración óptima del discurso, mantiene un constante feed-back o retroalimentación cuando necesita más información por parte del interlocutor, y sabe hacer preguntas adecuadas para guiar la conversación eficientemente.

Clasificación de los comportamientos asertivos

Según el manual de **Terapia Racional Emotiva 9na edición (2003)** los comportamientos asertivos pueden ser clasificados al menos en tres tipos :

Asertividades enfáticas

Asertividades simples

Asertividades confrontativas.

Al rechazar una invitación para iniciar un noviazgo una persona puede desear expresar cierta comprensión e interés aunque de hecho lo rechace (“ Eres muy amable al pedírmelo , pero preferiría no entablar ninguna relación de noviazgo contigo”)especialmente si la intención es honesta .

Cuando una persona en la calle te pide que le des una moneda cuando sales de la tienda puedes responder con un simple “no”. O si una persona continua pidiéndote que cambies tus planes para un fin de semana , podrías ser menos enfático y decir sencillamente “no he decidido ya que voy a ir a pasear en una lancha motora “.Sin

embargo si la persona continua insistiendo , podrías enfrentarte a ella diciéndole “ cuando insistes intentando convencerme para que cambie mis planes , incluso después de decirte que no varias veces , parece que no aceptarás mi negativa como una respuesta y eso realmente me molesta mucho” . Todos estos tipos de respuesta se hallan dentro de la gama asertiva de la conducta . La asertividad no es una posición fría y a veces brusca de defensa de sus propios derechos y de olvido de los de los demás o sus consecuencias (Lange y Jakubowki, 1976)

Asertividad en la Adolescencia

Como se ha expuesto a los largo de la investigación la asertividad la entendemos como un estilo de comunicación adecuado, que permite a las personas especialmente a los adolescentes expresar sus sentimientos, ideas y opiniones de una manera honesta, directa, firme. La asertividad implica hacer respetar los derechos de las personas de tal forma que no atente contra los derechos de otras personas.

La clave de la asertividad durante el desarrollo de la etapa adolescente es el ser honesto con uno mismo, es el decir lo que uno piensa, siente o quiere sin dominar, humillar o degradar a los demás. Tampoco es el ser sumiso o deferente a la otra persona cuando uno se comunica.

El adolescente asertivo es respetuoso del derecho de los demás, toma decisiones y asume responsabilidades, se respeta a sí mismo, cree en su criterio y lo defiende, sabe aceptar las críticas; pide ayuda cuando lo considere necesario, sabe decir: “NO”, “LO SIENTO”, Y “NO LO SE”, sin sentimientos de culpa, reconoce sentimientos de miedo, temor y molestia, expresándose oportunamente, sin atropellar a los demás.

Todo lo contrario a ser ASERTIVO es la comunicación agresiva (violenta, ofensiva, expresa con rabia sus sentimientos y pensamientos), y la comunicación pasiva (sumisa, no defiende sus derechos).

Razones por las que los adolescentes no actúan de una manera asertiva

Los adolescentes tienden a no ser asertivos debido a las siguientes creencias erróneas:

- Por miedo a perder la aprobación de los demás. Sin embargo en las relaciones sociales se tiende a desvalorizar a las personas que actúan de manera no asertiva.
- Porque creen que ser asertivo es ser agresivo. Se ha inculcado que decir lo que se piensa es ser agresivo o violento.
- Porque creen que al no ser asertivos son considerados y cordiales con los demás. Sin embargo de esta manera, está negando sus propias necesidades.
- Porque fracasan en aceptar sus derechos personales, creen que no tienen el derecho de expresar sus reacciones, especialmente sus sentimientos de dolor, rabia y decepción.
- Porque creen que al no ser asertivos ayudan a las personas.

A largo plazo la consecuencia más resaltante de no ser asertivo es la progresiva pérdida de la autoestima y el incremento de la tensión interna y auto descalificación.

2.6.4 DÉFICIT ASERTIVO

En el libro **Sea Asertivo escrito por Beverly Hare(2003)** menciona que la no-aserción significa e implica que violan los derechos propios al no conseguir expresar unos, pensamientos, sentimientos y creencias honestos y en consecuencia, permitiendo que los demás los violen (Lange y Jakubowski).

Uno de los derechos personales asertivos es el de expresarse uno mismo, ósea yo. Mis sentimientos pensamientos y creencias. Si no hace uso de este derecho, una persona permitirá que la pisoteen, que no la concedan importancia y la traten sin respeto.

Una parte de esta definición es que coloca de manera muy firme, la responsabilidad a los pies de las personas que se están comportando de una manera no asertiva o no afirmativa. Si permito que la gente viole mis derechos, si acepto que me pisoteen y si permito que no me tomen en cuenta, todo esto es responsabilidad mía.

En ocasiones, el énfasis sobre la responsabilidad en la aserción puede parecer como una carga muy pesada la primera vez que la gente entra en contacto con la idea. Es mucho más cómodo despotricar sobre lo terrible que es la gente y lo mal que lo tratan. “El mundo sería un lugar maravilloso si no fuera por toda la gente que corre por ahí y que me convierte en su víctima y hace que su vida sea miserable “. Es frecuente que parezca más fácil dar la culpa a los demás que ser responsable de la propia vida. Hacerse cargo de la responsabilidad tiene sus beneficios; beneficios que compensan de largo cualquier déficit que pueda percibir. Si acepto la responsabilidad de mis sentimientos puedo cambiarlos, pero si decido que el responsable es otra persona pierdo esta opción. Si me enfado cada vez que mi pareja deja los platos sin lavar en el fregadero y le hago responsable de mis sentimientos de ira le doy un poder tremendo. Puede lograr que me enfade siempre que quiera ya que ¡tiene el control de mis emociones! Si me hago cargo de la responsabilidad puedo hacer algo al respecto del sentimiento de ira o enfado.

En ocasiones la gente cree que se está comportando de manera asertiva y no comprende por qué no la toman en serio. El problema es que puede que este pronunciando palabras asertivas, pero lo hace de modo que a los demás les resulte fácil no hacer caso de ellas. Si se acerca a alguien de una manera humilde y pidiendo disculpas, susurrando las palabras y mirando al suelo, es altamente improbable que lo tomen en serio. Un mensaje asertivo necesita causar algún impacto.

Si una persona se comporta de manera no asertiva gran parte del tiempo puede que le sea de gran utilidad fijarse en las razones que oculta su comportamiento tal vez está acostumbrada a surgir del deseo de evitar conflictos y de complacer a los demás. Hay que preguntarse si se necesita gustarle a la gente. No hay nada de malo, en lo absoluto, en querer gustar. Sin embargo hay una gran diferencia entre

necesitar gustar y querer gustar. Si se necesita amor y aprobación la persona estará dispuesta a dar saltos mortales si es necesario. Si quiere amor y aprobación es posible que entristezca y sienta algo de ansiedad al no conseguirlo pero no se desmoronará.

La autoestima es un aspecto importante en el modo en que se comportan las personas, a medida en que aumenta la autoestima de una persona, la necesidad de gustar y de que le aprueben cambia a querer. El motivo es que si la persona puede valorarse mucho no tendrá tanta necesidad de que otra le valore mucho. Es posible que la desaprueben, pero la autoestima esta, no en otras manos, sino en la de la propia persona.

La persona predominantemente no-assertiva necesita reclamar el poder que ha cedido.

Conducta pasiva.

Según **Susana Zazo Díaz, Psicólogo, Máster en terapia cognitivo conductual** en la conducta pasiva, la persona deja de lado sus propios derechos y antepone los de los demás. De esta forma, intenta por todos los medios que no se produzca un conflicto o evita pasar un mal momento. Este tipo de comportamiento impide expresar honestamente sentimientos, pensamientos u opiniones o bien se hace pero de una manera auto derrotista, con disculpas, sin convicción. El mensaje que se comunica es: “Tus opiniones, sentimientos o pensamientos son más importantes que los míos, valen más”; “Lo que tú quieras lo acato”, “Importa más lo tuyo que lo mío”.

Acompañando a la conducta pasiva suelen darse conductas no verbales: bajar la mirada, voz vacilante, movimientos corporales nerviosos o inapropiados.

La persona pasiva se siente incomprendida, manipulada, con sentimientos de culpa, depresión, baja autoestima, etc.

El interlocutor no sabe si se está o no aprovechando de la persona que no está diciendo realmente lo que quiere decir, además se puede sentir cargado de responsabilidad, porque es él quien tiene que tomar las decisiones.

Conducta agresiva.

En la conducta agresiva, contrariamente a la anterior, la persona antepone y defiende sus derechos de una manera ofensiva, deshonesta, manipulativa o inapropiada, pasando por encima de los derechos de los demás. El mensaje que comunica es: “Mis opiniones, sentimientos, pensamientos cuentan más que los tuyos”, “Es más importante lo mío que lo tuyo”, “Soy superior a ti”. La persona trata de alcanzar la victoria a través de la dominación, utilizando técnicas de degradación, humillación, manipulación.

Acompañando a las manifestaciones verbales suelen darse comportamientos no verbales, destinadas al mismo fin: mirada agresiva, fija, aumento del volumen de la voz, gestos o posturas de amenaza.

Las consecuencias de este tipo de conductas puede ser positivas y/o negativas a corto plazo: positivas porque la persona consigue sus propósitos, dejando los derechos de los demás y negativas porque la persona puede experimentar sentimientos de culpabilidad. A largo plazo las consecuencias suelen ser negativas, pues puede ir acumulando tensión en sus relaciones con los demás, o rencor por parte de éstos.

La agresión establece una situación de ganar perder. Yo voy a ganar y Ud. va a perder. Yo tengo razón y Ud. está equivocado. Los siguientes mensajes agresivos muestran el aspecto de ganar perder:

“Esto es lo que yo pienso..... y tu eres un estúpido si piensas de otro modo.”

“Esto es lo que yo quiero..... y lo que tú quieras no tiene importancia.”

“Esto es lo que yo siento.....y tus sentimientos no cuentan ni tienen importancia.”

Estos son los mensajes subyacentes en muchas comunicaciones agresivas, a pesar de que puede que no se dirijan abiertamente de este modo. **Libro Sea Asertivo, Beverly Hare (2003)**

2.7. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.5.1. Hipótesis

“La ansiedad incide en el déficit asertivo de los estudiantes”

2.8. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPOTESIS

Unidad de Observación: Estudiantes de la Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Variable Independiente: La ansiedad

Variable Dependiente: Déficit asertivo

Término de Relación: Incidencia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

La presente investigación se enmarca dentro de los aspectos crítico propositivo de carácter cuanti – cualitativo .

Crítico porque cuestiona los esquemas psicológicos y propositivo porque la investigación no se detiene en la observación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución en un clima de actividad esto ayudara a la interpretación de los fenómenos psicológicos.

Cuantitativo porque se recabara información que será sometido a un análisis matemático.

Cualitativo porque la psicología es una ciencia abstracta que permite al psicólogo interpretar la problemática según su parecer o corriente teórica y también porque busca la comprensión del fenómeno investigado.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de intervención social, ya que busca la elaboración y desarrollo de una propuesta con la finalidad de ayudar a las personas que están involucradas en esta problemática.

Bibliográfica documental

Porque el trabajo tendrá información adicional sobre el tema de investigación obtenidos a través de libro, revista, periódicos, Internet.

De Campo

Porque la recolección de información se realizara en el lugar en donde se producen los hechos teniendo acceso contacto con las personas afectadas.

De investigación social y proyecto factible

Porque la investigación no se conformara con la observación pasiva de los fenómenos psicológicos sino que además, se realizara una propuesta de solución al problema investigativo.

3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se está desarrollando se ubica dentro del nivel de asociación de variables ya que tiene las siguientes características:

Permite predicciones estructuradas

Da un valor explicativo parcial

Hace un análisis de correlación

Realiza una medición de relaciones entre variables en los mismos sujetos de un contexto determinado todo esto para alcanzar los siguientes objetivos:

Evaluar las relaciones de comportamiento de una variable en función de variaciones de otra variable.

Medir el grado de relación entre variables y permite determinar tendencias.

3.4. POBLACIÓN O MUESTRA

La población total con la que se emprenderá el trabajo es de 91 estudiantes de primer y segundo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato utilizando la formula $n = N$ puesto que se conoce el tamaño de la población:

Así $n = N$

Por consiguiente: $n = 91$

3.5. OPERACIONIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: LA ANSIEDAD

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS INSTRUMENTOS
Estado disforico desagradable semejante al miedo cuando no hay ninguna situación manifiesta de peligro, es una situación de aprehensión, anticipación o temor al posible peligro que según su intensidad puede ser leve moderado y grave.	Leve	Inquietud Tensión Miedos	A experimentado inquietud expectativas de catástrofe , aprehensión o intranquilidad	Test de ansiedad de Hamilton
	Moderado	Insomnio Mala memoria Humor depresivo	Ha tenido dificultades de conciliación del sueño o no disfruta del tiempo libre.	Test de ansiedad de Hamilton
	Grave	Síntomas somáticos generales Síntomas del sistema nervioso Síntomas cardiovasculares	A experimentado zumbido de los oídos , taquicardias o desmayos	Test de ansiedad de Hamilton

VARIABLE DEPENDIENTE: DEFICIT ASERTIVO

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS INSTRUMENTOS
<p>La no comunicación de opiniones , creencias , sentimientos y deseos personales de una forma directa honrada produciéndose varios niveles de aserción, asertividad indirecta, no asertividad</p>	<p>Asertividad Indirecta</p>	<p>Inhabilidad para expresarse abiertamente</p> <p>No puede tener enfrentamientos directos con otras personas</p> <p>Necesidad de expresarse por medios indirectos como carta o teléfono</p>	<p>Prefiero decirle a alguien que deseo estar solo (a) por teléfono que personalmente</p> <p>Me es más fácil expresar mi opinión por medio de una carta que personalmente.</p>	<p>Test EMA</p>
	<p>No Asertividad</p>	<p>Inhabilidad para expresar deseos, opiniones, pensamientos, peticiones etc.</p>	<p>No soy capaz de expresar abiertamente la que siento</p>	<p>Test EMA</p>

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En cuanto a la valoración de los niveles de ansiedad existente en estudiantes se utilizo la Escala de Ansiedad de Hamilton (anexo A) puesto que es un instrumento estandarizado que consta de 14 ítems que determina el nivel de ansiedad en ausente, leve , moderado y grave según la intensidad de los síntomas .

Mientras que para determinar el porcentaje de estudiantes con déficit asertivo se empleo la Escala Multidimensional de Asertividad (anexo B) que es una escala estandarizada que consta de 45 ítems que determina si una persona es asertiva no asertiva o presenta asertividad indirecta.

3.7. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Luego de seleccionar los instrumentos adecuados para medir tanto los niveles de ansiedad como también para medir el nivel de asertividad estos instrumentos fueron aplicados en los estudiantes de primer y segundo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato previa autorización del Sr. Rector Dr. MSc. Carlos Aldás.

Para la aplicación correspondiente se recurrió a los predios de la Facultad para encontrar a los estudiantes en sus respectivas aulas, luego de explicar la consigna de cada uno de los instrumentos se procedió a la aplicación grupal dirigida de una manera muy eficaz para lo cual se obtuvo el apoyo, colaboración y comprensión de los señores estudiantes y de los catedráticos que en ese momento se encontraban impartiendo su clase.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Para el procesamiento y análisis de la información se seguirá un plan operativo dentro de la puesta en marcha de la investigación que contendrá una revisión crítica de la información recopilada y tabulación de datos así como la presentación de tablas y gráficos explicativos de los datos analizados.

Escala de Ansiedad de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)¹ fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Es una escala de estado cuyo objetivo es valorar los niveles de ansiedad.

Consta de un total de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad y no se ha demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto.

Proporciona una medida global de ansiedad que se obtiene sumando la puntuación obtenida de cada uno de los ítems que va desde:

0 Ausente ,1 Intensidad leve, 2 intensidad moderada, 3 intensidad grave, 4 Incapacitado.

Los puntos de corte recomendados son:

0-5 ausencia de ansiedad

6-14 ansiedad leve

15 y más ansiedad moderada o grave

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna⁷ (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 Covi18, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck²⁰ ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos¹¹ (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton^{21, 22} ($r = 0,62 - 0,73$).
(www. psicopsi.com)

Escala Multidimensional de Asertividad

La Escala multidimensional de Asertividad fue creada por la Dra. Mirta Flores Galaz profesor investigador tiempo completo de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán, Investigador Nacional nivel I y por el Dr. Rolando Díaz Loving Profesor titular tiempo completo de la Unidad de investigaciones psicosociales de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México, Investigador Nacional nivel III

Validación de la Versión Definitiva de la Escala Multidimensional de Asertividad

Análisis psicométricos

Dado que los análisis psicométricos obtenidos en las ciudades de México y Yucatán revelaron una estructura factorial con factores que sólo agrupaban un reactivo y que ésta se diluía al analizar las diferencias, se procedió a obtener un análisis factorial de segundo orden. Para el caso de la ciudad de Marida se tomaron los primeros 14 factores, pues éstos tenían una clara estructura fragmentada en las dimensiones, a pesar de que en cinco de ellos las consistencias internas no fueron robustas. Para la Ciudad de México se consideraron los primeros 14 factores, además de incluir los números XIX, XXIV y XXVII, donde también las consistencias obtenidas habían sido bajas en cinco factores; sin embargo, conceptualmente era clara su agrupación. El análisis realizado en ambas muestras ofreció resultados similares, pero se decidió tomar la muestra de la Ciudad de México como la de estandarización para obtener los baremos correspondientes, debido a que se considera que en ésta se concentra más de 20% de la población mexicana; además, en ella existe una gran heterogeneidad de habitantes migrantes de los diferentes estados de la República Mexicana.

Los resultados del análisis factorial de segundo orden revelaron, de nueva cuenta, una estructura clara conceptualmente y acorde a los resultados obtenidos en estudios previos, es decir, se observan los tres estilos de respuesta: asertiva, asertiva indirecta y no asertiva. No obstante, debido a que el número de reactivos variaba de una dimensión a otra, se consideró pertinente realizar una depuración de reactivos, de tal manera que quedaran los representativos de cada estilo; también se hizo un balance, tomando en consideración el aspecto situacional. Cabe señalar que para encontrar la cantidad óptima de reactivos, que respetara la consistencia interna obtenida por medio del coeficiente alfa de Cronbach, se utilizó la fórmula de la profecía de Spearman-Brown (Anastasiy Urbina, 1998); por lo que el número de reactivos para cada dimensión fue de quince. A continuación se presentan las definiciones de los factores.

- Asertividad indirecta. Es la inhabilidad del individuo para tener enfrentamientos directos, cara a cara, con otras personas en situaciones cotidianas o de trabajo, ya sea con familiares, amigos, jefes o compañeros de trabajo; llevándolo por tanto a expresar sus opiniones, deseos, sentimientos, peticiones, limitaciones personales, realizar peticiones, decir no, dar y recibir alabanzas y manejar la crítica, a través de cartas, teléfono u otros medios.
- No asertividad. Es la inhabilidad del individuo para expresar sus deseos, opiniones, sentimientos, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica.
- Asertividad. Es la habilidad del individuo para expresar sus limitaciones, sentimientos, opiniones, deseos, derechos, para dar y recibir alabanzas, hacer peticiones y manejar la crítica.

La puntuación de la escala se realiza asignando un número a cada una de las respuestas de los reactivos de cada factor con base en un rango de 1 a 5, en donde

1= Completamente en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4= De acuerdo

5= Completamente de acuerdo

En la calificación de la escala multidimensional de asertividad se debe seguir estos pasos:

- 1.- Verificar que todos los reactivos del cuestionario se hayan contestado
- 2.- colocar la plantilla correspondiente del factor a evaluar

- 3.- Sumar las puntuaciones que aparezcan a través de los cuadros para obtener la puntuación cruda correspondiente a dicho factor.
- 4.- Colocar el total en el espacio asignado para ello en la hoja de respuesta y perfil.
- 5.- Identificar las puntuaciones crudas en la tabla de puntuaciones T lineales.
- 6.- Graficar el perfil según las normas empleadas.
- 7.- Interpretar los resultados con base a los baremos respectivos e indicar si las puntuaciones obtenidas por cada estudiante para cada dimensión esta dentro de la normalidad es decir si caen por arriba o por debajo de las puntuaciones T lineales de 40 a 60 que aparecen sombreadas en el perfil. Si se tiene puntuaciones fuera de este rango significara que en los estudiantes predomina uno u otro estilo de respuesta. **Manual de la Escala Multidimensional de Asertividad de Flores y Díaz (2009)**

CAPITULO IV

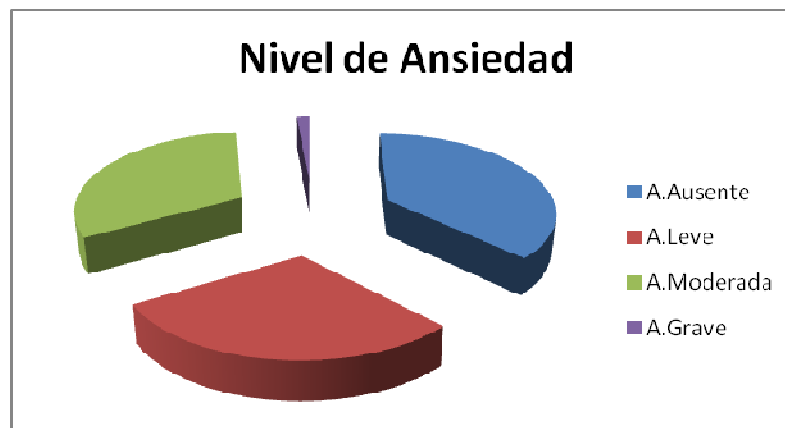
ANALISIS E INTERPRETACION

4.1. Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton

Cuadro N° 1

Nivel de ansiedad	N° Estudiantes	Porcentaje
Ausente	27	29,67%
Leve	21	23,07%
Moderada	23	25,27%
Grave	20	21,99%
Total	91	100%

Grafico N° 1



Fuente: Estudiantes

Elaborada por el autor

Análisis

De los 91 estudiantes

27 presentan un nivel de ansiedad ausente que corresponde al 29,67%, 21 presentan un nivel de ansiedad leve que corresponde al 23,07%, 23 presentan un nivel de ansiedad

moderada que es el 25,27% y 20 presentan un nivel de ansiedad grave que por consiguiente le corresponde el 21,99%

Interpretación

Los índices de presencia de ansiedad en estudiantes sumados la ansiedad leve moderada y grave dan un porcentaje total de 70,33% lo que significa que la mayoría de estudiantes han experimentado los síntomas físicos y psíquicos de la ansiedad siendo esta la población con la que se debería trabajar y tan solo un 29,67% de los estudiantes no han experimentado ningún síntoma de ansiedad.

4.2. Resultados de la Escala Multidimensional de Asertividad

Cuadro N°2

Asertividad	N° estudiantes	Porcentaje
Asertivos	45	49,45%
No Asertivos	22	24,17%
Asertividad Indirecta	24	26,38%
Total	91	100%

Grafico N° 2



Fuente: Estudiantes

Elaborada por el autor

Análisis

Delos 91 estudiantes

45 son asertivos que corresponde al 49,45%, 22 son no asertivos que nos da un porcentaje del 24,17%, y 24 presentan una asertividad indirecta por lo que le corresponde el 26,38%

Interpretación

Los índices de presencia de asertividad en los estudiantes suman un porcentaje de 49,45% pero sumados los índices de estudiantes con asertividad indirecta y no asertivos suman un porcentaje total de 50,55% lo que significa que existen estudiantes que en algún momento no han sido capaces de expresar abiertamente lo que piensan lo que desean o lo que opinan siendo la mayoría de estudiantes los que presentan una disminución en su asertividad estudiantes con los cuales se debería trabajar.

4.3. Resultados de la relación entre niveles de Ansiedad y Asertividad

Cuadro N° 3

Nivel de Ansiedad	N° Estudiantes	%	Asertividad	N° Estudiantes	%
Ausente	27	29,67%	Asertivos	24	26,37%
			No Asertivos	2	2,2%
			A. Indirecta	1	1,1%
Total	27	29,67%	Total	27	29,67%

Grafico N° 3



Fuente: Estudiantes

Elaborada por el autor

Análisis

De los 27 estudiantes con un nivel de ansiedad ausente

24 son asertivos por lo cual le corresponde el 26,37%, 2 son no asertivos por lo que le corresponde el 2,2% y 1 presenta asertividad indirecta correspondiéndole el 1,1%

Interpretación

Del 29,67% de los estudiantes en los cuales no se ha encontrado síntomas de ansiedad el 26,37% de estos son asertivos, mientras que tan solo el 3,3% presentan una merma en su asertividad sumados los no asertivos y los que presentan asertividad indirecta por lo que se puede deducir que los estudiantes que no han experimentado ansiedad no presentan problemas con su aserción.

Cuadro N° 4

Nivel de Ansiedad	N° Estudiantes	%	Asertividad	N° Estudiantes	%
Leve	21	23,07%	Asertivos	9	9,89%
			No Asertivos	5	5,49%
			A. Indirecta	7	7,69%
Total	21	23,07%	Total	21	23,07%

Grafico N° 4



Fuente: Estudiantes

Elaborada por el autor

Análisis

De los 21 estudiantes con un nivel de ansiedad leve 9 son asertivos correspondiéndole el 9,89%, 5 son no asertivos por lo que le corresponde el 5,49% y 7 presentan asertividad indirecta correspondiéndole el 7,69%

Interpretación

Del 23,07% de los estudiantes con un nivel de ansiedad leve el 9,89% no presentan problemas en su asertividad pero sumados los porcentajes tanto de estudiantes no asertivos como de los que presentan asertividad indirecta nos da un total de 13,18% de estudiantes que presentan dificultades para expresar lo que realmente piensan sienten y opinan cuando presentan síntomas de ansiedad leve.

Cuadro N°5

Nivel de Ansiedad	N° Estudiantes	%	Asertividad	N° Estudiantes	%
Moderada	23	25,27%	Asertivos	7	7,69%
			No Asertivos	9	9,88%
			A. Indirecta	7	7,69%
Total	23	25,27%	Total	23	25,27%

Grafico N° 5



Fuente: Estudiantes

Elaborada por el autor

Análisis

De los 23 estudiantes con ansiedad moderada 7 no presentan problemas en su asertividad por lo que le corresponde el 7,69%, 9 son no asertivos por lo que le corresponde el 9,88% y 7 presentan una asertividad indirecta correspondiéndole el 7,69%

Interpretación

Del 25, 27% de los estudiantes con un nivel de ansiedad moderada el 7,69% son asertivos lo que significa que los síntomas de la ansiedad no han influido en su asertividad, el 9,88% presenta problemas en su asertividad teniendo dificultades en la expresión de sentimientos opiniones y pensamientos y el 7,69% no es capaz de expresarse abierta y frontalmente por lo que se puede deducir que el 17,57% de los estudiantes presentan una disminución en su asertividad cuando presentan un nivel de ansiedad moderada.

Cuadro N° 6

Nivel de Ansiedad	N° Estudiantes	%	Asertividad	N° Estudiantes	%
Grave	20	21,99%	Asertivos	5	5,49%
			No Asertivos	6	6,59%
			A. Indirecta	9	9,89%
Total	20	21,99%	Total	20	21,99%

Grafico N° 6



Fuente: Estudiantes

Elaborada por el autor

Análisis

De los 20 estudiantes con un nivel de ansiedad grave 5 son asertivos por lo que corresponde el 5,49%, 6 son no asertivos correspondiéndole el 6,59% 9 presentan asertividad indirecta por lo que le corresponde el 9.89%

Interpretación

Del 21,99% de los estudiantes con un nivel de ansiedad grave el 5,49% no tiene dificultades en su asertividad, el 6,59% presenta problemas asertivos teniendo dificultades en la expresión de opiniones, pensamientos y sentimientos y el 9,89% no es capaz de expresarse abierta y frontalmente por lo que se puede deducir sumándolos porcentajes de no asertividad y asertividad indirecta que el 16,49% de los estudiantes presentan una disminución en su capacidad asertiva cuando experimentan un nivel de ansiedad grave.

4.4. Verificación de Hipótesis

Hipótesis

“La Ansiedad incide en el déficit Asertivo de los estudiantes”

Luego de un extenso análisis y depuración de los datos obtenidos mediante la aplicación de las dos escalas tanto la de ansiedad como la de asertividad y posterior a la apreciación de los porcentajes obtenidos mediante la relación de los niveles de ansiedad con la asertividad se obtuvo que el 48% de los estudiantes presenta un déficit asertivo esto sumado tanto la no asertividad como la asertividad indirecta cuando experimentan algún nivel de ansiedad sea leve, moderado o grave mientras que el 25,26% de los estudiantes no presentan problemas de asertividad al experimentar cualquier nivel ansiedad por lo que la hipótesis formulada se verifica.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

Al indagar profundamente sobre la relación existente entre ansiedad y déficit asertivo se nota una estrecha relación entre ambas variables, siendo en el nivel de ansiedad moderada en donde los estudiantes experimentan una mayor dificultad para expresar abiertamente lo que piensan, sienten, y opinan, seguido de dificultades en los niveles de ansiedad leve y grave respectivamente .

En lo referente a la parte teórica se puede concluir que son muchos los autores 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, pero muchas de las veces esta conducta se ve de una u otra manera afectada cuando las personas experimentan algún nivel de ansiedad produciendo en vez de respuestas asertivas respuestas ansiosas.

Con relación a la interpretación de resultados se aprecia que un total de 70,33% de los estudiantes tanto de primer como de segundo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato han experimentado algún nivel de ansiedad siendo el más sobresaliente el nivel de ansiedad moderada con un total de 25,27% de la

población seguido del nivel de ansiedad leve con un 23,07%, con un nivel de ansiedad grave el 21,99% y tan solo el 29,67% de los estudiantes de primer y segundo semestre no han experimentado ningún tipo de síntoma psíquico o físico de ansiedad.

En relación con la variable de asertividad se puede concluir que un 50,55% de los estudiantes tanto de primer como de segundo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato padecen de un déficit asertivo lo que significa que existen estudiantes que en algún momento no han sido capaces de expresar abiertamente lo que piensan, lo que desean, o lo que opinan constituyéndose en mayoría, estudiantes con los cuales se debería trabajar.

5.2.- RECOMENDACIONES

En vista de los resultados obtenidos sería recomendable aplicar métodos y técnicas psicoterapéuticas que busquen la disminución de la ansiedad y que promuevan el proceso asertivo en los estudiantes.

Como toda persona los estudiantes universitarios están expuestos en su cotidianidad al enfrentamiento de factores estresantes como por ejemplo, presiones personales, familiares y académicas, que dan como consecuencia estados ansiosos, estos estudiantes necesitan un tratamiento especial para la disminución de la ansiedad así como también un tratamiento para las circunstancias que la generan uno de estos podría ser el tratamiento cognitivo conductual que cuenta con técnicas como la respiración abdominal , la desensibilización sistemática la relajación muscular profunda.

Como la presente investigación se trata del déficit de asertividad producido por la ansiedad sería recomendable la aplicación del entrenamiento cognitivo conductual asertivo que consta de varios pasos que van desde la generación y práctica de conductas elementales tan sencillas como saber mirar a los ojos o mantener un tono de voz audible, hasta el ensayo conductual en donde se recibe un feedback del terapeuta u otros pacientes en el caso de que se realice una terapia en forma grupal.

CAPITULO VI

LA PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

Nombre de la Propuesta: FORMACIÓN DE GRUPOS TERAPEUTICOS
PARA EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA
ASERTIVIDAD

Institución: Universidad Técnica de Ambato Carrera de Psicología Clínica

Espacio: Laboratorio de Psicología de la Facultad

Tiempo: Tres a cuatro meses.

6.2. ANTECEDENTES

En base a los resultados obtenidos en la investigación realizada se aprecia que un total de de 70,33% de los estudiantes tanto de primer como de segundo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato han experimentado algún nivel de ansiedad siendo el más sobresaliente el nivel de ansiedad moderada con un total de 25,27% de la población seguido del nivel de ansiedad leve con un 23,07%, con un nivel de ansiedad grave el 21,99% y tan solo el 29,67% de los estudiantes de primer y segundo semestre no han experimentado ningún tipo de síntoma psíquico o físico de ansiedad.

En lo referente al déficit asertivo del 100% de los estudiantes encuestados el 50,55% de los estudiantes tanto de primer como de segundo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato padecen de un déficit asertivo lo que significa que existen estudiantes que en algún momento no han sido capaces de expresar abiertamente lo que piensan lo que desean o lo que opinan.

Por lo expuesto se hace necesario el desarrollar la presente propuesta de solución la misma que va en pro de la disminución de la ansiedad y en mejoramiento de la aserción esta beneficiara de los estudiantes de a carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato para así remediar y disminuir el déficit de asertividad, trabajando de forma conjunta con el personal experto de la carrera.

6.3. JUSTIFICACION

El entrenamiento asertivo asegura para el adolescente el aprendizaje de una forma de actuar adecuada para la defensa de sus intereses y sienta las bases de la interacción social más segura.

Además, el entrenamiento asertivo constituye una especie de “entrenamiento en autodefensa” que hace que el alumno confíe más en sus posibilidades de afrontamiento en situaciones sociales, reforzando su autoestima y autoconfianza, de forma que se siente más libre para ser altruista y generoso, una vez que está seguro de que los demás no interpretarán su generosidad como debilidad. El entrenamiento en asertividad es la base del aprendizaje de habilidades sociales y éstas forman parte de la forma en que se expresan los valores a través de las actitudes morales.

Un alumno con una sólida formación asertiva será un adolescente competente socialmente, estará más preparado para desarrollar un sistema de valores morales saludable y positivo, así como también será capaz de reducir su nivel de ansiedad y de temor en general.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General

- Reducir la ansiedad en los estudiantes a través de la formación de grupos terapéuticos centrados en el entrenamiento asertivo.

6.4.2 Objetivos Específicos

- Definir la formación de los grupos terapéuticos de acuerdo a la relación entre nivel de ansiedad y déficit de asertividad.
- Generar una disminución sintomática.
- Elaborar una planificación psicoterapéutica

6.5. ANALISIS DE FACTIBILIDAD

Después de definir la problemática presente y establecer las causas es pertinente realizar un análisis de factibilidad que determine las posibilidades de desarrollo de la propuesta sobre la FORMACION DE GRUPOS TERAPEUTICOS PARA EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ASERTIVIDAD se debe señalar que la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato cuenta con el material humano técnico y científico capacitado como para poner en marcha la propuesta , en lo referente al espacio físico se lo puede realizar en el laboratorio de psicología de la carrera y los gastos económicos serian mínimos , por lo que se puede concluir que es viable su puesta en marcha, sobre todo porque los beneficiarios directos serian los estudiantes de la carrera contribuyendo así no solo a su formación académica sino también a su superación personal.

6.6. FUNDAMENTACION TEORICA CIENTIFICA

DEFINICIONES DE GRUPO

Señalemos algunos conceptos para establecer sus condiciones generales:

"Un grupo consiste en dos o más personas que comparten normas con respecto a ciertas cosas y cuyos roles sociales están estrechamente intervenculados".

"Dos o más personas que entran en contacto voluntario, una relación de proximidad y una interacción que produce cambios en cada uno de los individuos" (Sherfner y Stone).

"Dos o más individuos ligados por una conciencia común entre quienes existen acciones e interacciones encaminadas a la satisfacción de un objetivo".

El resultado de la participación en grupo permite que los miembros interactúen o influyan unos sobre otros, produciéndose modificaciones, porque todos participan y comparten con los demás sus experiencias.

Los elementos característicos de los grupos son los siguientes

Interacción dinámica entre los miembros

Meta común

Relación entre tamaño y función

Conciencia común

Volición y consentimiento

Capacidad de autodirección

La presencia de estos elementos aislados no define al grupo, deben existir todos o casi todos los citados para hablar de él con propiedad. **Libro de Psicoterapia. Lucio Balarezo (2005)**

Tipos de Grupos

Los grupos se clasifican de acuerdo a las categorías y variables empleadas. Así el tamaño, la naturaleza de la interacción, las metas y propósitos y la organización. Para esos efectos psicoterapéuticos solo analizamos algunos de ellos:

- Grupo primario.- Es aquel en que la interacción es cara a cara el tamaño reducido, los lazos emocionales intensos y la conciencia de relación común sentida.
- Grupo Secundario.-Se caracteriza por sus relaciones frías, impersonales, formales y por la vinculación de sus miembros a través de comunicaciones indirectas.
- Endogrupo.-Es el grupo con el que el individuo se identifica en virtud de su "conciencia de pertenencia" y que generalmente determina las actitudes subjetivas del sujeto.
- Exogrupo, .Grupo al cual no se identifica el individuo y que se lo expresa como "ellos", "los otros", para denotar distintos grados de antagonismo, prejuicio, odio o apatía.
- Grupo Social.-Caracterizado por una meta visualizada, estructura formal, existencia de reglas y reglamentaciones, heterogeneidad y menor carácter voluntario en la incorporación.
- Grupo Psíquico.-Con propósito poco explicitado, estructura informal, existencia de pocas reglas, homogeneidad y mayor voluntad en la incorporación. **Libro de Psicoterapia. Lucio Valarezo (2005)**

El Proceso Grupal

Se refiere a las acciones e interacciones que utiliza el grupo para desarrollar y conservar su identidad como tal y a los efectos que esas acciones ejercen sobre los individuos que lo componen, eso se describe como un movimiento continuo, dinámico y de dirección. Mientras el contenido se refiere al QUE, el plan complementa con el POR QUE y el COMO.

El proceso incluye la secuencia según la cual se producen ciertas experiencias y actividades, los métodos empleados para proporcionar aquellas experiencias y las formas de aproximación utilizadas por los miembros del grupo. Existen diversas modalidades conceptuales relacionadas con la dinámica del grupo:

Todas las fuerzas que interactúan dentro de los grupos cuando éstos se organizan y actúan para alcanzar sus objetivos.

Hace referencia a los procesos utilizados por los grupos que alientan propósitos de resolución de problemas o de acción.

Proceso grupal y roles de grupo.

Conjunto de técnicas tales como la representación de roles, las sesiones de colmena, la observación, la realimentación del proceso grupal y la decisión colectiva, utilizadas en los programas de capacitación orientados a mejorar las relaciones humanas y la conducción de conferencias y comisiones.

Campo de investigación consagrado a adquirir conocimientos relativos a la naturaleza de los grupos, a las leyes de su desarrollo y a sus interrelaciones con los individuos, otros grupos e instituciones mayores.

En este último sentido se han señalado las fuerzas que actúan sobre los grupos, los efectos resultantes sobre los individuos y el comportamiento del grupo, señalándose dos tipos de fuerzas: la dinámica interna y la dinámica externa. **Libro de Psicoterapia. Lucio Balarezo (2005)**

La dinámica interna

Los individuos llevan a los grupos determinadas características propias de su personalidad como intereses, intenciones, desinhibiciones, frustraciones, formas de ajuste, capacidades y reglas de comportamiento, que afectan de manera relativa a los grupos .Pero en su integración al grupo aparecen fuerzas aunque se originan en el individuo, ocurren solamente gracias a la interacción con los demás miembros del grupo, surgiendo la denominada dinámica interna. Las fuerzas que integran las mismas son las siguientes:

- La atmósfera, que se refiere al estado espiritual (sentir y actuar) que se trasmite en el grupo considerándolo un todo.
- El código que es el conjunto de normas de actuación aceptadas por el grupo y que pueden o no estar escritas.
- El contrato social expresado por formas especiales de sanción existentes dentro del grupo que se traducen en recompensas y reprimendas.
- Patrón o registro constituido por el registro escrito para la admisión en el grupo.
- La identidad es el lazo que une al grupo, la situación común, el sentimiento de “nosotros”, la lealtad.
- La posición es el estado relativo que adopta cada individuo dentro del grupo sea en forma atribuida o adquirida.
- El liderazgo, es la acción influenciadora de una persona sobre el comportamiento de un individuo.
- La comunicación que constituye la capacidad de los individuos para transmitir ideas, sentimientos, opiniones a otros individuos o a los grupos.

Libro de Psicoterapia. Lucio Balarezo (2005)

La dinámica externa

Es el resultado de la influencia de las fuerzas ejercidas por la comunidad sobre los integrantes del grupo, los principales núcleos que ejercen influencia son la familia, los vecinos, los medios de comunicación, centros de educación, clubes, lugares de trabajo la iglesia.

Las fuerzas actuantes sobre el grupo pueden ser restrictivas o expansivas, en el primer caso inhiben, reprimen, dificultan la expresión y el trabajo; en el segundo facilitan, dinamizan o promueven el proceso grupal. **Libro de Psicoterapia. Lucio Balarezo (2005)**

Las Aplicaciones de Grupo

El trabajo en grupo permite no solo su empleo en el campo terapéutico, sino en otras actividades que buscan modificar actitudes y comportamientos del individuo en sentido positivo, algunas de las formas de aplicación son:

La Instrucción y la orientación de grupo

Son aplicaciones de la integración grupal como para suministrar información u orientación sobre aspectos específicos persiguen cómo objetivo:

Proporcionar oportunidades de aprendizaje para la autodirección respecto a aspectos vocacionales, educacionales o personales-sociales.

Lograr objetivos de orientación en forma más económica y eficaz. **Libro de Psicoterapia. Lucio Balarezo (2005)**

El asesoramiento grupal

Colín, lo define como "un proceso dinámico e interpersonal mediante el cual los individuos que se hallan dentro de los límites normales de adaptación, trabajan dentro de un grupo de pares con un asesor profesionalmente capacitado, explorando problemas y . Sentimientos en un intento de modificar sus actitudes afin de tornarse más capaces para manejar sus problemas de desarrollo".

El asesoramiento grupal se centra, por lo tanto, en los problemas del desarrollo y las preocupaciones situacionales de sus miembros, ocupándose primordialmente de las actitudes y las emociones, elecciones y valores de las relaciones intrapersonales.

El número óptimo es de seis con una tolerancia entre cuatro y ocho participantes y su tarea es sobre todo preventiva. **Libro de Psicoterapia. Lucio Balarezo (2005)**

Los grupos de capacitación (Grupos T)

Propuestos en 1947 con el objetivo de desarrollar las condiciones interpersonales y la sensibilidad a las comunicaciones. El participante en los GT se ve envuelto en una experiencia en la que aprende a partir de su propia conducta, en un grupo no estructurado de diez a doce personas, condiciones de las relaciones interpersonales y pautas de conducta, determinando los aspectos positivos y las debilidades de su personalidad.

Aunque existen muchas semejanzas entre los GT y los de terapia propiamente dicha, se pueden encontrar las siguientes diferencias:

Se utilizan los datos del presente y sus consecuencias y no las causas genéticas.

Se ocupan de la conducta consciente y pre consciente y no de la motivación inconsciente.

Se supone que los participantes están sanos y no enfermos. **Libro de Psicoterapia. Lucio Balarezo (2005)**

La Terapia de Grupo

Constituye la aplicación de los principios terapéuticos a dos o más individuos simultáneamente, con el fin de esclarecer sus conflictos psicológicos para que de este modo puedan vivir normalmente.

Variaciones de la terapia grupal son los denominados grupos especiales de terapia, algunos de los cuales inclusive funcionan con profanos como el caso de los AA (Alcohólicos Anónimos), o los grupos de sesión prolongada en donde se dan sesiones maratónicas de sobresaturación (15-20 horas seguidas) para explorar a fondo sus aspectos personales. **Libro de Psicoterapia. Lucio Balarezo (2005)**

Las Prácticas de Trabajo

Muchos de los principios del asesoramiento y terapia grupal corresponden al trabajo individual, mientras que otros son específicos de la actividad grupal. Entre estos últimos se señalan:

La selección de los miembros del grupo

Para seleccionar a los participantes de la terapia grupal se acude a las siguientes características: homogeneidad o heterogeneidad de acuerdo a los requerimientos, intereses y problemas similares, condiciones de edad, sexo, nivel cultural, jerarquía, motivación a recibir ayuda, disposición a hablar sobre sus problemas y flexibilidad.

Tamaño del Grupo

Los mejores resultados se obtienen con grupos de cinco a ocho miembros porque los más numerosos tienden a debilitar las relaciones colaterales y el terapeuta se inclina a una mayor corectividad. Puede ampliarse a 12 integrantes, aunque hay modalidades que extienden su uso a 40 o 50 pacientes.

Duración y Frecuencia de las sesiones

En la mayoría de orientaciones las sesiones son de una a dos horas de duración, aunque pueden excederse más en algunas condiciones. En general se realizan una o dos sesiones por semana, teniendo variaciones de acuerdo al tipo de grupo.

Grupos Cerrados y continuos (abiertos)

Los primeros no permiten la incorporación de nuevos integrantes en la terapia, mientras que en los segundos los pacientes van cambiándose por nuevos de acuerdo a la curación o deserción de los antiguos, lo cual facilita el ingreso de nuevos participantes. Los grupos continuos plantean mayores dificultades técnicas que los cerrados.

El desarrollo de la relación

La estructuración o la Restructuración de la relación están de acuerdo a las necesidades y orientación de la terapia. Los aspectos que se contemplan son los siguientes: la organización del grupo y sus reglas, la definición sobre si la modalidad está centrada en el terapeuta o el grupo, el inicio de la discusión, o mantenimiento de la relación, las prácticas grupales y las responsabilidades del terapeuta y el paciente.

La observación y la participación del terapeuta

En el trabajo grupal, el terapeuta observa y participa en los siguientes aspectos: el contenido y proceso del grupo, el patrón de comunicación, la toma de decisiones por el grupo, el comportamiento y los roles de los participantes que pueden ser correspondientes a las tareas del grupo, al crecimiento y vitalización del grupo o roles anti grupales.

En cuanto a la participación y actuación del terapeuta, a más del papel de observador de los aspectos anotados, se sintetizan los siguientes:

Despertar sentimientos de aceptación, cordialidad y comprensión;

Descubrir sentimientos en los integrantes y transmitir los mismos al grupo;

Desarrollar sentimientos de responsabilidad y mantener un clima favorable; e.

Introducir materiales de discusión o ejercicios grupales tendientes a estimular el desarrollo grupal. **Libro de Psicoterapia. Lucio Balarezo (2005)**

Los Recursos Persuasivos y Sugestivos en los Grupos

En el análisis de las aplicaciones del grupo se señalaron los objetivos que se persiguen en cada uno de ellos. Sabemos que cuando nos referimos a la persuasión, estarnos enfocando los elementos racionales y de juicio de los sujetos. Su empleo tiene utilidad también cuando se manejan grupos por constituir un excelente método de influencia sobre los demás. .

Sherkovin, señala algunas recomendaciones para cumplir con el trabajo persuasivo; esos medios son los siguientes:

Demostración

Que debe basarse en argumentos lógicos, hechos fidedignos, cifras y en datos de la ciencia y la práctica.

Proceso de la demostración

Se acude en primer término al planteamiento de tesis, luego se hace la exposición de argumentos para concluir con la propia demostración

Tipos de argumentos

En cuanto a los argumentos, éstos deben ser fundamentales e irrefutables. Se hace una apelación positiva considerando la satisfacción que produce la aceptación y las consecuencias positivas de la decisión, o puede emplearse una apelación negativa, recalcando las consecuencias y perjuicios si no se aceptan las propuestas.

Métodos de la argumentación

Se puede recurrir a recursos lógicos, estrictamente racionales o a los psicológicos, considerados en este caso como emocionales. Cuando se apela a los sentimientos del auditorio, se toman como elementos básicos el deber, el orgullo, la dignidad, la camaradería, la solidaridad o también por el contrario, la ironía, el sarcasmo, la piedad, la compasión y la modestia.

La exposición debe basarse en hechos concatenados e históricamente expuestos
Libro de Psicoterapia. Lucio Balarezo (2005)

Modalidad Terapéutica Grupal

Orientación Cognitiva Conductual

Como ya es conocido, la actividad terapéutica se basa en principios del aprendizaje, considerando al individuo como una unidad. Pone mayor interés en el presente y en la modificación de conductas observables.

Los pacientes van sometiéndose a un trabajo sobre todo técnico para manejar problemas similares bajo la dirección del terapeuta. Como no interesa mucho el crecimiento o desarrollo de la persona, se busca con mayor propiedad el alivio sintomático o la resolución del problema actual. Mientras que en otros esquemas anteriores, los pacientes en los grupos se someten a una metodología estándar con iguales procedimientos generales para todos; en esta orientación se especifican técnicas para cada problema determinado, de tal manera que la selección de pacientes es una tarea fundamental para manejar grupos homogéneos.

En general, no se usan mayormente interpretaciones, recurriéndose frecuentemente al empleo de directrices tanto a nivel de consultorio, en donde se ejercita las conductas deseables, como asignando tareas extraconsultoriales.

ENTRENAMIENTO ASERTIVO

La asertividad como cualidad personal se ha ido haciendo cada vez más deseable, debido en parte a los varios movimientos de liberación que apoyan una mayor libertad personal y en parte por una convicción más extensa y urgente que las personas pueden mejorar la calidad de su vida diaria estableciendo relaciones más funcionales, más directas y más auténticas. El entrenamiento de la asertividad es un proceso que ayuda a las personas a comunicar lo que quieren expresar de forma más eficaz.

La expresión de cariño, cordialidad y apoyo son ciertamente ejemplos de la asertividad. A diferencia del movimiento de encuentros de los años 1960, sin embargo, el entrenamiento de la asertividad no va solamente dirigido a lograr una mayor intimidad, sensibilidad o auto-apertura. Más aún, no se da un énfasis exclusivo al «aquí y ahora» o al desarrollo de relaciones más íntimas, al compartir los miembros del grupo sus percepciones negativas y positivas mutuas dentro del mismo grupo, aunque normalmente surge un clima de apoyo cuando los participantes trabajan muy unidos; para aumentar su asertividad. Los miembros del grupo pueden intercambiarse información con respecto a las inter-acciones correctas asertivas o no asertivas dentro del grupo. Sin embargo, el foco de atención se sitúa primordialmente en dominar situaciones que se presentan fuera del grupo.

El entrenamiento de la asertividad se centra en las situaciones concretas o en los tipos de inter-acciones en las que los miembros del grupo creen que no están actuando tan bien como quisieran. Las personas en los grupos de asertividad trabajan en varios puntos de interés: rechazar invitaciones de los amigos, expresar cumplidos y felicitaciones, enfrentarse a compañeros de trabajo cuando están haciendo algo que influye negativamente en el trabajo de uno, responder a un supervisor mandón, expresar a su amante lo que le gusta o disgusta sexualmente, enfrentarse a un compañero de apartamento para que comparta las responsabilidades económicas y domésticas, protagonizar conversaciones de amistad, ser entrevistado para ser admitido en un empleo, hablar con el profesor

fuera de clase, concertar una cita, pedir un servicio o un favor en una tienda, buscar una información sin recurrir a una agencia, supervisar a los empleados, entrevistarse con su ex-esposa, planear unas vacaciones y reclamar una subida del salario. Las situaciones varían desde los hechos diarios relativamente sencillos hasta inter-acciones más significativas y profundas. El objetivo es realizarlas bien y de una forma eficaz. **Manual de Terapia Racional Emotiva 9na edición (2003)**

Un Modelo de Entrenamiento de la Asertividad

El entrenamiento de la asertividad, a diferencia de otros tipos de tratamiento que han surgido con una orientación primordialmente conductual, no consiste en un acuerdo general sobre un conjunto de procedimientos. Se han empleado una diversidad de intervenciones cognitivas y conductuales (en varias combinaciones) bajo el título de entrenamiento de la asertividad (Salter, 1949; Wolpe y Lazarus, 1966; Lazarus, 1972; Wolpe, 1973; Alberti y Eminons, 1974; Rimm y Masters, 1974; Bloom, Coburn y Pearlman, 1975; Lange y Jakubowski, 1976; Cotler y' Guerra, 1976; Liberman, King, DeRisi & McCann, 1976).

El modelo del entrenamiento en la asertividad presentado por (Lange y Jakubowski, 1976) combina los componentes cognitivos y conductuales. Esto prueba en gran parte la importancia de los procedimientos cognitivos, como sugirieron Rimm (1973); Meichenbauín (1974, 1975); Ellis y Harper (1975); Goldfried y Sobocinski (1975); Kazdin (1975); Thorpe (1975); Wolfe (1975); Beck (1976); Goldfried y Davison (1976); Glass, Gottman y Schmurak (1976). Sin embargo, las intervenciones conductuales han sido más extensamente investigadas (Wolpe y Lazarus, 1966); Wagner (1968); McFall y Marston (1970); McFall y Lillesand (1971); Frickman (1971a, 1971b); Eisler, Hersen y Miller (1973); McFall y Twentyman (1973); Rathus (1973); Young, Rimm y Kennedy (1973); Rimm y Masters (1974); Galassi y Galassi (1976).

El terapeuta de la asertividad cognitivo-conductual cree que: (a) el pensamiento de las personas influye en la forma de pensar y de comportarse y por tanto es útil una intervención en el nivel cognitivo, y (b) las personas piensan y evalúan sus sentimientos y comportamientos y por tanto el cambio de la conducta de uno también produce cambios en las actitudes y en otras cogniciones. Así, el terapeuta de la asertividad cognitivo-conductual enseña a los clientes los principios básicos de la RET y otras diferentes orientaciones cognitivas que se han originado de los principios de la RET. Así, las personas entrenadas practican y llevan a cabo en vivo los cambios conductuales basados en las nuevas cogniciones más racionales. Un aspecto fundamental del enfoque cognitivo-conductual es la comprensión del cliente de los principios de la RET con respecto a las relaciones entre los pensamientos, sentimientos y comportamientos y los procedimientos para alterar y superar la forma de pensar irracional.

Más concretamente, el modelo del entrenamiento de la asertividad presentado por (Lange y Jakubowski, 1976) es un proceso de cuatro etapas preparado para: (1) valorar los aspectos cognitivos y conductuales de la falta de asertividad en situaciones concretas, y (2) utilizar aquellos procedimientos cognitivos y conductuales que parecen ser los más apropiados para el cliente. Así, es concebible que con un cliente se debería prestar más atención a la identificación y al desafío de la forma de pensar irracional en una situación concreta, mientras otro cliente podría reconocer su forma de pensar defectuosa y requerir un considerable ensayo conductual ya que le faltan respuestas asertivas específicas.

Las cuatro etapas del modelo de la asertividad son: (1) el desarrollo de un sistema de creencias que mantiene un gran respeto por sus propios derechos personales y por los derechos de los demás; (2) la distinción entre las respuestas y comportamientos no asertivos, asertivos y agresivos; (3) la reestructuración cognitiva de la forma de pensar en situaciones concretas; y (4) el ensayo conductual de las respuestas asertivas en casos determinados. Estas etapas no son necesariamente sucesivas; a veces se entremezclan en el tiempo y, de hecho, se pueden readaptar y modificar de diversas formas para adecuarlas mejor a las necesidades del cliente. Estas etapas se pueden plantear como objetivos a conseguir por los clientes junto con la reducción de la ansiedad excesiva, el

enfado exasperado o la depresión profunda. **Manual de Terapia Racional Emotiva 9na edición (2003)**

Técnicas para Trabajar la Asertividad

Para llegar a ser una persona asertiva hay que aprender a evitar la manipulación. Inevitablemente, nos encontraremos con estrategias que intentarán impedir nuestros objetivos, desarrolladas por aquellos que pretenden ignorar nuestros deseos. Las técnicas que se describen a continuación son fórmulas que han demostrado ser efectivas para vencer dichas estrategias y que sirven perfectamente en las relaciones interpersonales de todos los jóvenes en sus situaciones cotidianas.

Técnica del disco roto.

Repita su punto de vista con tranquilidad, sin dejarse ganar por aspectos irrelevantes (Sí, pero... Sí, lo sé, pero mi punto de vista es... Estoy de acuerdo, pero... Sí, pero yo decía... Bien, pero todavía no me interesa).

Técnica del acuerdo asertivo.

Responda a la crítica admitiendo que ha cometido un error, pero separándolo del hecho de ser una buena o mala persona. (Sí, me olvidé de la cita que teníamos para comer. Por lo general, suelo ser más responsable).

Técnica de la pregunta asertiva.

Consiste en incitar a la crítica para obtener información que podrá utilizar en su argumentación. (Entiendo que no te guste el modo en que actué la otra noche en la reunión. ¿Qué fue lo que te molestó de él? ¿Qué es lo que te molesta de mí que hace que no te guste? ¿Qué hay en mi forma de hablar que te desagrada?)

Técnica para procesar el cambio.

Desplace el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre entre su interlocutor y usted, dejando aparte el tema de la misma. (Nos estamos saliendo de la cuestión. Nos vamos a desviar del tema y acabaremos hablando de cosas pasadas. Me parece que estás enfadado).

Técnica de la claudicación simulada (Banco de niebla).

Aparente ceder terreno sin cederlo realmente. Muéstrese de acuerdo con el argumento de la otra persona pero no consienta en cambiar de postura (Es posible que tengas razón, seguramente podría ser más generoso. Quizá no debería mostrarme tan duro, pero...).

Técnica de ignorar.

Ignore la razón por la que su interlocutor parece estar enfadado y aplase la discusión hasta que éste se haya calmado (Veo que estás muy trastornado y enojado, así que ya discutiremos esto luego).

Técnica del quebrantamiento del proceso.

Responda a la crítica que intenta provocarle con una sola palabra o con frases lacónicas (Sí... no... quizá).

Técnica de la ironía asertiva.

Responda positivamente a la crítica hostil (Gracias...).

Técnica del aplazamiento asertivo.

Aplaz la respuesta a la afirmación que intenta desafiarle hasta que se sienta tranquilo y capaz de responder a ella apropiadamente. (Prefiero reservarme mi opinión al respecto... No quiero hablar de eso ahora).
(www.asertividadpractica.com)

6.7. MODELO OPERATIVO

PLANIFICACION DE LA FORMACION DE LOS GRUPOS TERAPEUTICOS

Ansiedad déficit asertivo	N° estudiantes	Grupos		N°Sesiones		Sesiones semanales		Tiempo por sesión		Responsable
		A	B	A	B	A	B	A	B	
Leve	12	6	6	4	4	1	1	50min	50min	Terapeuta
										Coterapeuta
Moderada	16	8	8	4	4	1	1	50min	50min	Terapeuta Coterapeuta
Grave	17	9	8	4	4	1	1	50min	50min	Terapeuta Coterapeuta

Los grupos para el entrenamiento asertivo se formarán de acuerdo a la relación entre el nivel de ansiedad y déficit de asertividad .

Teniendo en cuenta el número de estudiantes que presentan ansiedad y déficit de asertividad en cada nivel se formaran dos grupos (A-B) con un número adecuado de participantes en cada uno. El numero de sesiones totales en cada grupo serán de cuatro una sesión semanal que durara aproximadamente 50 minutos y cuyos responsables del entrenamiento serán el Terapeuta y coterapeuta respectivos (psicólogo y pasante)

PLNIFICACION TERAPEUTICA

Primera sesión: Asertividades positivas y Comportamientos no verbales

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	META	TECNICA	OBJETIVO	RESPONSABLE
Identificar comportamientos verbales y no verbales	Lograr asertividades y comportamientos no verbales positivos	Señalar que el comportamiento desempeña un papel importante en la Asertividad	Detección	Detectar comportamientos inadecuados	Terapeuta Co-terapeuta
			Autoafirmaciones	Lograr un proceso de cambio	Terapeuta Co-terapeuta
			Practica de habilidades de conversación	Responder y mantener cualquier tipo de conversación	Terapeuta Co-terapeuta

Después de hacer una breve revisión del entrenamiento de la asertividad, los ejercicios iniciales de la primera sesión se centran en: (1) presentarse uno mismo brevemente a otro miembro del grupo; (2) identificar los comportamientos no verbales que manifiestan en esas breves conversaciones; (3) dar y recibir cumplidos; (4) hacer autoafirmaciones positivas; y (5) practicar tales habilidades de la conversación como hacer preguntas atrevidas, responder libremente a las preguntas que te hagan los demás y parafrasear ciertas afirmaciones.

Incluso al hacer estos breves ejercicios iniciales, los miembros del grupo suelen decir que han tenido pensamientos o creencias que les han impedido actuar asertivamente; por ejemplo: « ¡No puedo decir ciertas cosas de mí mismo, las personas creerán que soy un fanfarrón» o «¿Qué pasa si comienzo a hablar con uno y no sé de qué tema voy a seguir hablando?». En esta etapa del grupo, los terapeutas podrían señalar que el pensamiento desempeña un papel importantísimo en la conducta asertiva y que el grupo sería mejor que se centrara en analizar las relaciones que existen entre lo que pensamos y la forma en que sentimos y nos comportamos después. **Manual de Terapia Racional Emotiva 9na edición (2003)**

Segunda sesión: Derechos personales y Entrenamientos en la distinción

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	META	TECNICA	OBJETIVO	RESPONSABLE
Desarrollar los derechos personales asertivos así como la distinción entre respuestas no asertivas, asertivas y agresivas	Informar sobre los derechos asertivos	Lograr que los miembros del grupo entiendan como los demás y ellos mismo violentan sus derechos personales asertivos	Técnica explicativa	Informar sobre los derechos asertivos	Terapeuta Co-terapeuta
			Técnica audiovisual	Observar como alguien puede violar los derechos asertivos	Terapeuta Co-terapeuta
			Roll play	Cambio conductual	Terapeuta Co-terapeuta

La segunda sesión se centra en las dos primeras etapas del entrenamiento de la asertividad: desarrollar los derechos personales y distinguir entre las respuestas no asertivas, asertivas y agresivas. La mayoría de la personas de los grupos asertivos no se han parado a pensar detenidamente en los derechos personales que creen que tienen, especialmente en algunos casos concretos.

Estos derechos se pueden agrupar de la forma siguiente:

- El derecho a expresar sus creencias, ideas, ilusiones, opiniones, deseos y sentimientos.
- El derecho a decidir la forma de emplear el tiempo.
- El derecho a decidir lo que ha de hacer con su cuerpo.
- El derecho a decidir lo que ha de hacer con sus bienes y su dinero.

Los miembros del grupo podrían discutir cómo los demás violan sus derechos personales y cómo ellos mismos violan sus propios derechos personales al no hacer nada en contra o responder ineficazmente ante ese hecho. Para algunos miembros del grupo, el proceso de identificar sus propios derechos personales y ver cómo actúan en situaciones concretas (especialmente cuando los demás les están negando sus derechos) les puede hacer comprender muy bien y les puede inducir a adoptar una conducta más asertiva en esas situaciones. Muchos terapeutas asertivos utilizan una serie de películas para fomentar el estímulo (Fakubowski-Spector, Pearlman y Coburn, 1973) en las que una persona sale en la pantalla y habla a los miembros del grupo de un modo que viola sus derechos personales. La persona que aparece en la película viola de alguna forma los derechos de los espectadores bien sea con sus afirmaciones (el contenido) o por el tono que emplea. Después de ver una o varias secuencias, a los espectadores se les pide que identifiquen sus derechos personales y que especifique cómo esa persona se los está violando.

Después de ver varias secuencias, el terapeuta podría hacer una revisión de las definiciones de la conducta no asertiva, asertiva y agresiva y pedir a cada participante que piense en un ejemplo de cada tipo de respuesta.

Los terapeutas pueden inventar sus propias frases de estímulos y que juzguen más apropiadas para cada grupo y ponerles una película audio-visual para el ejercicio de la distinción entre ellas. Los miembros del grupo pueden concretar los pensamientos que les indujeron a ser no agresivos, asertivos o agresivos. Como en el desarrollo de un sistema conceptual de sus derechos personales, los miembros del grupo están creando aquí un modelo cognitivo para auto-valorar cualquier tipo de respuesta.

En el proceso de distinguir entre las respuestas no asertivas, asertivas y agresivas entra en juego el punto de asumir la responsabilidad del impacto de la conducta de uno en la de los demás. Parecen entrar en juego tres aspectos de la responsabilidad: (1) asumir la responsabilidad de las acciones de uno y de su intencionalidad (el expresar sus propios derechos y preferencias en contra del daño y humillación de los demás); (2) no asumir la responsabilidad de la forma en que los demás pueden responder; y (3) interesarse en la forma en que los demás pueden reaccionar en ciertos casos.

Es posible asumir la responsabilidad de los actos propios sin tener que asumir también responsabilidad de las reacciones emocionales de los demás. Esta idea se deduce de la premisa racional-emotiva que las personas *no tienen* el poder de hacer que los demás se sientan angustiados y deprimidos por su causa.

Asumir responsabilidad de las reacciones de los demás es muy importante cuando el que se niega comienza a definir su conducta como asertiva o agresiva según la forma de reaccionar de la otra persona. Así, si el que se niega hizo un rechazo asertivo y la otra persona manifestó dolor o enfado, el que hizo la negativa podría considerar que su propia respuesta fue agresiva. Muchas veces, las reacciones de los demás con respecto a nosotros pueden ser una valiosa fuente de información.

Sin embargo, esas reacciones algunas veces pueden ser inadecuadas, exageradas, distorsionadas o manipuladoras. Por tanto, a los participantes se les animaba a valorar primero su propia forma del rechazo y después a evaluar si las reacciones de los demás eran apropiadas. Muchas personas no asertivas hacen caso omiso de este proceso presumiendo que hicieron algo para «causar» la reacción del otro y luego se esfuerzan en cambiar lo que podría haber sido una acción razonable y

adecuadamente asertiva. Así, la creencia que los sentimientos propios son causados externamente puede tener un efecto significativo al definir su propia conducta como no asertiva.

Por fin, el no asumir ninguna responsabilidad por las reacciones de los demás no impide que ese uno se tome interés por las reacciones del otro. Por ejemplo, si una persona rechaza asertivamente la iniciación de un noviazgo y el que lo pide parece estar muy abatido y deprimido, el que se niega podría expresar cierto interés y deseo de hablar con él acerca de su .reacción («parece que estás un poco abatido porque te dije que «no»»). Con esto no se quiere sugerir que implique un cambio de decisión, ni que trate de «rescatarle» al aplacarle sus sentimientos de sufrimiento. Más bien, en ciertos casos, una persona que rechaza un noviazgo podría querer discutir las posibles reacciones del que se lo pide y mostrar interés por ellas.

Manual de Terapia Racional Emotiva 9na edición (2003)

Tercera sesión: Reestructuración cognitiva

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	META	TECNICA	OBJETIVO	RESPONSABLE
Reestructuración cognitiva	Enseñar a los miembros del grupo los A-B-C de la terapia racional emotiva	Reemplazar la forma de pensar irracional por una forma un poco más racional	Explicativa	Informar que son los A-B-C	Terapeuta Co-terapeuta
			IRE	utilizar la imaginación para afrontar una situación, experimentar las emociónes que evoca y hacer las modificaciones adecuadas	Terapeuta Co-terapeuta
			Auto análisis racional	Debate de las creencias irracionales	Terapeuta Co-terapeuta
			Inoculación de la tensión	Disminución de la ansiedad	Terapeuta Co-terapeuta

La tercera sesión está plenamente dedicada a enseñar la reestructuración cognitiva según los principios de la RET.

Para resumir, una sesión sobre la reestructuración cognitiva incluye la introducción de los A-B-C y tales conceptos como el diálogo interno y el pensamiento irracional en una forma que demuestre la relación existente entre la conducta no asertiva o asertiva y las cogniciones personales. Los participantes pueden aprender a rebatir los componentes irracionales y defectuosos de sus cogniciones y a sustituirlas por pensamientos más racionales y más realistas.

Durante esta tercera sesión los terapeutas también pueden introducir una serie de preguntas que los clientes pueden examinar bien sea antes o después de una inter-acción particular. La finalidad de hacerse uno mismo estas preguntas es mantener un control cognitivo sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos personales. Las siguientes preguntas ilustran tales esfuerzos de auto-evaluación:

¿Qué estoy haciendo?

¿Qué estoy sintiendo?

¿En qué estoy pensando?

¿Qué me gustaría estar pensando?

¿Cómo quiero sentirme? ¿Qué quiero hacer?

¿Qué me está impidiendo hacer lo que quiero?

No es necesario que todas las preguntas se hagan y se respondan en cada situación. Sin embargo, se pueden hacer en muy pocos segundos, especialmente si la persona ha pensado anteriormente algo.

Los terapeutas también podrían emplear los métodos específicos desarrollados por Ellis y Maultsby: el Auto-Análisis Racional (AAR), las Imaginaciones Racional-Emotivas (IRÉ) y el Debate de las Creencias Irracionales (DCI), para ayudar a los miembros del

grupo a valorar y cambiar sus cogniciones. **Manual de Terapia Racional Emotiva 9na edición** (2003

Cuarta sesión: Ejercicios de Ensayo Conductual

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	META	TECNICA	OBJETIVO	RESPONSABLE
Ensayo conductual	Evaluar cogniciones, emociones y comportamientos	Lograr en el grupo la disminución de la ansiedad y la instauración de asertividades simples, enfáticas y confrontativas	Inoculación de la tensión	Disminución de la ansiedad	Terapeuta Co-terapeuta
			Modelamiento	Modelar respuestas asertivas	Terapeuta Co-terapeuta
			Play-back	Recordar la forma de pensar y sus sentimientos experimentados durante la representación del ensayo conductual.	Terapeuta Co-terapeuta
			Técnica del proceso interpersonal del recuerdo	evaluar las cogniciones, las emociones y los comportamientos	Terapeuta Co-terapeuta

La cuarta sesión normalmente va dirigida hacia el ensayo conductual

Durante la cuarta sesión, los ejercicios se centran en respuestas específicas a las diversas situaciones asertivas, por ejemplo: (1) la resolución del conflicto cuando alguien está haciendo algo que tiene consecuencias negativas (2) hacer y rechazar peticiones sin sentirse culpable; y (3) responder a las personas que son muy inoportunas e insistentes con uno (aquí se entrena en el aprendizaje de las Asertividades enfáticas, sencillas y confrontativas).

Se podrá en algunos casos modelar varias respuestas asertivas, especialmente si la persona está teniendo mucha dificultad para responder asertivamente. El cuidado que hay que tener con el modelado es que algunos participantes parecen ser más adaptables e imitadores que integradores. Es decir, toman la conducta modelada como algo externo que ellos deberían intentar hacer pero que no se deciden seria y eficazmente a integrarla en su propio estilo de comportarse. La diferencia parece estar en el lugar del control y de evaluación de la conveniencia de las respuestas personales. El lugar de control parece ser algo más externo.

Al efectuar los ensayos conductuales, los terapeutas pueden también utilizar diversos medios audio-visuales para capacitar a los participantes. Los terapeutas también podrían utilizar este método de «playback» para hacer que los participantes recuerden su forma de pensar y sus sentimientos experimentados durante la representación del ensayo conductual... El proceso del recuerdo les ayuda a reconocerlos y a hacerse más conscientes de esos pensamientos, sentimientos y comportamientos y sus mutuas interacciones. Esta auto-evaluación puede ser una experiencia muy valiosa, si se hace de una forma constante, analítica y no crítica y con deseos de mejorar todo lo que se pueda. La técnica del Proceso Interpersonal del Recuerdo (PIR) (Kagan y Krathwohl, 1967) ha sido adaptada por Resnikoff (1976) para evaluar las cogniciones, las emociones y los comportamientos en los ensayos conductuales del entrenamiento de la asertividad.

Manual de Terapia Racional Emotiva 9na edición (2003)

6.8. ADMINISTRACIÓN

Recursos

Humanos

ACTIVIDAD	No	VALOR/HORA	TIEMPO/HORA	VALOR
Psicólogo Clínico	1	De la Universidad		0
Pasante Psi. Clínica	1	Estudiante		0
TOTAL				0

Físicos o institucionales

RECURSOS	Nº	VALOR/UNIT	VALOR TOTAL	VALOR RECURSO
Consultorio	1	Laboratório de Psicología		0
TOTAL				0

Materiales

RECURSOS	Nº	VALOR/UNIT	VALOR TOTAL	VALOR RECURSO
Test psicológicos	100	0,03	3,00	3,00
Manual de calificación	1	70	70	70
Historias clínicas	100	0,03	3,00	3,00
Fichas de observación	100	0,10	10	10
TOTAL				86

Presupuesto requerido

No	RECURSOS	VALOR
1	Humanos	\$-0
2	Físicos o Institucionales	\$-0
3	Materiales	\$86
TOTAL		\$86

6.9. PREVISION DE LA EVALUACION

La evaluación de la técnica propuesta se hace necesaria luego de un tiempo prudencial a partir de la puesta en marcha de la formación de los grupos es decir luego de dos a tres meses, para saber si la misma ha producido los cambios en la conducta asertiva así como en la disminución de la ansiedad para esto emplearemos lo siguiente:

La aplicación una vez más de los test tanto de ansiedad de Hamilton como la escala multidimensional de asertividad de Flores-Díaz para saber y apreciar si la técnica ha disminuido en algo los síntomas.

Mediante la observación y apreciación en la participación de cada uno de los integrantes del grupo.

Los encargados de esta evaluación serán los propios integrantes del grupo terapéutico así como el terapeuta responsable de impartir la técnica propuesta.

MATERIALES DE REFERENCIA

BILIOGRAFIA

ALBERT ELLIS Y RUSSELL GRIEGER (2003), Manual de Terapia Racional Emotiva 9na edición.

MASSON (2005) DSM IV TR, Manual de Criterios Diagnósticos.

RENATO D: ALARCON Y GUIDO MAZZOTTI, Psiquiatría 2da Edición.

GOLDMAN Psiquiatría General.

ALBERTO L. MERANI (1977) , Diccionario de Psicología .

PAPALIA y otros (2005) , Psicología del Desarrollo 9na edición .

JUAN DELVAL (1996) , Libro El Desarrollo Humano .

BERGER,KATHLEEN STASSEN BERGER (2007), Libro Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia .

LIBRO DE DESARROLLO ADOLESCENTE.

GOMEZ (2008), Psiquiatría Clínica: Diagnostico Y Tratamiento En Niños, Adolescentes.

M.P. GARCÍA-PORTILLA (2006), Banco de Instrumentos para la práctica de la Psiquiatría Clínica 4ta Edición.

FLORES Y DÍAZ (2009) , Manual de la Escala Multidimensional de Asertividad.

OLGA CASTANYER (1996), La Asertividad, Expresión de una Sana Autoestima.

BEVERLY HARE(2003), Libro Sea Asertivo.

LUCIO VALAREZO (2005), Libro de Psicoterapia.

JADIRA MORETA, investigación de Ansiedad y consumo de Tabaco en Adolescentes

AMABLE AYORA(1993) La Ansiedad en situaciones de evaluación o examen en estudiantes de la ciudad de Loja (Ecuador).

JUNA CELIS, MARCO BUSTAMANTE Y DINO CARRERA(2001) Investigación Ansiedad y Estrés académico en estudiantes de medicina realizado en la Universidad San Marcos Lima-Peru.

SERAFÍN BALANZA GALINDO, ISABEL MORALES MORENO Y JOAQUÍN GUERRERO MUÑOZ(2009), investigación Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes realizada en la Universidad Católica San Antonio de Murcia.

ALBERT ELLIS (2000), Libro Como Controlar la Ansiedad.

CABALLO, V.E (1987) Teoría Evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales

ALBERTO FERNANDEZ LIRIA Y BEATRIZ RODRIGUEZ VERA (2002) Habilidades Psicoterapéuticas.

AGUILAR, KUBLI, E (1987) Asertividad se Tu mismo.

LUIS HERRERA (2004) Tutoría de la Investigación Científica.

LINKOGRAFIA

www.tnrelaciones.com.

www.psicologiacientifica.com.

www.psicopsi.com.

www.asertividadpractica.com.

ww.psicologia-online.com.

www.cepvi.com/RET.shtm

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B