



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD SOCIAL, LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD Y LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

KAREN ORTEGA MIRANDA



JURADO DE EXAMEN

TUTORA: MTRA. MARGARITA VILLASEÑOR PONCE

COMITÉ: LIC. ELIÉZER EROSA ROSADO

MTRA. MA DEL REFUGIO CUEVAS MARTÍNEZ

MTRO. ALFONSO SERGIO CORREA REYES

LIC. JESÚS BARROSO OCHOA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Nadie puede llegar a la cima armado sólo de su talento. Dios da el talento; el trabajo transforma el talento en genio”

Anna Pavlova

AGRADECIMIENTOS

A mis padres,

Isidro Ortega Rolón y Karime Miranda Vargas por su paciencia, su amor, sus lecciones que me han ayudado a crecer siempre, por su apoyo infinito y su grandioso ejemplo; porque gracias a ustedes aprendí a crecer y cómo hacerlo.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por brindarme la oportunidad de ser “puma” y llevar sangre azul y oro en mis venas; por su maravillosa preparación y por darme motivos para ir orgullosa de la universidad de donde provengo.

A la **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza** por su sinnúmero de lecciones y grandioso personal académico, porque incluso de las problemáticas pude aprender y valorar.

Amelia, gracias por ser una guía tan especial y querida en mi camino, por mostrarme tantas veces lo que puedo perder de vista, por esa admirable alegría y porque solo con verte mi corazón se tranquiliza, has sido la persona que me ha acompañado y orientado en tantas cosas y te agradezco de corazón.

A mi profesor **Juan Manuel Carbajal Velasco** por ser ese maravilloso ejemplo que motiva a cada alumno a ir más lejos, por su infinito apoyo y disposición para acompañarnos en ese camino para mejorar. Je vous remercie prof.

A mi tutora, **Margarita Villaseñor Ponce**, por enseñarme tanto en este proceso y por sus correcciones, por su apoyo y por ayudarme a crecer de manera en que lo hizo, por el gran ejemplo que usted representa, por abrir mi camino para tener y seguir teniendo experiencias increíbles, gracias en verdad gracias por todas esas lecciones.

A mi sinodal, **Eliézer Erosa Rosado**, por su apoyo y su trabajo, por sus correcciones y su disponibilidad, por ser tan alegre y por su confianza en lo que entregaba, muchas gracias profesor.

A mi jurado, el profesor **Jesús Barroso Ochoa** por su trabajo y correcciones, por su alegría, disposición y su apoyo, gracias profesor por ser parte de este proceso.

A mi jurado, la profesora **Ma del Refugio Cuevas Martínez** y el profesor **Alfonso Sergio Correa Reyes** por esa alegría y apoyo que me brindaron desde que los conocí, por sus observaciones; agradezco el no haberme perdido la oportunidad de haberlos conocido, por las grandiosas personas y el gran ejemplo que representan para mi muchísimas gracias.

A mi familia,

A mi hermano **Christian, Mónica y Sofía**, por traer tanta alegría a casa, por esas risas y su apoyo que me dieron incluso sin saberlo.

A mis abuelos **Adela Vargas, Guadalupe Rolón, Miguel Ortega y Cutberto Miranda** por brindarme el cariño y la ternura que solo ustedes saben brindarme cuando más lo necesité, por su apoyo incondicional, por siempre aliviarme y por recordarme lo que se siente ser mimada.

A mi prima, **Michaelle Jiménez Miranda** por ser mi amiga, por ser mi confidente y estar siempre al pendiente, por tu apoyo incondicional, tu maravilloso ejemplo de fortaleza, alegría e inteligencia; por confiar y creer siempre en mi como yo lo hago en ti.

A mi tía **Nayeli**, por su ejemplo y esos mimos cuando los pedí desesperadamente, por estar al pendiente y por su cariño muchas gracias.

A mis amigos,

Alejandro, porque contigo he aprendido muchísimo, porque has significado muchas cosas para mí en un record de tiempo, porque aun con todo lo que pueda pasar sé que tendré tu apoyo, porque te has ganado mi confianza entera como pocos, por tu

enorme paciencia y tu maravilloso ejemplo, por siempre mirarme con ternura y respetarme
de verdad gracias.

A **Paola**, por tu ternura, tu alegría tu apoyo incondicional cuando el de arriba me
hace enojar y en todo momento que lo necesite, por ser mi mejor amiga, porque sé que
con una llamada estarás ahí para ser la primera en defenderme y apoyarme, por
entenderme siempre que lo necesité, por sorprenderme tanto y por todo lo que eres...
gracias amiga por estar a mi lado.

A **Tona**, por tu apoyo infinito, por tus conocimientos compartidos y tus
enseñanzas, por estar al pendiente siempre y ser ese amigo tan especial, gracias por
estar a mi lado y por escucharme cuando más lo necesite.

A **Ulises, Humberto, Maritza, Daniel y Peter**; por las risas y comidas
compartidas, por su apoyo que fue importante para este proceso, por su ejemplo, por su
consuelo y por estar al pendiente, por confiar en mí y por sus bromas que me alegran los
días; gracias de corazón por su amistad y por compartir momentos tan especiales
conmigo.

*“Nada sobre esta tierra puede detener al hombre que posee la correcta actitud mental
para lograr su meta. Nada sobre esta tierra puede ayudar al hombre con la incorrecta
actitud mental.”*

Thomas Jefferson

“Apunta a la luna. Aún si fallas, aterrizarás entre las estrellas”

Brian Littrell

Relación entre la ansiedad social, la sensibilidad a la ansiedad y los estilos de
afrontamiento en estudiantes universitarios.

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
I. Ansiedad Social.....	7
1.2 Antecedentes.....	9
1.3 Características de la ansiedad social	10
1.4 Modelos teóricos de la ansiedad social.....	13
1.5 Ansiedad social en la adolescencia	16
1.6 Prevalencia de la Ansiedad Social.....	19
II. Sensibilidad a la Ansiedad.....	21
2.1 Antecedentes.....	22
2.2 Estructura: dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad.....	23
2.3 Relación con otros trastornos	26
III. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	28
3.1 Definición.....	29
3.2 Características	30
3.3 Tipos de los estilos de afrontamiento	32
3.4 Estilos de afrontamiento y adolescencia.....	38
IV. METODO	41
4.1 Planteamiento del problema	41
4.2 Pregunta de investigación	42
4.3 Objetivos	42
4.4 Tipo de investigación y estudio.....	42
4.5 Hipótesis de investigación	43
4.6 Variables	43
4.7 Participantes.....	44
4.8 Instrumentos	45
4.9 Escenario	47
4.10 Procedimiento	47
V. RESULTADOS.....	48
5.1 Descripción de la muestra	48
5.2 Análisis de Ansiedad Social	50

5.3 Análisis de Sensibilidad a la Ansiedad.....	50
5.4 Análisis de Estilos de Afrontamiento	51
5.5 Análisis de correlación entre ansiedad social y sensibilidad a la ansiedad.....	53
5.6 Análisis de correlación entre sensibilidad a la ansiedad y estilos de afrontamiento.	54
5.7 Análisis de correlación entre ansiedad social y estilos de afrontamiento.....	57
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	60
REFERENCIAS	66
ANEXOS.....	67

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar si existe relación entre la ansiedad social, sensibilidad a la ansiedad y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de FES Zaragoza. Se realizó un estudio no experimental- transversal de tipo correlacional, participaron 245 estudiantes de las carreras de medicina, psicología, enfermería y odontología, 64.1% mujeres y 35.9% hombres, quienes respondieron el Cuestionario de Ansiedad para Adultos (CASO 30), el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad y el Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (ACS). Los resultados mostraron correlaciones altas entre la ansiedad social y la sensibilidad a la ansiedad mientras que, entre los estilos de afrontamiento, la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad social destacan las estrategias de afrontamiento no productivo las cuales muestran mayor número de respuestas de afrontamiento correlacionadas de forma significativa con los niveles de ansiedad social y sensibilidad a la ansiedad. Los resultados confirman los hallazgos en investigaciones previas donde se relacionan los estilos de afrontamiento y la ansiedad, sin embargo es importante ampliar los datos de las relaciones que existen entre estas tres variables.

Palabras clave: Ansiedad social, estilos de afrontamiento, sensibilidad a la ansiedad, correlación, estudiantes.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa la transición entre la etapa de la niñez y la adultez, es un periodo esencial debido a la serie de cambios que incluye; por ejemplo, se busca formar una identidad propia de acuerdo a las vivencias y se da un conjunto de cambios corporales como el aumento de estatura, el cambio de voz, el crecimiento de los órganos sexuales, etc., además, se adquiere mayor independencia de los padres, de quienes usualmente se veía influido o condicionado, por lo que la interacción con ellos sufre cambios en este periodo vital (Lillo, 2004; Papalia, Wendkos & Duskin, 2009; Silva, 2008).

Los cambios a los que se enfrenta el adolescente traen a su vez, un proceso de duelo; por ejemplo, en lo que respecta al aspecto físico, existe la pérdida del cuerpo infantil y, debido a que el adolescente no puede inferir, se ve a sí mismo como espectador de lo que sucede en su propio organismo (Aláez, Madrid & Antona, 2003; Lillo, 2004).

Además se renuncia al ideal que se tiene de los padres en quienes busca el refugio y la protección que siempre le han significado; esta pérdida puede provocarle al adolescente una gran agitación y conflicto interior, así como desconcierto y pesadumbre. Por otro lado, aunque se disminuye la interacción con sus padres, se aumenta la interacción que existe con su grupo de pares mostrando su capacidad para escoger aquellos con los que se relacionará con más profundidad; mientras que se fortalecen estos vínculos se obtiene una relación más íntima y se forman amistades, quienes se vuelven un fuerte apoyo

emocional, una fuente de afecto, simpatía, comprensión e incluso una guía moral (Papalia, et al., 2009; Silva, 2008).

Debido a los continuos cambios que se viven en esta etapa (cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, además de la disminución en la interacción con la familia y el fortalecimiento de la interacción con el grupo de pares) los adolescentes pueden presentar ciertos niveles de estrés en virtud de las exigencias psicosociales que conlleva este periodo evolutivo (González, Montoya, Casilla & Bernabéu 2002).

Una de estas exigencias es en su vida escolar, donde se debe de cumplir con una serie de demandas (entrega de trabajos, exámenes, calificaciones, pérdida de la beca, etc.) para obtener un buen nivel académico, por lo que se requiere de un dominio en sus emociones y pensamientos; además de llevar una adecuada relación social con sus pares y maestros. Cuando los alumnos muestran ansiedad al interactuar con sus profesores, compañeros (as), les da miedo exponer debido a que implica hablar en público y temen hacer el ridículo se dice que presenta ansiedad social (Contreras, et al. 2005; Jadue, 2001).

Si los niveles de ansiedad social que el adolescente presenta son altos, se puede manifestar una excesiva sensibilidad y temores, como a la escuela, vergüenza, sensaciones de inseguridad y/o síntomas somáticos; además debido a que, un estudiante ansioso se preocupa excesivamente por su rendimiento escolar este se mostrará intranquilo e incómodo al realizar alguna actividad (Jadue, 2001).

Al presentar algún trastorno, como el de ansiedad social, el adolescente puede generar una serie de preocupaciones en relación a los síntomas que están

asociados a éste y, a las consecuencias que se tendrán al mostrar esa sintomatología (como burlas o el rechazo de sus compañeros); esta serie de preocupaciones en relación a los síntomas que están asociados a éste y, a las consecuencias que se tendrán al mostrar esa sintomatología (como burlas o el rechazo de sus compañeros); esta serie de preocupaciones es explicado mediante el concepto de Sensibilidad a la Ansiedad (SA) que está definido como el miedo a los síntomas de la ansiedad por la creencia de que las sensaciones relacionadas a ella causan un daño a la salud (Rausch, Rovella; Morales de Barbenza & Gonzales,2011; Valdez & Lira, 2013)

Al presentar altos niveles de ansiedad social y temer a los síntomas asociados a ella, se crean una serie de conductas que tienen por objetivo controlar las sensaciones en estas situaciones; es decir, las formas de afrontar los problemas; éstas pueden ser en forma de pensamientos, sentimientos y acciones y tienen como objetivo resolver las situaciones que se consideran problemáticas y causan tensiones, a esto se le conoce como estrategias de afrontamiento (Figuroa, Contini, Lacunza, Levin & Estévez, 2005; Valdez & Lira, 2013).

Frydenberg y Lewis (1991) definieron tres tipos de estilos de afrontamiento: el primero, llamado “resolver el problema” que se refiere a las acciones que llevará a cabo una persona para resolver una situación problemática; el segundo “referencia a otros” que refiere a la búsqueda de apoyo externo para resolver la problemática; y finalmente el tercero, “afrontamiento de evitación” que consiste en aquellas actividades dirigidas a evitar el problema.

Los estilos de afrontamiento de evitación pueden traer problemas al alumno porque, al tener conductas de evitación, no se resuelve la situación que produce ansiedad; sino que, puede significar que se pierda la oportunidad de generar habilidades sociales necesarias para afrontar y por lo tanto mantener o aumentar los niveles de ansiedad social que tengan e incluso los miedos a las sensaciones que estén asociadas a ella. Es por ello importante no evitar sus problemas dado que esto produce mayor malestar y menos oportunidades de generar herramientas necesarias para lograr disminuir y controlar los niveles de ansiedad (Frydenberg & Lewis, 1991).

Una de las consecuencias que trae la ansiedad social es que se eviten las situaciones sociales, sin embargo, dada la importancia que tienen las relaciones en la adolescencia es importante conocer si las estrategias de afrontamiento permiten o no al adolescente controlar los niveles de ansiedad social que presentan; además de que, dado que la Sensibilidad a la Ansiedad es un factor de riesgo para diversos trastornos, entre ellos la ansiedad, es importante también conocer su relación con la ansiedad social y estilos de afrontamiento.

En el primer capítulo del presente estudio, se muestra la definición de la ansiedad social, sus características, antecedentes, así como algunos modelos teóricos que buscan explicar el surgimiento de esta; finalmente se explica la influencia que tiene en la adolescencia y la prevalencia.

En el capítulo 2, se define la Sensibilidad a la Ansiedad y se explica la estructura de acuerdo a sus dimensiones cognitiva, física y social; al final se explica la relación que existe de la Sensibilidad a la Ansiedad con otros trastornos.

En el tercer capítulo, se habla de los estilos de afrontamiento, su definición, se describen los diferentes tipos de estilos de afrontamiento que existen y finalmente, se describen los estilos de afrontamiento que suelen usar los adolescentes.

El presente estudio busca conocer las correlaciones que existen entre las estrategias de afrontamiento que presentan los universitarios y los niveles de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad; así como la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad social. El método realizado en este estudio se presenta en el capítulo 4 y los resultados obtenidos se muestran en el capítulo 5; finalmente en el capítulo 6 se muestran las discusiones y conclusiones.

I. Ansiedad Social

Ante la percepción de una amenaza o peligro ya sea presente o futura, se activan una serie de respuestas emocionales motivando conductas apropiadas para superar dicha percepción; la ansiedad es parte de estas respuestas que tiene la finalidad de proteger al individuo (Cía, 2004).

Esta reacción emocional incluye sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación; al mismo tiempo, existe una activación del sistema nervioso autónomo simpático que provoca sudoración, aceleración de la frecuencia cardiaca y respiratoria entre otros síntomas fisiológicos. Por estos elementos la ansiedad tiene una naturaleza anticipatoria al señalar el peligro que percibe un individuo (Sandín, 1997).

Una de las características de la ansiedad es su cualidad biológica- adaptativa que hace necesario ciertos niveles de ansiedad para los individuos ya que ayuda al organismo a lograr una adaptación ante circunstancias cambiantes en el entorno. La ansiedad funge como respuesta anticipatoria ante un peligro y, también, prepara al organismo para que tenga una respuesta eficaz ante una amenaza o peligro (facilita la activación motora y cerebral) por ello, para lograr un mayor rendimiento en pruebas deportivas o un examen académico se presentan ciertos niveles de ansiedad. Sin embargo, si estos niveles normales se exceden pueden anticiparse peligros irreales o imprecisos, los cuales dan lugar a una ansiedad desadaptativa que no ayuda a mejorar el rendimiento sino a disminuirlo a causa de los síntomas que producen malestares como alteraciones, desórdenes de tipo psicofisiológico o psicósomático, conductas desadaptativas (fumar, desarreglos

con las comidas, etc.), entre otras (Mae, Iruarrizaga, Cano- Vindel & Dongil, 2009; Sandin, 1997).

Una de las manifestaciones de la ansiedad ocurre en el entorno social y aparece cuando un individuo anticipa o vive sentimientos de aprensión, tensión, nerviosismo y preocupación en sus diferentes contactos interpersonales. De igual manera que la ansiedad general, posee características biológico adaptativas y permite que los individuos logren adaptarse. En el caso de ansiedad social se observa que ayuda a lograr cierto comportamiento y desempeño ante situaciones interpersonales, llevando al individuo a asimilar ciertas normas, convenciones sociales y una ubicación en los diferentes roles sociales que se deben desempeñar (Cía, 2004).

La American Psychiatric Association (APA, 2000) señala que la ansiedad social (o trastorno de ansiedad social) se presenta en situaciones donde existe una interacción o actuación social, en las cuales se presenta una hipersensibilidad a la crítica, a la evaluación negativa o al rechazo de lo demás. Quienes presentan este grado de ansiedad poseen un miedo intenso y persistente el cual es considerado por la persona misma como poco racional o excesivo por lo que evitará las situaciones sociales o, en caso de no poder evitarlas, enfrentarlas con un intenso malestar. Debido a estos malestares habrá un deterioro significativo en el funcionamiento escolar, laboral y social.

Marks y Gelder (1966 citado en Cía, 2004) propusieron el término de ansiedad social al realizar la descripción de un temor a mostrarse en ridículo ante los

demás, este miedo se describía en relación a situaciones que requerían un desempeño social como el hablar, escribir, temblar o comer ante la presencia de otras personas. Posteriormente, Marks (1970) subdividió los trastornos fóbicos en Agorafobia, Fobias específicas, fobia animal y fobia social, teniendo esta última como característica principal un temor exagerado a desempeñarse de una manera que resulte humillante o vergonzosa.

En su vida académica, para mostrar un buen nivel académico, los jóvenes requieren mostrar un dominio en las emociones y pensamientos que generan sin mostrar este temor a actuar de manera vergonzosa característico de la ansiedad social.

Cuando el estudiante muestra síntomas de ansiedad social, pierde el dominio de sí mismo al mostrarse temeroso a la opinión que los demás puedan tener de él, esto puede estar relacionado con las preocupaciones que tiene el estudiante adolescente acerca del rendimiento y la capacidad cognoscitiva que posee (dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad- SA) (Contreras, et al. 2005; Jadue, 2001).

1.2 Antecedentes

En 1980 se consideró a la ansiedad social como una categoría diagnóstica con entidad propia, lo que contribuyó a resolver la confusión que existía en torno al concepto que se tenía al ser considerada como un síntoma de otros trastornos de ansiedad; fue en la publicación del DSM III (APA, 1980) cuando se elaboró por primera vez una caracterización diagnóstica de la ansiedad social con criterios

específicos; de acuerdo a esta publicación se diagnostica que una persona padece ansiedad social cuando presenta miedo ante una situación social concreta pero, si se teme a varias situaciones sociales el diagnóstico es más bien el de “trastorno de personalidad de evitación”.

Posteriormente, conforme avanzaron los estudios de este subtipo de ansiedad, se demostró que las personas con ansiedad social temen a más de una situación social, por lo que fue necesario modificar lo que había sido publicado anteriormente y en la publicación siguiente al DSM III, en el DSM III R se estableció un subtipo en la ansiedad social nombrado “fobia social generalizada” el cual era diagnosticado cuando un paciente presentaba ansiedad a la mayoría de las situaciones sociales.

Consecuentemente, en el DSM IV (APA, 1994) se concretó que una persona podría ser diagnosticada con ansiedad social cuando presenta un miedo marcado y persistente en situaciones sociales por temor a hacer el ridículo, ser humillado por actuar inadecuadamente o por manifestar síntomas de nerviosismo ante los demás. Continuando con el concepto del DSM-II- R, el DSM IV especifica la posibilidad de realizar un diagnóstico de fobia generalizada, siempre que la persona tema la mayoría de las situaciones sociales.

1.3 Características de la ansiedad social

Existe una variedad de las situaciones sociales que pueden generar temor, por lo que, para facilitar su estudio y diferenciar esta variedad de estímulos que pueden ser temidos, se han definido dos subtipos de ansiedad social: específica y

generalizada. La primera, específica, hace referencia a la existencia de una serie de estímulos sociales concretos que producen ansiedad a una persona (por ejemplo: comer, hablar, beber, dar una exposición ante un grupo, escribir o elaborar un examen en público); en cambio, en la generalizada, existe un temor en una gran variedad de situaciones sociales (Zubeidat, Fernandez- Parra & Salinas, 2007).

Actualmente se busca una mayor precisión para definir los elementos que servirán para diferenciar cuándo la ansiedad puede ser generalizada o específica; en la mayoría de los casos, se define de acuerdo a la cantidad de situaciones temidas; sin embargo aún falta aclarar a partir de cuántas circunstancias es que la ansiedad social será definida como generalizada; en otros estudios se considera que es a partir del resultado de un instrumento de evaluación como se puede definir por uno u otro subtipo de ansiedad social, sin embargo, cada instrumento tomará las situaciones sociales que a los autores les parezcan pertinentes lo que trae como consecuencia una gran diversidad de situaciones evaluadas por cada instrumento (Caballo et al, 2010; Zubeidat, et al 2007; Echeburúa, 1995; Zubeidat, Fernández & Sierra, 2006; García-López, Piqueras, Díaz- Castela & Inglés, 2008).

Debido a la extensa variedad de situaciones sociales a las que una persona puede temer, se ha buscado mayor información acerca de los tipos de contextos que producen malestar a los niños y adolescentes y, por lo tanto evitan; en 1993, Strauss y Last (1933 citado en Sandín, 1997) encontraron que los niños y adolescentes diagnosticados con fobia social presentaban un miedo intenso a las situaciones escolares y a las que requieren hablar en público. Posteriormente,

Albano (1995 como se citó en Sandin, 1997) elaboró una lista de 17 situaciones y actividades que suelen ser evitados por los adolescentes con fobia social:

- Comer en público, especialmente en la cafetería del colegio.
- Dar una exposición oral.
- Presentarse a exámenes o concursos.
- Llamar a un compañero/a de clase por asuntos escolares (pedir apuntes, ponerse de acuerdo para ver algún tema, etc.)
- Pedir al profesor ayuda o alguna aclaración de un tema.
- Caminar por el pasillo.
- Elaborar un trabajo en equipo o grupal.
- Tomar clases de gimnasia, lecciones de música, y otras actividades basadas en la actuación.
- Hablar con personas de autoridad, incluidos los dependientes de las tiendas o amigos adultos de los padres.
- Llamar o invitar a un amigo/a para hacer algo.
- Contestar al teléfono o al timbre de la puerta.
- Asistir a actividades después del colegio (reuniones de clubs, bailes, o eventos deportivos)
- Iniciar o incorporarse a conversaciones con iguales.
- Situaciones que requieren asertividad, como decir a alguien que deje de hacerle bromas o impedir que le copie los deberes.
- Hacer una cita (quedar de verse con alguien)
- tomarse una fotografía, especialmente para el álbum del colegio.

- Pedir comida en un restaurante.

Como resultado, se puede concluir que la ansiedad social oprime algunos aspectos de la vida. Por ejemplo, interfiere en el funcionamiento social, escolar, laboral y en el desarrollo individual de los adultos y, especialmente en los adolescentes (García López, et al., 2008).

1.4 Modelos teóricos de la ansiedad social

Se han buscado explicaciones del surgimiento de la ansiedad social con el objetivo de formar modelos teóricos que logren explicarla y describir los síntomas que desencadena, las consecuencias que tiene para aquellos que la viven, etc. Para lograrlo, se han elaborado varios métodos como formas de observación a pacientes con ansiedad social, técnicas psicofisiológicas, auto registros (p.ej. diarios), entrevistas clínicas, autoinformes (escalas, inventarios, cuestionarios).

- Modelo de los tres sistemas o tripartita de Lang (1971, citado en Cía, 2004)

En este modelo la ansiedad social es considerada como un fenómeno unitario y es evaluada como un estado que se expresa mediante tres sistemas diferentes; estos sistemas no son equivalentes entre sí, es decir, no hay una concordancia ni una relación entre ellos por lo que cada sistema se identifica mediante sus características. Estos sistemas y estas características son:

- Conductas motoras: comprenden conductas de evitación, cambios de postura, temblores y el aumento o disminución de la gesticulación.
- Expresiones lingüísticas: pueden ser recuerdos pasados, imágenes o pensamientos específicos, descripciones de la ansiedad, del temor,

incapacidad de concentrarse e inseguridad; es decir, refieren a la descripción de los sucesos cognitivos que determinan la percepción o evaluación individual de los estímulos.

- Estados fisiológicos: incluyen aquellas actividades del sistema nervioso como incremento en la tasa cardiaca, respiración, sudoración y tono muscular.
- Modelo de Schlenker y Leary (1982)

Este modelo propone que la ansiedad social se presenta en situaciones sociales reales o imaginarias donde las personas están motivadas a brindar determinada impresión en otras pero se teme no lograrlo; esto hace notar una función de utilidad en la ansiedad social debido a que, gracias a ella, las personas se preocupan por la impresión que pueden causar a los demás lo que les permite adquirir cierto desempeño social.

La ansiedad es una respuesta cognitiva y emocional que tiene como característica el temor (consciente o inconsciente) de una situación social percibida como negativa o positiva; dicha situación puede ser real o imaginaria. Se define situaciones sociales como aquellas donde las personas son o pueden ser el foco de atención (dar un discurso, al dar su opinión en una plática, etc.).

- Modelo de Clarks y Wells (1995, citado en Botella, Perpiñá, Baños & García-Palacios, 2003)

Clarks y Wells (1995, citado en Botella, et al, 2003) identificaron que una persona con ansiedad social percibe como peligrosa una situación social cuando considera

que puede actuar de modo inadecuado, lo que traerá como resultado una serie de consecuencias “catastróficas” que le harán ser rechazado o humillado por los demás; al mismo tiempo que se percibe una valoración de peligro, se activan dos componentes de la ansiedad social que llevan tanto a su surgimiento como a su mantenimiento:

- I. un programa de ansiedad consistente en cambios fisiológicos, cognitivos, afectivos y comportamentales.
- II. una serie de conductas de seguridad que implica una serie de sensaciones que advierten un peligro al auto concepto y representación de uno mismo.

Una situación se define como peligrosa cuando el sujeto integra una serie de supuestos que le hacen creer que es vulnerable a una cadena de factores cognitivos y comportamentales involucrados a la ansiedad social; éstos supuestos están formados por tres tipos de información que contribuyen a la creencia de dicha vulnerabilidad: reglas rígidas para la ejecución social, afirmaciones disfuncionales y creencias básicas del sí mismo.

- Modelo de Barlow (1988)

En este modelo se plantean tres factores que predisponen a vivir la ansiedad social; en primer lugar existe cierta vulnerabilidad biológica y suele hacerse presente con mayor intensidad durante la pubertad o adolescencia; en segundo lugar cuando una persona es sometida a situaciones que contengan altos niveles de estrés psicosocial puede ir desarrollando ansiedad al vivir situaciones que

necesiten de la interacción con los otros e incluso puede transformarse en un pánico al momento de afrontar éstas situaciones sociales similares; el último factor se refiere a un condicionamiento directo ante la vivencia de alguna experiencia traumática en una situación social; dicho factor se conforma por lo que se define como las “respuestas de alarma” que una persona haya aprendido.

Estas “respuestas de alarma” constituyen uno de los temas centrales de este modelo de ansiedad; donde se hace una diferenciación entre aquellas alarmas denominadas como reales y aquellas denominadas como falsas. Los acontecimientos que incluyan interacciones o desempeños sociales pueden constituir la base sobre la que se creen, en sujetos vulnerables, falsas o verdaderas alarmas. Una alarma es definida como real cuando existe un miedo ante una amenaza objetiva y real (p. ej. un examen), de tal modo que el miedo prepara física y cognitivamente con las acciones que sean necesarias para manejar esta situación (p. ej. Formas de estudio). Una falsa alarma, en cambio, se presenta cuando existe una emoción de ansiedad cuando el objeto o situación no está presente en ese preciso momento.

1.5 Ansiedad social en la adolescencia

Es muy poco frecuente que la ansiedad social surja en la adultez, usualmente es en la adolescencia e incluso desde la niñez cuando se desarrolla este trastorno. Generalmente la ansiedad social comienza con la aparición de “timidez”; la cual se ve aumentada por la presión de otros compañeros o profesores en la escuela y por experiencias negativas manteniéndose hasta la adolescencia y posteriormente, en la adultez (Botella, et al, 2003).

La ansiedad social afecta una variedad de situaciones en la vida de los adolescentes, en su mayoría, están relacionadas con la vida académica: un estudiante ansioso tiende a preocuparse excesivamente por su rendimiento escolar y la capacidad cognoscitiva que posee, estas preocupaciones le hacen mostrarse intranquilo, presentar trastornos del sueño, dolores de estómago, cabeza, etc.; además, el estudiante puede sentir que sus compañeros se burlan de él o tiene temor de no agradales. Estas reacciones provocarán que se sienta incómodo al realizar alguna actividad que a los demás les agrada; si la ansiedad es intensa, el adolescente puede incluso mostrar una excesiva sensibilidad y temores, como a la escuela, vergüenza, timidez, sensaciones importantes de inseguridad y/o síntomas somáticos (Jadue, 2001).

Un joven universitario debe de cumplir con una serie de demandas académicas como una participación activa en clase, exponer ante un grupo, presentar y aprobar exámenes, hacer trabajos en equipo, etc., para poder hacer todas estas actividades el adolescente debe manejar un equilibrio en el control de sus emociones, acciones y cogniciones lo que le permitirá mostrar y desempeñarse de acuerdo a sus capacidades; si el adolescente no posee dicho equilibrio puede presentar ansiedad lo que le llevará a mostrar un rendimiento escolar bajo o diferente al de sus compañeros (Morales, 2011) .

Esta necesidad del alumno de obtener un adecuado rendimiento académico, se convierte en un factor generador de ansiedad debido a que, cuando hay una exagerada preocupación por tener un buen desempeño, la ejecución de dichas actividades puede ser deficiente llevando al adolescente a reprobado, aplazar e

incluso abandonar definitivamente sus estudios (Hernández-Pozo, Coronado, Cerezo & Araújo, 2008).

Un ejemplo de ello es que durante los exámenes los estudiantes presentan un conjunto de respuestas emocionales con componentes cognoscitivos, fisiológicos y conductuales que definirán el desempeño; además surgirán una serie de preocupaciones acerca de las consecuencias negativas al evaluar una posible situación de fracaso (Zeidner, citado en Hernández-Pozo et al., 2008).

La importancia de atender la ansiedad social durante la adolescencia tiene que ver con la forma en que éstos aprenden a mostrar sus capacidades ante una situación de evaluación o ante un grupo de compañeros; en el contexto académico, se ha mostrado que poseen el potencial intelectual necesario para realizar una ejecución académica satisfactoria (Morales, 2011).

Debido a la importancia que suele tener la vida escolar para el adolescente, Martínez- Monteagudo, Inglés, Trianes y García- Fernández (2011) proponen cuatro categorías de la ansiedad social dentro de este contexto; determinando que la ansiedad puede darse ante: 1) situaciones de fracaso y castigo escolar; 2) agresión; 3) evaluación social y la 4) evaluación escolar.

Una de las consecuencias que pueden traer los elevados niveles de ansiedad es el que, especialmente en la adolescencia, la persona se vea involucrada en conductas de riesgo, creyendo que estas pueden significar una oportunidad para ser aceptados por los demás; o bien, al presentar estos niveles de ansiedad que llevan a evitar las situaciones que les incomodan, existe una deficiencia en las

habilidades sociales que se puedan tener; por lo que no cuenta con las herramientas que le permitan negarse a realizar esa conducta de riesgo, por ejemplo drogarse (Kashdan, McKnight, Richey & Hofmann, 2009).

1.6 Prevalencia de la Ansiedad Social

La ansiedad social es uno de los trastornos de ansiedad menos diagnosticado y tratado, sin embargo es también el que cuenta con una mayor prevalencia y, además, causa un impacto significativo en el funcionamiento cotidiano y el bienestar social de las personas que la poseen; por ello, el conocer la prevalencia real de la ansiedad social permite generar consciencia de las demandas y necesidades de intervención que existen para la atención de este trastorno (Antona, 2009).

Existen estudios que reportan la prevalencia de la ansiedad social en diversas partes del mundo guiándose de los criterios que brinda el DSM IV para el diagnóstico de este trastorno, encontrando que en países como Canadá tiene una prevalencia del 7.2% y en Estados Unidos del 2.4%; mientras que en países europeos como Francia, Suecia y Alemania cuentan con una prevalencia del 7.3%, 15.6% y 2.1% respectivamente, Italia con el 2.5% y España 8.9% con menos porcentajes se encuentra Austria con el 1.3% (Antona, 2009; Olivares, Caballo, García- López, Alcázar & López- Gollonet, 2003).

La prevalencia ha sido también estudiada en los diferentes periodos del desarrollo, encontrando que es en la adolescencia donde se presenta mayor incidencia. El periodo en el que se presentan mayores niveles de ansiedad social es desde los

12 hasta los 17 años enfatizando los síntomas físicos y cognitivos. (García- López, et al., 2008; Inglés, 2003)

Olivares, Piqueras y Alcázar (2006) realizaron un estudio en España donde el 82% de las personas presentaron síntomas de ansiedad antes de los 16 años, mientras que el 65% antes de los 14 años y el 44.17% antes de los 12.

Los estudios llevados a cabo también ha buscado la relación que puede existir entre la ansiedad y el sexo, donde se ha encontrado que las mujeres son quienes presentan mayores niveles de ansiedad; Robles, Espinoza, Páez, Padilla, Álvarez y Páez (2008) hicieron un estudio en México, donde se confirmó esta información, donde las mujeres presentan un nivel de ansiedad social más elevado que los hombres; Inglés et al., (2010) realizaron un estudio donde concluyeron que las mujeres presentan niveles más altos de ansiedad social que los varones en falta de asertividad, sintomatología física y cognitiva, y ante la actuación en público.

II. Sensibilidad a la Ansiedad

Un estudiante ansioso tiende a preocuparse excesivamente por su rendimiento escolar y la capacidad cognoscitiva que posee, mostrándose intranquilo e incómodo al realizar alguna actividad. Si la ansiedad es intensa, el adolescente puede mostrar una excesiva sensibilidad y temores, como a la escuela, vergüenza, timidez, sensaciones importantes de inseguridad y/o síntomas somáticos (Jadue, 2001).

Para entender mejor la manera en que se desarrolla la ansiedad, se propuso la definición de un factor de predisposición llamado Sensibilidad a la Ansiedad (SA); los datos que se acumularon de las investigaciones de este fenómeno permitieron concluir que la Sensibilidad a la Ansiedad tiene una relación con los miedos y los trastornos de ansiedad en general (Sandin, Valiente, Chorot, Santed & Lostao, 2007b).

Actualmente, la SA se define como el miedo a los síntomas de la ansiedad a causa de que se tiene la creencia que las sensaciones relacionadas a ella causan un daño para la salud; estas sensaciones son: físicas, como la frecuencia cardiaca, palpitaciones, temblores, etc; cognitivas, como la falta de concentración, pensamientos negativos acerca de su desempeño, etc.; y sensaciones que surgen al pensar en las consecuencias sociales que se tendrán al mostrar ansiedad (rechazo, humillaciones, burlas, etc.). Por lo tanto, la SA implica una tendencia a mostrar reacciones exageradas y prolongadas ante ciertos síntomas de ansiedad (Rausch, et al., 2011; Valdez & Lira, 2013)

El estudio de la Sensibilidad a la Ansiedad (SA) ha ayudado a comprender los trastornos de ansiedad; por ejemplo, se ha mostrado cómo algunos jóvenes que muestran temor a los síntomas de la ansiedad buscan ciertos recursos como las drogas para reducir los signos de malestar causados (Zvolensky, et al., 2004).

Siguiendo esta relación entre la SA y las adicciones, se ha mostrado que existen relaciones entre la Sensibilidad a la ansiedad, los trastornos de ansiedad y el consumo de tabaco. Dentro de los trastornos de ansiedad se ha observado que las personas que poseen altos niveles de ansiedad social carecen de habilidades sociales que les permitan negarse a este tipo de conductas que son de riesgo (Wood, Iruarrizaga, Cano- Vindel & Dongil, 2009; Valdez & Lira, 2013).

2.1 Antecedentes

La Sensibilidad a la Ansiedad fue descrita por primera vez en el “modelo de expectativa” sobre el miedo, ansiedad y pánico propuesto por Reiss (1991, citado en Fullana, Servera, Tortella- Feliu, Weems, Caseras, 2003; Valdez & Lira, 2013), el cual explica que la SA se desarrolla como consecuencia de las experiencias de pánico, la constitución biológica, características de la personalidad, evitación de la vergüenza y a la necesidad de mantener el control.

En este modelo, Reiss (1991, citado en Fullana, et al, 2003) mencionó que el miedo a un determinado estímulo (como a los síntomas de la ansiedad) es el resultado de ciertos “miedos fundamentales” conformados por: las sensibilidades, que describen el motivo por el que la persona siente miedo ante los síntomas de la ansiedad y/o evaluación social; y por las expectativas, las cuales refieren aquello

que causa temor al sujeto, además se definieron tres tipos de expectativas: de daño/peligro, de ansiedad y de evaluación social.

Para validar su teoría, Reiss y cols. (1986 citado en Valdez & Lira, 2013) llevaron a cabo un estudio formado por tres etapas: en la primera etapa se llevó a cabo la elaboración de un instrumento de medición y la evaluación de sus propiedades psicométricas: el Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI) con 16 reactivos que evaluaban una sola dimensión de la SA cumpliría con esa función; en la segunda etapa, evaluaron la validez del ASI y se demostró que existen puntuaciones altas para las personas diagnosticadas con agorafobia a comparación de las personas que presentaban otros trastornos de ansiedad, dado que las personas con agorafobia presentan mayormente comportamientos que tienen relación con la SA, esto se consideró como una evidencia para la validación del ASI; en la última etapa, buscaron demostrar que el instrumento (ASI) era una medida para evaluar la sensibilidad a la ansiedad y no una medida de evaluación de la ansiedad, lo cual se pudo realizar al mostrar que, existía una mayor correlación entre la SA y el miedo que a la ansiedad.

2.2 Estructura: dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad

La SA es uno de los elementos centrales del modelo de expectativas sobre el miedo, ansiedad y pánico propuesto por Reiss en 1980 y revisado por este mismo en 1991 volviéndose uno de los modelos cognitivos de mayor impacto sobre la psicopatología actual de la ansiedad. Dentro de este modelo, Reiss concibe a la SA como un fenómeno de una sola dimensión (los miedos que la persona tenía ante las sensaciones de ansiedad) (Zinbarg, Barlow & Brown, 1997).

El tema de las dimensiones que posee la SA provocó una controversia debido a que, por una parte se sostenía la idea de que la SA poseía una dimensión (cognitiva) y, también se defendía una estructura multidimensional. Zinbarg, et al., (1997) y Stewart, Taylor y Baker (1997) aportaron las primeras investigaciones que mostraron datos confirmatorios de la existencia de una estructura donde la SA poseía tres dimensiones: 1) preocupaciones físicas incluye el miedo a los síntomas somáticos que pueda tener la ansiedad (por ejemplo tener la creencia de que el incremento de las palpitaciones puede provocar un ataque cardiaco); 2) preocupaciones cognitivas refiriéndose a los miedos, al descontrol cognitivo y la dificultad para concentrarse; 3) preocupaciones sociales, es decir, temor a las reacciones observables que la persona pueda tener en público como lo que puede provocar el rechazo de los demás y/o hacer el ridículo ante éstos. Mismas que al incorporarse crean la dimensión general de la SA, por lo que ésta estructura además de ser multifactorial es también jerárquica. Recientemente, se han juntado datos que confirman esta estructura multidimensional y jerárquica.

La confirmación de la existencia de estas dimensiones coincide con la definición de la SA, que refiere el miedo a las sensaciones físicas de la ansiedad por la creencia de que dichas sensaciones provocaran consecuencias peligrosas ya sean sociales, psicológicas o somáticas. Esto además facilita la búsqueda de relaciones en las dimensiones con diferentes trastornos, e incluso, pueden ser útiles para predecir y revisar la evolución de los diferentes trastornos de ansiedad; por ejemplo la SA- preocupaciones físicas parece estar mayormente relacionada con el trastorno de pánico, la SA- preocupaciones sociales con la ansiedad social

y se ha sugerido una relación entre la SA- preocupaciones cognitivas con depresión mayor (Sandin, et al., 2007b; Sandin, Valiente, Chorot & Santed 2005; Zinbarg et al, 1997).

Al comprobar que la SA es un fenómeno multidimensional, fue necesario llevar a cabo una revisión sobre la manera de validarla debido a que, Reiss et al (1991 citado en Valdez & Lira, 2013), comprobaron su modelo con el supuesto de que la SA poseía una sola dimensión, por lo que, en la escala de medición (ASI) se evalúa esta única dimensión (cognitiva), lo que crea una contrariedad entre la estructura multidimensional ya comprobada que forma la SA y la forma validación. Para poder validarla mediante este instrumento, investigadores sugirieron que, los ítems de la ASI podían pertenecer a las dimensiones correspondientes a la SA (Sandin, Chorot, Valiente, Santed & Lostao 2004, Stewart et al., 1997, Zinbarg et al., 1997); sin embargo existían inconsistencias en los análisis por lo que, Taylor y Cox (1998 citado en Sandin, Valiente, Chorot & Santed, 2007a) y, posteriormente Zvolensky y cols, 2004 elaboraron un nuevo instrumento que buscaba la solución a las inconsistencias que se presentaban, sobre todo en las dimensiones cognitiva y social; este nuevo instrumento generado fue el ASI-R (ASI- revisada) que tenía un total de 36 ítems y no los 16 de la escala original.

Aun cuando esta escala logró ser una propuesta alternativa a la ASI, existían desventajas que se relacionaban principalmente por su extensión, por lo que, se buscó aumentar el estudio de las propiedades y características del ASI para poder elaborar una selección de ítems de la ASI-R para crear una nueva escala, la cual fue llamada ASI-3 y contiene un total de 18 ítems que evalúan las dimensiones

de las SA (preocupaciones cognitivas, físicas y sociales) usándose 6 ítems para cada una. Para la construcción y validación de este instrumento se elaboraron tres estudios: en el primero se elaboró la estructura del ASI-3; en el segundo se evaluó la validez de la ASI-3 en seis muestras clínicas y no clínicas y se compararon los resultados con los del ASI; en el tercero, se evaluó la consistencia interna de cada subescala del ASI-3 comparadas con el ASI y finalmente en el cuarto; donde se examina la validez convergente, discriminante y el criterio de ésta. Estos estudios fueron realizados en países de América y Europa en diferentes idiomas, mostrándose que el ASI-3 contaba con una buena consistencia y validez de criterio; además mostró una estructura estable en la medición de sus tres factores (Taylor et al., 2007).

El uso del ASI-3 ha sido el más aceptado recientemente debido a la validez que tiene y, el posible estudio de cada una de las dimensiones de la Sensibilidad a la Ansiedad; después de la elaboración de este instrumento se ha propuesto la búsqueda de datos que permitan predecir la aparición de algún trastorno mediante el estudio de cada una de las dimensiones; por ejemplo, se ha asociado que la dimensión de preocupaciones físicas se encuentra relacionado con trastornos de pánico; la dimensión cognitiva con depresión mayor y, la dimensión de preocupaciones sociales con la ansiedad o fobia social. (Olthius, Watt & Stewart, 2014)

2.3 Relación con otros trastornos

Entre las hipótesis que han surgido a partir de este modelo destaca el que la SA es un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad, logrando con ello una mejor

compresión sobre todo de los trastornos de ansiedad y ataques de pánico (Fullana et al, 2003; Valdez & Lira, 2013).

La SA se ha relacionado con otros factores psicológicos, por ejemplo, con el nivel de fumar, donde se muestra que entre mayor es la dependencia a la nicotina, mayor es la puntuación total de la SA, por lo que algunas investigaciones han sugerido que las personas con alta sensibilidad a la ansiedad comienzan a fumar debido a la idea de que podrán calmar los efectos negativos provocados por los síntomas de ansiedad (Valdez & Lira, 2013; Zvolensky, Farris, Guillot & Levental, 2014).

También se ha relacionado la SA con el rendimiento deportivo demostrándose que la sensibilidad a la ansiedad se relaciona con éste debido a que la SA intensifica las respuestas de miedo y ansiedad como taquicardia, falta de aliento, temblores, entre otras, lo que interfiere con el desempeño deportivo que una persona posea; esta relación podría explicar la marcada reducción en el rendimiento deportivo asociada a los niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad (Molina, Sandin & Chorot, 2014).

III. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Los estudiantes que muestran altos niveles de ansiedad social y temen a sus síntomas crean una serie de conductas que tienen por objetivo controlar las situaciones en las que temen a sus sensaciones; estas acciones pueden llegar a ser conductas autodestructivas para el adolescente, por ejemplo, al creerse incompetente para afrontar las sensaciones ligadas a la ansiedad el universitario podría crear o conservar conductas de alto riesgo como las adicciones. Esa serie de respuestas en forma de pensamientos, sentimientos y acciones que tiene el adolescente universitario para resolver estas situaciones que considera problemáticas y le causan tensiones son definidas como estrategias de afrontamiento (Figuroa, et al., 2005; Valdez & Lira, 2013).

Piemontesi, Heredia, Furlan, Sánchez- Rosas y Martínez (2012) comentan la importancia que tienen los estilos de afrontamiento para los estudiantes con ansiedad social en situaciones evaluativas dado que estos pueden causar resultados positivos y hacer que el adolescente logre un buen funcionamiento al eliminar o modificar aquello que le causa ansiedad o estrés dependiendo de la estrategia de afrontamiento que sea usada. Sin embargo, Serrano y Flores (2005) indican que existen también algunas estrategias que tienen como función lograr un efecto inmediato de alivio a corto plazo pero sin modificar el problema; por ejemplo, el consumo de alcohol o drogas.

Sin embargo los estudios que se han dado en relacionar estas tres variables son nulos por lo que en el presente estudio se pretende explorar la relación entre los estilos de afrontamiento, la ansiedad social y la sensibilidad a la ansiedad.

3.1 Definición

Desde el modelo psicoanalítico se describieron una serie de pensamientos y actos cambiantes que tienen como objetivo reducir el nivel de estrés y solucionar los problemas presentes en la vida de cada persona. Esta serie de pensamientos y actos cambiantes fueron definidos como mecanismos de defensa; posteriormente, Lazarus y Folkman (1991) desarrollaron el modelo transaccional donde retomaron este concepto y lo separaron de este modelo llamando *estilos o estrategias* de afrontamiento a los esfuerzos cognitivos y conductuales que se encuentran en constante cambio para manejar las demandas que son percibidas como algo excedente (creando estrés) para los recursos de cada persona.

El afrontamiento involucra los esfuerzos para manejar las demandas, lo que incluye cualquier proceso que una persona haga o piense independientemente del resultado que obtenga. Las conductas de afrontamiento actúan en aquellas demandas que un individuo considere como excedentes para los recursos que posee por lo que estas conductas tienen la función de minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes (Lazarus & Folkman, 1991).

De acuerdo a este modelo, existen tres factores que determinarán cuales son las estrategias de afrontamiento que se usarán para manejar una situación estresante: el significado que una persona le asigne a una situación (evaluación

primaria), la valoración de las opciones o recursos de afrontamiento disponibles (evaluación secundaria) y, finalmente, la valoración de los resultados (evaluación terciaria) (Kaiseler, Queiros, Passos & Sousa, 2014).

3.2 Características

Estas respuestas implican una serie de acciones que pueden ser, conductuales, mediante comportamientos activos que permiten hacer frente a la situación, y también cognitivas, al hacer un replanteamiento de la manera como se evalúa el individuo ante una circunstancia en específico. Se ha comprobado que al entrar a la adolescencia el número de respuestas cognitivas de afrontamiento incrementa (Espinoza, Contreras & Esguerra, 2009).

Los estilos de afrontamiento son un conjunto de reacciones y respuestas generales que llevan a las personas a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones. Este conjunto de respuestas cambian dependiendo de los resultados de éxito o fracaso que se tienen al vivenciar una situación estresante y son, además, respuestas automáticas aprendidas que requieren de un esfuerzo para controlar ciertas sensaciones de estrés y adaptarse a la situación. El afrontamiento es un proceso en el que una persona evalúa una situación en términos de amenaza o reto. Durante su desarrollo, se valoran los recursos y respuestas que puedan surgir para que se opte por una sola respuesta logrando un cambio ante la situación. Los estilos de afrontamiento actúan entonces como reguladores de la perturbación emocional (Espinoza, et al., 2009; Piemontesi y Heredia, 2009; March, Orte & Ballester, 2006).

Aunque el afrontamiento implica poner en marcha una respuesta para hacer frente a situaciones estresantes, no siempre se logra un éxito para solucionar dicha situación; de acuerdo a Olson y Mc Cubbin (1989 citado en Figueroa et al., 2005), una persona podría repetir una misma respuesta en situaciones que le parezcan similares si los resultados logran resolver la problemática que se percibe; en caso de que no lo resuelva, la persona buscará llevar a cabo una respuesta diferente.

Los estilos de afrontamiento que se utilizarán dependen de las capacidades con las que cuenta una persona para hacer frente a las situaciones estresantes; a estas capacidades se les llama *recursos* de afrontamiento y es posible distinguirlos en: 1) físicos y biológicos (aquellos elementos del ambiente y recursos orgánicos de la persona) 2) Psicológicos o psicosociales (la capacidad intelectual, el nivel de dependencia o autonomía, valores y habilidades en la resolución de problemas); y 3) los recursos sociales (las relaciones que una persona establece y le motivan a usar aquellas opciones funcionales para afrontar las consecuencias) (Piemontesi & Heredia, 2009).

Cuando una persona posee muchos recursos de afrontamiento no sólo se debe de hacer referencia a la cantidad sino también a la habilidad que se posee para aplicarlos ante distintas situaciones. El afrontamiento se determinará en función de los recursos y habilidades sociales del individuo para resolver problemas, así como de las creencias, valores, limitaciones personales, ambientales y del grado de amenaza percibido, pudiendo llevar a cabo diversas respuestas (Lazarus & Folkman, 1991).

3.3 Tipos de los estilos de afrontamiento

Al ser las predisposiciones para hacer frente a las situaciones estresantes, existe una variada cantidad de respuestas o métodos que pueden surgir al buscar adaptarse estas situaciones, por lo que los estudios sobre los estilos de afrontamiento han llevado a realizar una clasificación de éstos; habitualmente se basan en el método específico que se utilice o se hace referencia a los objetivos concretos hacia los que se dirigen (Blanch, Aluja & Biscarri, 2002).

Lazarus y Folkman (1986 citado en Bermúdez, Teva & Buela, 2009) distinguieron tres tipos de afrontamiento: el primero se identifica por los intentos de una persona para resolver una situación problemática, este afrontamiento es llamado centrado en la solución de problemas; el segundo es el afrontamiento focalizado en la emoción y consiste en la modificación de las respuestas emocionales ante situaciones estresantes; y finalmente el afrontamiento de evitación que consiste en aquellas actividades dirigidas a evadir el problema.

Posteriormente Lazarus (2000 citado en De Minzi, 2006) mencionaría la existencia de ocho dimensiones de afrontamiento: la confrontación, el distanciamiento, autocontrol, la búsqueda de apoyo social, la aceptación de la responsabilidad, el escape- evitación, la planificación de solución del problema y la revaloración positiva.

Billings y Moos (1981 citado en Blanch et al., 2002) también establecieron tres tipos de afrontamiento: el primero, nombrado activo-cognitivo, implica la *evaluación* de eventos potencialmente estresantes; el segundo, activo-conductual,

son aquellos *esfuerzos* que tienen el objetivo de manejar una situación estresante; y la evitación, que implica la *evitación* para afrontar una situación problemática o estresante. Estos tres tipos de afrontamiento, se subdividen además en nueve dimensiones que son: análisis lógico, reestructuración cognitiva, evitación cognitiva, búsqueda de apoyo social, acción sobre el problema, gratificación alternativa, control de emociones, paralización y descontrol emocional.

Quintana, Montgomery y Malaver (2009) proponen dos tipos de afrontamiento, tomando como base la percepción que tiene una persona de su interacción ante una situación problemática: la primera son los estilos de afrontamiento dirigidos a la modificación del problema; consisten en transformar el problema en una versión que no suponga amenaza; y el otro dirigido a la modificación de la emoción incapacitante, dejando intacta la situación.

Moss (1993 citado en Gómez, Luengo, Romero & Sobral, 2006) hace distinción entre un estilo de afrontamiento que hace referencia a la aproximación al problema (ya sea cognitivo o conductual) y, un estilo de evitación (desviar la atención del problema); a diferencia de la propuesta de Lazarus y Folkman (1986 citado en Bermúdez, et al., 2009), el primer estilo de afrontamiento sería funcional, debido a que permitirá que la persona logre adaptarse a la situación, mientras el estilo de evitación sería disfuncional, ya que aumenta la probabilidad de que aparezcan problemas físicos y psicológicos.

Frydenberg y Lewis (1990 citado en Frydenberg & Lewis, 1991; véase también Frydenberg & Lewis, 1993) se basaron en la clasificación hecha por Lazarus y

Folkman (1986 citado en Bermúdez, et al., 2009) para elaborar una escala que pudiera evaluar las estrategias de afrontamiento, esta escala es la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS); y como resultado, formaron una nueva clasificación de dieciocho estrategias de afrontamiento que a su vez están agrupadas en tres tipos de afrontamiento: el primero conocido como afrontamiento para resolver el problema, define los esfuerzos que se hacen cuando se busca manejar las dificultades de manera directa; el segundo llamado afrontamiento en relación con los demás, implica el buscar apoyo de las demás personas y compartir las preocupaciones con ellos; y, finalmente el tercero, es aquel tipo de afrontamiento que no permite a la personas encontrar una solución sino más bien evitar el problema.

De estos tres tipos de afrontamiento se considera que dos de ellos son productivos (resolver el problema y afrontamiento en relación con los demás), refiriéndose a que ayudan al individuo a encontrar una solución al problema; al contrario del último que incluye estrategias de afrontamiento que no permiten al individuo a encontrar una solución a sus problemas (evitación) (Frydenberg & Lewis, 1991).

Las 18 estrategias fueron definidas y nombradas de la siguiente manera:

- 1) Centrarse en resolver el problema: se hace un análisis de los diferentes puntos de vista u opciones que se tengan.
- 2) Esforzarse y tener éxito: refiere a los intentos y dedicación que tenga un individuo; por ejemplo, estudiar por más horas al día.

- 3) Invertir en amigos íntimos: es aquel esfuerzo que una persona pone al pasar más tiempo con la (s) persona(s) que le sean cercanas.
- 4) Buscar pertenencia: hace mención al interés que tiene una persona por las relaciones que tiene con los demás; y consecuentemente, lo que puedan pensar de ella.
- 5) Fijarse en lo positivo: son los esfuerzos de un individuo por tener una visión positiva de la situación que causa estrés.
- 6) Buscar diversiones relajantes: describe la búsqueda que se hace de actividades de ocio y/o relajantes; por ejemplo: escuchar música, colorear, etc.
- 7) Distracción física: representa los deportes y la actividad física que se haga para distraerse del problema; por ejemplo, yoga, correr, etc.
- 8) Buscar apoyo social: se refiere a cuando una persona busca compartir el problema de otros y busca apoyo para poder solucionarlo.
- 9) Buscar apoyo profesional: consiste en buscar la opinión de algún profesional; por ejemplo, preguntar a varios profesores sobre las dudas que se tengan en los temas.
- 10) Acción social: consiste en permitir que varias personas conozcan cual es problema y buscar apoyo de éstos mediante la organización de reuniones o actividades; por ejemplo, si una persona se siente intimidada por su profesor puede unirse con más alumnos que se sientan de la misma manera y planear juntos medidas de acción.

- 11) Buscar apoyo espiritual: refleja la tendencia que se tiene hacia la creencia de un Dios y emplear mecanismos que alguna religión o creencia le aconseje; por ejemplo, rezar y pedir a Dios ayuda.
- 12) Preocuparse: describe la tendencia de alarmarse por el futuro y la manera en que cierta situación estresante puede influir en su vida.
- 13) Hacerse ilusiones: esta estrategia se basa en la anticipación que hace una persona de que los resultados de la problemática serán positivos y benéficos.
- 14) Falta de afrontamiento: es la incapacidad que presenta una persona para manejar la demanda que se le presenta.
- 15) Ignorar el problema: refiere a los esfuerzos que tiene una persona para negar u olvidar el problema.
- 16) Auto inculparse: es la atribución excedida que se autoimpone una persona de ser el causante de la problemática en la que está.
- 17) Reducción de la tensión: son aquellos esfuerzos que pone un individuo para sentirse tranquilo.
- 18) Reservarlo para sí: refiere cuando una persona prefiere estar solo y evitar compartir con alguna otra persona su problemática.

Como se podrá observar en la Figura 1; el primer estilo definido “resolver el problema” comprende las estrategias de: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y, finalmente, distracción física (Frydenberg & Lewis, 1991).

Continuando en lo señalado en la Figura 1; el segundo estilo denominado como “referencia a otros” incluye las estrategias de: buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional (Frydenberg & Lewis, 1991).

El tercer y último estilo, “Afrontamiento no productivo o de evitación” contiene las estrategias de: preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y autoinculparse (Frydenberg & Lewis, 1991) (ver figura 1).

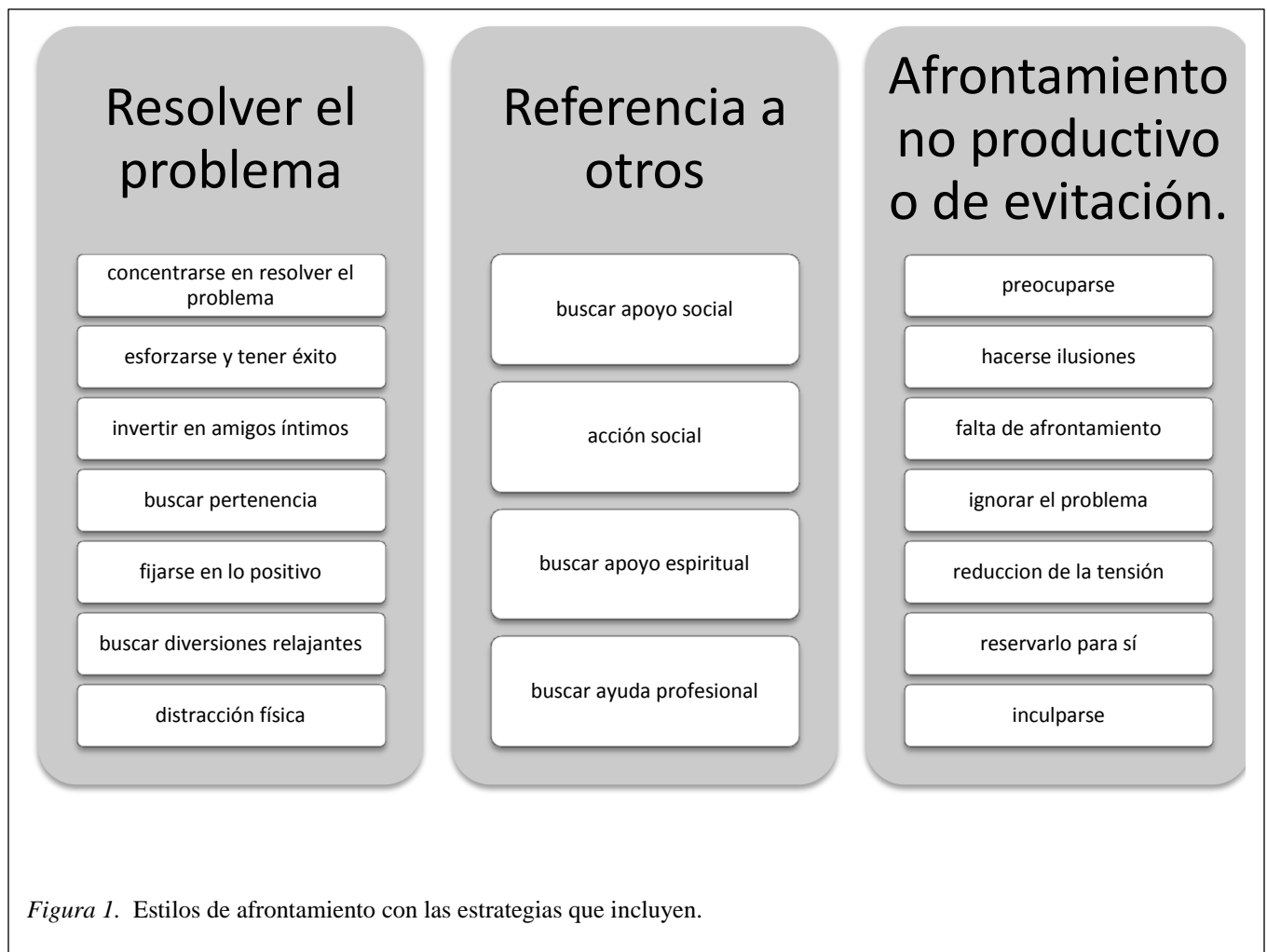


Figura 1. Estilos de afrontamiento con las estrategias que incluyen.

3.4 Estilos de afrontamiento y adolescencia

Debido a que es en la adolescencia donde el repertorio de estrategias de afrontamiento aumenta, el estudio de los estilos de afrontamiento se ha enfocado en la manera en que los adolescentes suelen usar las estrategias de afrontamiento que tienen disponibles.

Fantin, Florentino y Correché (2005), encontraron que los adolescentes que suelen desconfiar de sus capacidades y muestran sentimientos de inseguridad son aquellos que usan estrategias que se definen como afrontamiento no productivo; en cambio, aquellos adolescentes que utilizan estilos de afrontamiento dirigidos a resolver el problema expresan comportamientos y estados de ánimo equilibrados, mientras que aquellos que usan los estilos de afrontamiento dirigidos a los demás suelen confiar en sus capacidades y son seguros de sí mismos.

Verdugo et al, (2013) realizaron un estudio donde compararon los estilos de afrontamiento usados por jóvenes y los estilos de afrontamiento usados por adolescentes y, encontraron que:

- ✓ El tipo de afrontamiento más utilizado entre adolescentes y jóvenes es el afrontamiento de aceptación de la responsabilidad (que refiere al reconocimiento del sujeto en el origen y mantenimiento del problema) lo que muestra que las estrategias de afrontamiento centradas en emociones son aprendidas a lo largo de la adolescencia produciendo un incremento en el uso de este tipo de afrontamiento.

- ✓ El estilo de afrontamiento menos utilizado por ambos grupos fue, el de huida- evitación el cual implica conductas como consumir bebidas alcohólicas, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual, así como pensamientos improductivos que conllevan a desconocer el problema
- ✓ A diferencia de los adolescentes, los jóvenes usan en menor grado los estilos de afrontamiento basados en la búsqueda de apoyo social; lo que evidencia la importancia que le dan los adolescentes a la interacción que tienen con su grupo de pares y cómo, al ir creciendo se va logrando una independencia que les permite manejar por si mismos las demandas que tenga una situación estresante.

Castaño y León del Barco (2010) relacionan los estilos de conducta interpersonal y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes universitarios; se encontró que las personas que se describen a sí mismas en sus relaciones interpersonales como extrovertidas, cálidas y sociables suelen utilizar con más frecuencia estrategias activas, buscando el contacto con otras personas para contar sobre sus dificultades y, también para expresar sus emociones. En cambio, las personas que se describen a sí mismas como introvertidas, frías e inseguras tienden a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas, presentando mayormente pensamientos *ansiosos* relacionados con la situación; así como frecuentes autocríticas dirigidas hacia sus capacidades y auto culpabilidad, reducen sus relaciones interpersonales y evitan el contacto con otras personas.

En su estudio, Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010) señalan que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en personas sin ansiedad son las referidas a la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social; por otro lado, las personas que presentan ansiedad utilizan estrategias como evitación cognitiva y, en menor medida las técnicas de solución de problemas y reevaluación positiva.

IV. METODO

4.1 Planteamiento del problema

Al desarrollar ansiedad social o mostrar elevados niveles de sensibilidad a la ansiedad los estudiantes universitarios presentan problemáticas en su entorno que les impiden desempeñarse como lo desean; por lo que desarrollan estilos de afrontamiento que les permitan manejar estas situaciones ya sea minimizando, evitando o tolerando las condiciones estresantes. Sin embargo, no todos los estilos de afrontamiento que se lleven a cabo podrán ser de utilidad para el adolescente puesto que, si se opta por estrategias de afrontamiento que busquen evitar las problemáticas, los jóvenes universitarios podrían generar comportamientos desadaptativos y afectar su desarrollo psicológico (Veloso-Besio, Caqueo- Arancibia, Caqueo- Urizar, Muñoz- Sánchez, Villegas- Abarzúa, 2010).

Las conductas de evitación no resuelven la falta de capacidad para manejar altos niveles de ansiedad en una situación social, al contrario de ello, esto puede significar que se pierda la oportunidad de generar las habilidades sociales necesarias para afrontar este tipo de situaciones y por lo tanto mantener o aumentar los niveles de ansiedad social que tengan e incluso los miedos a las sensaciones que estén asociadas a ella. Es por ello importante que los alumnos no eviten sus problemas ya que esto les produce mayor malestar y menos oportunidades de generar las herramientas necesarias para lograr disminuir y controlar sus niveles de ansiedad. Sin embargo los estudios que buscan relacionar

estas variables son aun escasos por lo que es necesario recopilar mayor información que determine la interacción que existe o no entre ellas.

Con lo expuesto anteriormente, la presente investigación se plantea como:

4.2 Pregunta de investigación

¿Existe relación entre la sensibilidad a la ansiedad, la ansiedad social y los estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios?

4.3 Objetivos

Objetivo general: Analizar si el tipo de estilo de afrontamiento que se use ante una problemática determina los niveles de ansiedad social y sensibilidad a la ansiedad que presentan los estudiantes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Objetivos Específicos:

1. Describir la prevalencia de la sensibilidad a la ansiedad, la ansiedad social y los estilos de afrontamiento de una muestra de estudiantes universitarios de la FES Zaragoza de las carreras de medicina, psicología, odontología y enfermería.
2. Analizar el tipo de correlación que existe entre Sensibilidad a la Ansiedad y la ansiedad social que presentan los estudiantes universitarios de la FES Zaragoza de las carreras de medicina, psicología, odontología y enfermería.

4.4 Tipo de investigación y estudio

Se llevará a cabo un estudio no experimental- transversal de tipo correlacional (Kerlinger & Lee, 2002).

4.5 Hipótesis de investigación

1.- El tipo de estilo de afrontamiento que usen los estudiantes universitarios de las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología de la FES Zaragoza determinará los niveles de ansiedad que presenten.

2.- Los niveles de Sensibilidad a la Ansiedad que presenten los estudiantes universitarios de las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología de la FES Zaragoza dependerán del estilo de afrontamiento que usen.

4.6 Variables

Definiciones conceptuales

Sensibilidad a la ansiedad: la sensibilidad a la ansiedad es el miedo relacionado con las sensaciones de la ansiedad partiendo de la creencia de que esas sensaciones tienen consecuencias peligrosas como la muerte, enfermedades o rechazo social (Reiss & McNally 1985 como se citó en Taylor et al., 2007).

Ansiedad social: la ansiedad social se caracteriza por un miedo intenso y persistente, considerado por la persona misma como poco racional o excesivo, en una o más situaciones de interacción o de actuación social, en las cuales se presenta hipersensibilidad a la crítica, a la evaluación negativa o al rechazo por parte de los demás (Caballo et al, 2010).

Estilos de Afrontamiento: es el conjunto de acciones cognitivas y afectivas que surgen en respuesta a una preocupación en particular. Representan un intento por restaurar el equilibrio o reducir la preocupación creada por el individuo. Esto puede

lograrse resolviendo el problema ya sea cambiando el estímulo o adaptarse a la preocupación sin necesariamente dar una solución (Frydenberg & Lewis, 1993).

Definiciones operacionales

Sensibilidad a la ansiedad: puntuaciones obtenidas en el Índice a la Sensibilidad a la Ansiedad- 3 (Taylor, et al., 2007).

Ansiedad social: Puntuaciones obtenidas en el “cuestionario de ansiedad social para adultos CASO- 30” de ansiedad social, de manera global y en cada de una de las subescalas (Caballo et al., 2010).

Estilos de Afrontamiento: Puntuaciones obtenidas en la escala de Afrontamiento para Adolescentes (Pereña & Seisdedos, 1995).

4.7 Participantes

Población

Estudiantes hombres y mujeres de 17 a 25 años de edad, estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de las carreras de medicina, enfermería, psicología y odontología.

Muestra

Participaron 245 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 35.9% hombres y 64.1% mujeres, de 17 a 25 años de edad que estudian las carreras de medicina, enfermería, psicología y odontología.

Criterios de inclusión

Tener entre 17 y 25 años

Estudiar en Campus I de la FES Zaragoza

Criterios de exclusión

Presentar alguna discapacidad física o intelectual

Dejar más del 10% de ítems sin contestar en los instrumentos de evaluación

Que se nieguen a terminar de responder los instrumentos

Tener más de 25 años.

4.8 Instrumentos

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3) (Taylor et al., 2007)

Esta escala consta de 18 ítems agrupados en tres subescalas: físicas ("Me da miedo que mi corazón late más rápido"), cognitivas ("Cuando mi mente se va en blanco, me preocupa que hay algo terriblemente mal en mí "), y sociales (" me da miedo cuando me sonrojo delante de la gente ") . Las respuestas se puntúan en escala Likert de 5 puntos (0 = *muy poco* a 4 = *mucho*). Se presenta una consistencia internade un alfa de cronbach por cada una de sus dimensiones:1) social .73 a .86 2) física.76 al .86 y, 3) cognitiva .79 a .91 y general de .93

Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) (Caballo et al, 2010).

Consta de 30 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de cinco puntos, desde 1= "Nada o muy poco malestar, tensión o nerviosismo" hasta 5= "Mucho o

muchísimo malestar, tensión o nerviosismo”. El CASO-A30 evalúa cinco dimensiones de la ansiedad social: 1) Hablar en público/Interacción con personas de autoridad, 2) Interacción con desconocidos, 3) Interacción con el sexo opuesto, 4) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado, y 5) Quedar en evidencia o en ridículo. Cada dimensión consta de seis ítems distribuidos al azar a lo largo del cuestionario. Para la evaluación de los tipos de ansiedad social, mediante el CASO-A30, se considera el número de dimensiones temidas. La consistencia interna del cuestionario es un alfa de cronbach de .91 y una validez concurrente de .66

Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (Adolescent Coping Scale-ACS) (Frydenberg & Lewis, 1993 citado en Pereña & Seisdedos, 1995), versión española de Pereña y Seisdos (1995).

Está compuesto de 80 elementos, uno abierto y 79 de tipo cerrado que se puntúan mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos: 1. No me ocurre o no lo hago; 2. Me ocurre o lo hago raras veces; 3. Me ocurre o lo hago algunas veces; 4. Me ocurre o hago con frecuencia; 5. Me ocurre o hago siempre. El CSI evalúa 18 estrategias de afrontamiento en adolescentes agrupadas en tres estilos de afrontamiento: dirigido a la resolución del problema, afrontamiento en relación a los demás y afrontamiento improductivo. La versión original cuenta con una confiabilidad de .49 a .82 para las subescalas y de .44 a .84 en la forma general. EL ACS posee coeficientes de consistencia interna que oscilan entre .62 y .87 en forma específica, y entre .54 y 85 en forma general.

4.9 Escenario

Las aulas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza asignadas para las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología.

4.10 Procedimiento

Se solicitó permiso a los profesores de cada grupo para la aplicación de tres instrumentos sobre sensibilidad a la ansiedad, ansiedad social y estilos de afrontamiento.

Los estudiantes de cada carrera fueron citados a través de los profesores durante sus horas de clase. Se repartió el cuadernillo que incluía el cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO 30), Índice de Sensibilidad a la Ansiedad- 3 (ASI-3) y la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS)

Una vez dadas las instrucciones se informó verbalmente que la utilización de las respuestas de estos cuestionarios sería sólo con fines estadísticos.

Mientras los participantes respondían el aplicador permaneció en el salón de clases, con el objeto de aclarar las dudas que llegaron a surgir y recoger los cuadernillos con los instrumentos.

V. RESULTADOS

5.1 Descripción de la muestra

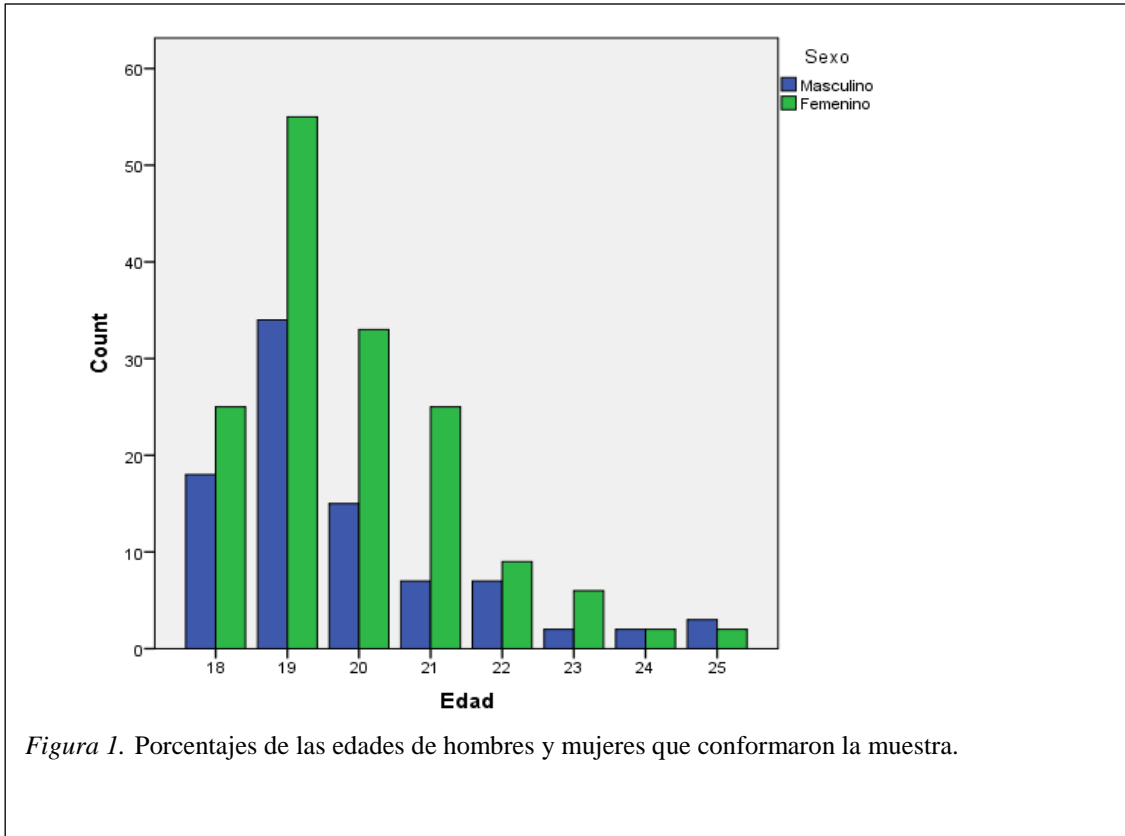
La distribución de la muestra de los 245 estudiantes quedó conformada en mayor proporción por mujeres (64.1 %) que por hombres (35.9 %), tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla1.

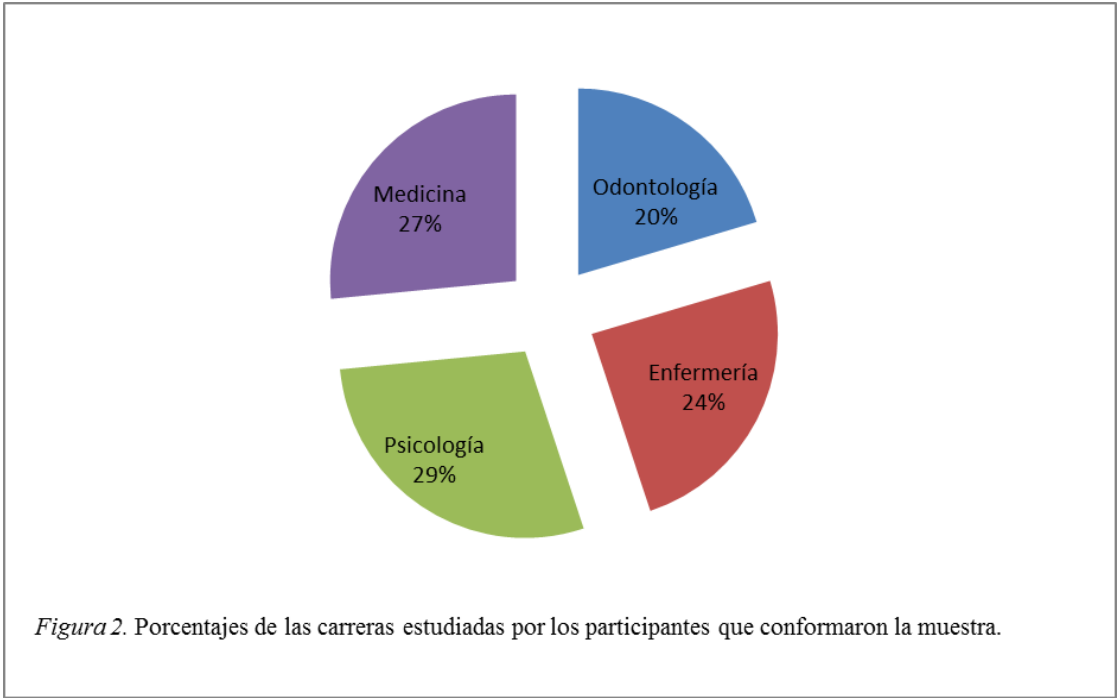
Frecuencia y porcentaje de las mujeres y los hombres que participaron en el estudio.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	88	35.9%
Mujeres	157	64.1%
Total	245	100%

Las edades de los estudiantes se situaron entre los 18 a los 25 años, siendo la media de 19. La mayoría de los estudiantes que participaron contaban con 19 años de edad, y, en menor medida participaron los estudiantes de 24 y 25 años de edad. En la distribución de edad y sexo, la mayoría de los hombres contaba con 19 años de edad al igual que las mujeres (ver figura 1).



En cuanto a la carrera de los estudiantes que conformaron la muestra, 70 de los estudiantes pertenecían a la carrera de psicología, 65 a la carrera de medicina, 60 a enfermería y 50 a odontología (ver figura 2).



5.2 Análisis de Ansiedad Social

En el análisis realizado para la ansiedad social, se observó que la muestra estudiada presenta mayores puntajes en las dimensiones de: interacción con el sexo opuesto y quedar en evidencia o ridículo (ver tabla 2).

Tabla 2.

Medias y desviaciones estándar de las dimensiones y el total del Cuestionario de Ansiedad para adultos CASO- 30.

	Media	Desviación Estándar
HP	14.9426	5.30125
ID	12.9631	5.04055
ISO	16.1205	6.07792
EAMDE	13.6362	4.99558
QER	16.5533	5.24573
Total	74.2157	21.76074

Nota: Hp= Hablar en público / Interacción con personas de autoridad. ID= Interacción con desconocidos. ISO= Interacción con el sexo opuesto. EAMDE= Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. QER= Quedar en evidencia o ridículo.

5.3 Análisis de Sensibilidad a la Ansiedad

En cuanto al análisis de la Sensibilidad al Ansiedad que presentó la muestra, se encontró que se presenta mayor temor a las reacciones observables de ansiedad que puedan tener en público debido a que esto puede provocar el rechazo de los demás y/o hacer el ridículo ante éstos; es decir las preocupaciones sociales fueron las que recibieron mayor puntuación (ver tabla 3).

Tabla 3.

Medias y desviaciones estándar de las dimensiones y el total del Anxiety Sensitivity Index 3 (ASI-3).

	Media	Desviación Estándar.
Preocupaciones cognitivas	10.1534	4.35096
Preocupaciones sociales	13.2479	4.69178
Preocupaciones físicas	10.6529	4.88173
Total	34.0543	12.10336

5.4 Análisis de Estilos de Afrontamiento

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontró que las más utilizadas por la muestra en orden de mayor a menor medida son: esforzarse y tener éxito (Es), concentrarse en resolver el problema (Rp), preocuparse (Pr), buscar pertenencia (Pe), invertir en amigos íntimos (Ai) y buscar apoyo social (As); los estilos de afrontamiento de resolver el problema incluyeron las estrategias con mayores medias (ver tabla 4). Los estilos de afrontamiento mas usados son aquellos que tienen que ver con resolver el problema, mientras que los menos frecuentes son aquellos que hacen referencia a otros (ver tabla 4).

Tabla 4.

Medias y desviaciones estándar de las dimensiones y el total de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS).

	Media	Desviación Estándar
As	16.1362	4.21046
Rp	18.3989	3.69725
Es	19.1717	3.45392
Pr	17.5296	3.69082
Ai	16.3091	4.17364
Pe	16.3353	3.69716
Hi	13.0620	4.01442
Na	9.4840	3.22128
Rt	10.1810	3.43023
So	7.8264	2.60092
Ip	7.0887	2.89402
Cu	9.8852	3.29355
Re	10.1473	3.53247
Ae	8.6281	3.15974
Po	13.2944	3.34200
Ap	11.5635	4.10494
Dr	10.2448	2.54400
Fi	8.7649	3.35300
Total	224.0512	34.84665

Nota: As= Buscar apoyo social. Rp= Concentrarse en resolver el problema. Es= Esforzarse y tener éxito. Pr= Preocuparse. Ai= Invertir en amigos íntimos. Pe= Buscar pertinencia. Hi= Hacerse ilusiones. Na= Falta de afrontamiento. Rt= Reducción de la tensión. So= Acción social. Ip= Ignorar el problema. Cu= Autoinculparse. Re= Reservarlo para sí. Ae= Buscar apoyo espiritual. Po= Fijarse en lo positivo. Ap= Buscar ayuda profesional. Dr= Buscar diversiones relajantes. Fi= Distracción física.

Los estilos de afrontamiento más usados son aquellos que tienen que ver con resolver el problema, mientras que los menos frecuentes son aquellos que hacen referencia a otros (ver tabla 5).

Tabla 5.

Medias y desviaciones estándar de los estilos de afrontamiento con sus respectivas estrategias de afrontamiento.

		Media	Desviación Estándar
No productivo	Pr	17.5296	3.69082
	Hi	13.0620	4.01442
	Na	9.4840	3.22128
	Rt	10.1810	3.43023
	Ip	7.0887	2.89402
	Cu	9.8852	3.29355
	Re	10.1473	3.53247
	total	77.3779	15.88761
Resolver el problema	Rp	18.3989	3.69725
	Es	19.1717	3.45392
	Ai	16.3091	4.17364
	Pe	16.3353	3.69716
	Po	13.2944	3.34200
	Dr	10.2448	2.54400
	Fi	8.7649	3.35300
	total	86.2099	13.61113
Referencia a otros	As	16.1362	4.21046
	So	7.8264	2.60092
	Ae	8.6281	3.15974
	Ap	11.5635	4.10494
	total	60.4634	13.61113

Nota: As= Buscar apoyo social. Rp= Concentrarse en resolver el problema. Es= Esforzarse y tener éxito. Pr= Preocuparse. Ai= Invertir en amigos íntimos. Pe= Buscar pertinencia. Hi= Hacerse ilusiones. Na= Falta de afrontamiento. Rt= Reducción de la tensión. So= Acción social. Ip= Ignorar el problema. Cu= Autoinculparse. Re= Reservarlo para sí. Ae= Buscar apoyo espiritual. Po= Fijarse en lo positivo. Ap= Buscar ayuda profesional. Dr= Buscar diversiones relajantes. Fi= Distracción física.

5.5 Análisis de correlación entre ansiedad social y sensibilidad a la ansiedad

Los factores de escala de Ansiedad Social se correlacionaron en conjunto de manera positiva y significativa tanto con las subescalas del ASI 3 como en el puntaje total de esta (ver tabla 6).

Tabla 6.

Tabla de correlaciones entre las dimensiones y puntajes globales del Cuestionario de Ansiedad social CASO 30 y del ASI- 3.

	Preocupaciones cognitivas	Preocupaciones sociales	Preocupaciones físicas	Total.
HP	.380**	.402**	.306**	.416**
ID	.435**	.342**	.327*	.421**
ISO	.268**	.334**	.297**	.346**
EAMDE	.386**	.381**	.315**	.413**
QER	.318**	.408**	.262**	.378**
Total	.433**	.457**	.368**	.481**

Nota: Hp= Hablar en público / Interacción con personas de autoridad. ID= Interacción con desconocidos. ISO= Interacción con el sexo opuesto. EAMDE= Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. QER= Quedar en evidencia o ridículo.

5.6 Análisis de correlación entre sensibilidad a la ansiedad y estilos de afrontamiento

Las correlaciones resultantes entre las dimensiones de SA del ASI-3 y las estrategias de afrontamiento del ACS fueron bajas; sin embargo, hay datos que son importantes considerar debido a que muestran una correlación positiva débil entre las siguientes estrategias en orden de aparición: preocuparse (Pr); hacerse ilusiones (Hi); falta de afrontamiento (Na); reducción de la tensión (Rt); acción social (So); ignorar el problema (Ip); autoinculparse (Cu); reservarlo para sí (Re); apoyo espiritual (Ae); y el puntaje global del ACS con las cuatro dimensiones de SA y el puntaje global del ASI-3 (ver tabla 7).

Tabla 7.

Tabla de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento del ACS y las dimensiones de Sensibilidad a la Ansiedad del ASI-3.

	Preocupaciones cognitivas	Preocupaciones sociales	Preocupaciones físicas	Total.
As	.041	.096	.091	.089
Rp	-.074	.038	-.038	-.018
Es	-.035	.087	.081	.054
Pr	.150*	.175**	.144*	.180**
Ai	.019	.024	.120	.065
Pe	.033	.076	.097	.081
Hi	.241**	.169**	.195**	.231**
Na	.276**	.190**	.219**	.261**
Rt	.299**	.218**	.216**	.279**
So	.280**	.133*	.254*	.255**
Ip	.254**	.131*	.128*	.194**
Cu	.256**	.296**	.200**	.287**
Re	.246**	.288**	.111	.245**
Ae	.236**	.166**	.222**	.239**
Po	-.072	-.014	-.003	-.032
Ap	.085	.010	.089	.070
Dr	-.041	.061	.018	.016
Fi	-.046	.000	.008	-.014
Total	.206**	.210**	.214**	.242**

Nota: As= Buscar apoyo social. Rp= Concentrarse en resolver el problema. Es= Esforzarse y tener éxito. Pr= Preocuparse. Ai= Invertir en amigos íntimos. Pe= Buscar pertinencia. Hi= Hacerse ilusiones. Na= Falta de afrontamiento. Rt= Reducción de la tensión. So= Acción social. Ip= Ignorar el problema. Cu= Autoinculparse. Re= Reservarlo para sí. Ae= Buscar apoyo espiritual. Po= Fijarse en lo positivo. Ap= Buscar ayuda profesional. Dr= Buscar diversiones relajantes. Fi= Distracción física.

Los estilos de afrontamiento que contaron con mayores estrategias con correlaciones significativas fueron los no productivos, mientras que, ninguna de las estrategias que corresponden al estilo de afrontamiento “resolver el problema” tuvieron correlaciones significativas (ver tabla 8)

Tabla 8.

Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento ordenadas con sus respectivos estilos de afrontamiento y las dimensiones de SA.

		Preocupaciones cognitivas	Preocupaciones sociales	Preocupaciones físicas	Total.
No productivo	Pr	.150*	.175**	.144*	.180**
	Hi	.241**	.169**	.195**	.231**
	Na	.276**	.190**	.219**	.261**
	Rt	.299**	.218**	.216**	.279**
	Ip	.254**	.131*	.128*	.194**
	Cu	.256**	.296**	.200**	.287**
	Re	.246**	.288**	.111	.245**
el Resolver problema	Rp	-.074	.038	-.038	-.018
	Es	-.035	.087	.081	.054
	Ai	.019	.024	.120	.065
	Pe	.033	.076	.097	.081
	Po	-.072	-.014	-.003	-.032
	Dr	-.041	.061	.018	.016
	Fi	-.046	.000	.008	-.014
Referencia a otros	As	.041	.096	.091	.089
	So	.280**	.133*	.254*	.255**
	Ae	.236**	.166**	.222**	.239**
	Ap	.085	.010	.089	.070

Nota: As= Buscar apoyo social. Rp= Centrarse en resolver el problema. Es= Esforzarse y tener éxito. Pr= Preocuparse. Ai= Invertir en amigos íntimos. Pe= Buscar pertinencia. Hi= Hacerse ilusiones. Na= Falta de afrontamiento. Rt= Reducción de la tensión. So= Acción social. Ip= Ignorar el problema. Cu= Autoinculparse. Re= Reservarlo para sí. Ae= Buscar apoyo espiritual. Po= Fijarse en lo positivo. Ap= Buscar ayuda profesional. Dr= Buscar diversiones relajantes. Fi= Distracción física.

5.7 Análisis de correlación entre ansiedad social y estilos de afrontamiento

En cuanto a los factores de ansiedad social del CASO- 30 y las estrategias de afrontamiento del ACS se encontraron correlaciones positivas entre la estrategia de reservarlo para sí (Re) con interacción con desconocidos (ID) y el puntaje total del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos CASO 30.

Además, se encontraron correlaciones negativas débiles entre las estrategias de: esforzarse y tener éxito (Es) con hablar en público (HP) e interacción con desconocidos (ID); fijarse en lo positivo (Po) con interacción con desconocidos (ID), expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (EAMDE) y el puntaje total; buscar ayuda profesional (Ap) con interacción con desconocidos (ID); distracción física (Fi) con hablar en público (HP), interacción con desconocidos (ID), interacción con el sexo opuesto (ISO) y el puntaje total; finalmente, concentrarse en resolver el problema (Rp) con las cinco dimensiones y el puntaje total del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos CASO 30.

También se encontraron correlaciones positivas débiles entre las estrategias de buscar pertenencia (Pe) con quedar en evidencia o ridículo (QER); acción social (So) con hablar en público (Hp), interacción con desconocidos (ID), expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (EAMDE) y el puntaje total; reservarlo para sí (Re) con hablar en público (HP), interacción con el sexo opuesto (ISO), expresión asertiva de molestia desagrado) o enfado (EAMDE y quedar en evidencia o ridículo (QER); buscar apoyo espiritual (Ae) con interacción con desconocidos (ID), interacción con el sexo opuesto (ISO), expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado (EAMDE), quedar en evidencia o ridículo (QER) y el

puntaje total; el puntaje total del ACS con interacción con el sexo opuesto (ISO), expresión asertiva de molestia desagradado o enfado (EAMDE) y el puntaje total del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos CASO 30; y por último, hacerse ilusiones (Hi); falta de afrontamiento (Na); reducción de la tensión (Rt); ignorar el problema (Ip) y autoinculparse (Cu) con las cinco dimensiones y el total del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos CASO 30.

Tabla 9

Tabla de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento del ACS y las dimensiones de ansiedad social del CASO 30.

	HP	ID	ISO	EAMDE	QER	Total
As	.013	-.099	.019	.046	.153*	.033
Rp	-.159*	-.207**	-.127	-.159*	-.056	-.172**
Es	-.112	-.132*	-.066	-.079	-.051	-.107
Pr	-.016	-.006	.077	.032	.128*	.054
Ai	-.021	-.098	-.034	-.019	.088	-.020
Pe	-.007	-.092	.062	.069	.137*	.043
Hi	.133*	.162*	.202**	.188**	.241**	.228**
Na	.207**	.264**	.251**	.253**	.317**	.316**
Rt	.185**	.199**	.177**	.231**	.172**	.235**
So	.109	.122	.067	.142*	.078	.125
Ip	.208**	.271**	.207**	.263**	.276**	.298**
Cu	.189**	.243**	.281**	.248**	.253**	.299**
Re	.278**	.403**	.273**	.258**	.231**	.352**
Ae	.092	.142*	.130*	.180**	.157*	.171**
Po	-.061	-.212**	-.023	-.112	-.076	-.114
Ap	-.040	-.110	-.083	-.026	.046	-.053
Dr	-.023	-.090	.027	.000	.064	-.003
Fi	-.128*	-.145*	-.145*	-.041	.043	-.104
Total	.077	.048	.121	.138*	.217**	.148*

Nota: As= Buscar apoyo social. Rp= Concentrarse en resolver el problema. Es= Esforzarse y tener éxito. Pr= Preocuparse. Ai= Invertir en amigos íntimos. Pe= Buscar pertinencia. Hi= Hacerse ilusiones. Na= Falta de afrontamiento. Rt= Reducción de la tensión. So= Acción social. Ip= Ignorar el problema. Cu=

Autoinculparse. Re= Reservarlo para sí. Ae= Buscar apoyo espiritual. Po= Fijarse en lo positivo. Ap= Buscar ayuda profesional. Dr= Buscar diversiones relajantes. Fi= Distracción física. Hp= Hablar en público / Interacción con personas de autoridad. ID= Interacción con desconocidos. ISO= Interacción con el sexo opuesto. EAMDE= Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. QER= Quedar en evidencia o ridículo.

Los estilos de afrontamiento que tuvieron mayores estrategias con correlaciones significativas fueron los no productivos, mientras que los que hacen referencia a otros contaron obtuvieron menores correlaciones significativas con las dimensiones de ansiedad social (ver tabla 10).

Tabla 10

Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento con sus respectivos estilos de afrontamiento y las dimensiones de SA.

	HP	ID	ISO	EAMDE	QER	Total	
No productivo	Pr	-.016	-.006	.077	.032	.128*	.054
	Hi	.133*	.162*	.202**	.188**	.241**	.228**
	Na	.207**	.264**	.251**	.253**	.317**	.316**
	Rt	.185**	.199**	.177**	.231**	.172**	.235**
	Ip	.208**	.271**	.207**	.263**	.276**	.298**
	Cu	.189**	.243**	.281**	.248**	.253**	.299**
	Re	.278**	.403**	.273**	.258**	.231**	.352**
Resolver el problema	Rp	-.159*	-.207**	-.127	-.159*	-.056	-.172**
	Es	-.112	-.132*	-.066	-.079	-.051	-.107
	Ai	-.021	-.098	-.034	-.019	.088	-.020
	Pe	-.007	-.092	.062	.069	.137*	.043
	Po	-.061	-.212**	-.023	-.112	-.076	-.114
	Dr	-.023	-.090	.027	.000	.064	-.003
	Fi	-.128*	-.145*	-.145*	-.041	.043	-.104
Referencia a otros	As	.013	-.099	.019	.046	.153*	.033
	So	.109	.122	.067	.142*	.078	.125
	Ae	.092	.142*	.130*	.180**	.157*	.171**
	Ap	-.040	-.110	-.083	-.026	.046	-.053

Nota: As= Buscar apoyo social. Rp= Concentrarse en resolver el problema. Es= Esforzarse y tener éxito. Pr= Preocuparse. Ai= Invertir en amigos íntimos. Pe= Buscar pertinencia. Hi= Hacerse ilusiones. Na= Falta de afrontamiento. Rt= Reducción de la tensión. So= Acción social. Ip= Ignorar el problema. Cu= Autoinculparse. Re= Reservarlo para sí. Ae=

Buscar apoyo espiritual. Po= Fijarse en lo positivo. Ap= Buscar ayuda profesional. Dr= Buscar diversiones relajantes. Fi= Distracción física. Hp= Hablar en público / Interacción con personas de autoridad. ID= Interacción con desconocidos. ISO= Interacción con el sexo opuesto. EAMDE= Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. QER= Quedar en evidencia o ridículo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En el presente estudio se tuvo como objetivo analizar, en una muestra de estudiantes universitarios de la FES Zaragoza, qué tipo de estilos de afrontamiento influyen en los niveles de ansiedad social y SA. Para ello, se analizaron las correlaciones entre las dimensiones de cada variable y su puntaje global.

En lo que concierne a los estilos de afrontamiento y la SA, se encontró que la dimensión de preocupaciones cognitivas de la SA tiene mayor correlación con las estrategias de afrontamiento de reducción la tensión ($p=.299$) y la falta de afrontamiento ($p=.276$), es decir, las faltas que muestra el universitario de las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología de la FES Zaragoza para manejar o afrontar sus problemas, influirá en cierta medida en los miedos que presenta respecto a su capacidad para concentrarse. Estos datos concuerdan con lo referido por Fantín, Florentino y Correché (2005) quienes señalan que los adolescentes que usan estrategias de afrontamiento no productivo muestran sentimientos de inseguridad y suelen desconfiar de sus capacidades. Respecto a la dimensión de preocupaciones sociales de la Sensibilidad a la Ansiedad se encontró que las estrategias en las que el universitario busca: 1) tener una mayor responsabilidad o culpa (autoinculparse) y 2) estar solo además de evitar compartir su problemática (reservarlo para sí) provocan mayor temor a las

reacciones observables que se pueda tener en público y obtener el rechazo de los demás (preocupaciones sociales) ($p = .296$; $p = .288$ respectivamente). Los datos al respecto son novedosos debido a que no se encontraron estudios que analicen la relación entre estas dos variables por lo que se sugiere ampliar la investigación y el estudio de este tema.

Entre la ansiedad social y los estilos de afrontamiento se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la estrategia de afrontamiento de reservarlo para sí con los niveles de ansiedad social ($p = .352$); específicamente fue la dimensión de interacción con desconocidos de ansiedad social la que obtuvo mayores niveles de correlación ($p = .403$); esto indica que los universitarios de las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología de la FES Zaragoza que presentan mayor ansiedad al interactuar con desconocidos buscan distanciarse de los demás y evitar compartir sus problemáticas. Castaño y León del barco (2010) indican que quienes se definen como introvertidos; es decir las personas que consideran se relacionan menos con los demás, tienden a utilizar estrategias de afrontamiento no productivas (por ejemplo; reservarlo para sí) lo que les lleva a tener 1) más pensamientos ansiosos relacionados con la situación, y, 2) una reducción en sus relaciones interpersonales al evitar la interacción con otras personas.

En cuanto a las otras dimensiones de la ansiedad social, se obtuvieron correlaciones significativas que son importantes considerar dado que explican de cierta manera la interacción que tiene cada variable al respecto con la otra; estas correlaciones indican que: 1) el adolescente universitario de las carreras de

psicología, medicina, enfermería y odontología de la FES Zaragoza que se siente culpable o mayormente responsable en una interacción (autoinculparse) presenta mayores niveles de ansiedad social ($p=.299$), especialmente al momento de interactuar con personas del sexo puesto ($p=.281$); 2) entre más busque el adolescente negar el problema (ignorar el problema) presentara mayor ansiedad al quedar en evidencia o ridículo ($p=.276$); 3) los niveles de ansiedad social aumentan cuando se usan estrategias de afrontamiento para ignorar el problema ($p=.298$); 4) la ansiedad que presenta el universitario de las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología de la FES Zaragoza ante la expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado aumenta cuando realiza esfuerzos para sentirse mejor (reducción de la tensión) ($p=.231$); 5) Los niveles de ansiedad social en los adolescentes universitarios de las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología de la FES Zaragoza aumentan cuando éstos muestran incapacidad para manejar la situación (falta de afrontamiento) ($p=.316$); 6) Cuando se usan estrategias de falta de afrontamiento los niveles de ansiedad ante la posibilidad de quedar en evidencia o ridículo aumentan ($p= .317$ respectivamente).

Las estrategias de afrontamiento anteriormente señaladas corresponden a los estilos de afrontamiento no productivos; las correlaciones resultadas son explicadas también por Serrano y Flores (2005) quienes concluyen que existen estrategias que logran un efecto inmediato de alivio pero no modifican el problema, por lo que no se han generado las habilidades necesarias para resolver la situación; así mismo, Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010) explican, de acuerdo a la información recabada en su publicación, que los estilos de

afrontamiento evitativos o no productivos son usados por aquellas personas que presentan más altos niveles de ansiedad. No obstante, estos resultados contrastan con lo mencionado por Castellanos, Guamizo y Salamanca (2011) quienes señalan que los estilos de afrontamiento que hacen referencia a otros son usados mayormente por personas que presentan ansiedad. Puesto que los estudios que relacionan estas variables son aun escasos se recomienda ampliar la investigación.

Uno de los objetivos específicos de la presente investigación fue analizar la correlación que existe entre las dimensiones de la SA y ansiedad social, encontrándose que, a mayores niveles de SA existen mayor ansiedad social y viceversa, lo cual coincide con lo expuesto por Sandin (1997); Valiente, Sandín y Chorot (2002) y Valdez y Lira (2013) quienes comentan que, desde la elaboración del primer instrumento de medición para las propiedades psicométricas de ASI, se ha señalado que en los trastornos de ansiedad son más frecuentes los comportamientos relacionados con la SA, además, comentan que la importancia del estudio de la SA reside en la manera en que este fenómeno pronostica el riesgo de sufrir miedo, pánico y otros problemas de ansiedad.

Ademas de este objetivo, se planteó también conocer la prevalencia de la SA, ansiedad social y los estilos de afrontamiento en los adolescentes universitarios de la FES Zaragoza de las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología, se pudo observar que, la SA tuvo una prevalencia del 13.8%; donde cada dimensión obtuvo el 4.1% en las preocupaciones cognitivas, el 5.4% en las preocupaciones sociales y el 4.3% en las preocupaciones físicas. La ansiedad

social tuvo una prevalencia más alta, del 30.2% y, cada dimensión obtuvo una prevalencia del: 6% en hablar en público, 5.2% en interacción con desconocidos, 6.5% interacción con el sexo opuesto, 5.5% expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y 6.7% en quedar en evidencia o ridículo. En cuanto los estilos de afrontamiento la prevalencia más alta fue para los estilos de afrontamiento enfocados a resolver el problema obteniendo una prevalencia del 41.5%, mientras que los estilos de afrontamiento no productivos y los que hacen referencia al otro obtuvieron una prevalencia del 31.2% y 17.8% respectivamente.

Las hipótesis de la presente investigación planteaban que: 1) los estilos de afrontamiento determinan los niveles de ansiedad que presenten los estudiantes universitarios de las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología de la FES Zaragoza; y 2) los niveles de Sensibilidad a la Ansiedad que presenten los estudiantes universitarios de las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología de la FES Zaragoza dependerán del estilo de afrontamiento que usen. Los resultados mostrados permiten rechazar estas dos hipótesis debido a que las correlaciones que se encontraron no fueron determinantes para mostrar este tipo de influencia entre las variables estudiadas; por ello se concluye que las estrategias de afrontamiento no determinan los niveles de ansiedad social ni de SA que presentan los estudiantes universitarios de las carreras de psicología, medicina, enfermería y odontología de la FES Zaragoza dependerán del estilo de afrontamiento que usen. Estos resultados pueden deberse por el tipo de población estudiada; a causa de que, en cada licenciatura las demandas que se imponen son diferentes de acuerdo a las labores que su profesión implique, por lo que se

recomendaría ampliar la investigación que brinde una descripción de si el tipo de licenciatura cursada cambia o no estos resultados; otro factor a considerar es la edad de los participantes a causa de que, de acuerdo a sus edades los universitarios pueden o no haber desarrollado estrategias de afrontamiento de acuerdo a las diferentes problemáticas que hayan pasado durante su vida, por ello los años de vida serian una variable importante a considerar en futuros estudios.

REFERENCIAS

- Alález, M., Madrid, J., & Antona, A. (2003). Adolescencia y salud. Papeles del psicólogo, 23 (84), 45- 53.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3º edition. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4º edition (DSM-IV).Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSMIV-TR) (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Antona, C.J. (2009). Fobia Social. Evaluación y tratamiento. México: Trillas.
- Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford.
- Bermúdez, M.P., Teva, I., & Buela, G. (2009). Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en los adolescentes. *Psicothema*, 21 (2), 220- 226.
- Blanch, A., Aluja, A., & Biscarri, J. (2002). Síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) y estrategias de afrontamiento: un modelo de relaciones estructurales. *Revista de Psicología del trabajo y las organizaciones*, 18(1), 57-74. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10459.1/30350>
- Botella, C., Perpiñá, C., Baños, R.S., & García- Palacios, A. (2003). Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social en C., Botella, R.M, Baños, y C, Perpiñá, (Eds), Fobia social (65- 85).Barcelona: Paidos.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C., Arias, B., Iruña, M.J., Calderero, M., & Equipo de investigación CISO-A España. (2010). Validación del cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO A-30) en universitarios españoles: similitudes y

diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral Psychology*, 18(1), 5- 34.

Castaño, E.F., & Del Barco., B.L. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Osychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245- 257.

Castellanos, M.T., Guarmizo, C.A., Salamanca, Y. (2011). Relacion entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(2), 50- 57.

Cía, A.H. (2004). *Trastorno de Ansiedad Social*. Buenos Aires: Polemos.

Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A. & Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 183-194. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910207>.

De Minzi, M.C.R. (2006). Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(21), 93- 201. Recuperado de: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=243020649005>

Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.

Espinoza, J.C., Contreras, F.V., & Esguerra, G.A. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiologico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Perspectivas en psicología*, 5(1), 87- 95. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916259008>

Fantin, M.B., Florentino, M.T., & Correché., M.S. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en la adolescencia de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, 6(1), 159- 176. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411609>

- Figuroa, M.I., Contini, N., Lacunza, A.B, Levin, M., & Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66- 72.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991). Adolescent coping in the Australian context. *Australian Educational Researcher*, 18(2), 65- 82. doi: 10.1007/BF03219491
- Frydenberg, E., & Lewis, R.(1993). Boys play sport and girls turn to others: Age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of adolescence*, 16(3), 253- 266. doi: 10.1006/jado.1993.1024
- Fullana, M.A., Servera, M., Tortella- Feliu, M., Weems, C.F., & Caseras, X. (2003). Psychometric properties of the childhood anxiety sensitivity index in a sample of Catalan school children. *Anxiety, Stress and Coping*, 16(1), 99-107. doi: 10.1080/1061580021000009647
- Gantiva, C.A., Luna, A., Dávila, A.M., Salgado, M.J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), 63-72.
- García- Lopez., L.J., Piqueras, J.A., Díaz- Castela, M.M., & Inglés, C.J.(2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: Estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology*, 16(3), 501- 533.
- Gómez, J.A., Luengo, M.A., Romero, E., & Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of clinical and health psychology*, 6(3), 581- 597.
- Gonzalez,R., Montoya,I., Casilla, M.M., Bernabéu, J. (2002). Relacion entre Estilos y Estrategias de Afrontamiento y Bienestar psicológico en adolescentes. *Psithema*, 14(2), 363-368.

- Hernández- Pozo, M.R., Coronado, O., Cerezo, S., & Araújo, V. (2008). Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad escolar y auto- evaluación. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 13-23.
- Inglés, C.J. (2003). Programa PEHIA. Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes. Madrid: Pirámide.
- Inglés, C.J., Piqueras, J.A., García- Fernandez, J.M., García- López, L.J., Delgado, B. & Ruiz- Esteban, C. (2010) Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22(3), 376-381.
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios Pedagógicos*, 27, 111- 118.
- Kaiseler, M., Queiros, C., Passos, F., & Sousa, P. (2014). Stress appraisal, coping, and work engagement among police recruits: an exploratory study. *Psychological reports*, 114(2), 635- 646. doi: 10.2466/01.16PRO.114k21w2.
- Kashdan, T.B., McKnight, P.E., Richey, J.A. & Hofman, S.G. (2009). When social anxiety disorder co-exists with risk-prone, approach behavior: investigating a neglected, meaningful subset of people in the National Comorbidity Survey-Replication. *Behavior Research and Therapy*, 47, 559- 568.
- Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana,
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos cognitivos*. México: ediciones Roca.
- Lillo, J.L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la Adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 57-7. Doi: 10.4321/s0211-57352004000200005
- Mae, C., Iruarrizaga, I., Cano- Vindel, A., & Dongil, E. (2009). Ansiedad y Tabaco. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 213- 231.

- March, M.X., Orte, C., & Ballester, L. (2006). Autoconcepto, estilos de afrontamiento y conducta del alumnado universitario. *Revista de ciencias sociales*, 27, 1- 22.
- Marks, I.M. (1970). The classification of phobic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 116(533), 377- 386. doi: 10.1192/bjp.116.533.377
- Martínez- Monteagudo, M.C., Inglés, C.J, Trianes, M. & García- Fernández, J.M. (2011). Perfiles de ansiedad escolar: Diferencias en el clima y violencia entre iguales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9 (3), 1023- 1042.
- Molina, J., Sandín, B., & Chorot, P. (2014). Sensibilidad a la ansiedad y presión psicológica: Efectos sobre el rendimiento deportivo en adolescentes. *Cuadernos de psicología del deporte*, 14(1) 45- 54.
- Morales, E. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Griot*, 4 (1) 35- 48.
- Olivares, J., Caballo, V., García- López, L., Alcázar, A.I.R. & López- Gallonet, C. (2003). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicología Conductual*, 11, 405- 428.
- Olivares, J., Piqueras, J.A., & Alcázar, A.I.R. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18(2), 207- 212.
- Olthius, J.V., Watt, M-C & Stewart, S.H. (2014). Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 115- 124. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.04.009
- Papalia, D.E., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Desarrollo humano: de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw- Hill Interamericana.
- Pereña, J. & Seisdedos, N. (1997). *ACS Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA
- Piemontesi, S.E., & Heredia, D.E. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de psicología*, 25(1), 102- 111.

- Piemontesi, S.E., Heredia, D.E., Furlan, L.A., Sánchez- Rosas, J. & Martínez, M. (2012). Ansiedad ante los exámenes y estilos de afrontamiento ante el estrés académico en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología* 18 (1), 89- 96.
- Quintana, A., Montgomery, W., & Malaver, C. (2009). Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. *Revista de Investigación en psicología*, 12(1), 153- 171.
- Rausch, L., Rovella, A., Morales de Barbenza, C., & Gonzales, M. (2011). Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(2), 215 -226.
- Robles, R., Espinoza, R., Padilla, A., Alvarez, M & Páez, F. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16 (2), 54- 63.
- Sandin, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A., & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la Sensibilidad a la ansiedad: Evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 19- 33.
- Sandin, B., Valiente, R.M., Chorot, P., & Santed, M.A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 17(3), 478- 483.
- Sandin, B., Valiente, R.M., Chorot, P., & Santed, M.A. (2007)a. ASI-3 Nueva escala para la evaluación de la Sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 91- 104.
- Sandin, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A., & Lostao, L. (2007)b. Sensibilidad a la ansiedad versus rasgo de ansiedad en la predicción del nivel de miedos. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 13(148), 139- 158.
- Schlenker, B.P., & Leary, M.R. (1982). Social Anxiety and self- presentation: A conceptualization and Model. *Psychological Bulletin*, 92(3), 641- 669. doi: 10.1037/0033-2909.92.3.641

- Serrano, M.G. & Flores., M.M. (2005). Estrés, Respuestas de Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15 (2), 221- 230.
- Silva, A.(2008). Ser adolescente hoy. *Fermetum. Revista Venezolana de sociología y antropología*, 12 (52), 312- 332
- Stewart, S.H., Taylor, S., & Barker, J.M. (1997). Gender differences in dimensions of Anxiety Sensitivity. *Journal of anxiety Sensitivity. Journal of anxiety disorders*, 11 (2), 179- 200. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00005-4
- Taylor, S., Zvolensky, M.J., Cox, B.J., Deacon, B., Heimberg, R.G., Ledley, D.R., Abramowitz, J.S., Holaway, R.M., Sandín, B., Stewart, S.H., Coles, M., Eng, W., Daly, E.S., Arrindel, W.A., Bouvard, M. & Jurado, S. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19 (2), 176- 188. doi: 10.1037/1040-3590.19.2.176
- Valdez, E., & Lira, J. (2013). Asociación entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de Tabaco. *Enseñanza e Investigacion en Psicología*, 18(2), 343- 358.
- Vallés., & Vallés, C. (2011). *Ansiedad Social en el estudiante*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Veloso-Besio, C., Caqueo-Arancibia, W., Caqueo-Urizar, A., Muñoz-Sánchez, Z. & Villegas-Abarzúa, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psicología*, 22(1), 23-34.
- Verdugo, J.C., Ponce de León, B.G., Guardado, R.E., Meda, R.M., Uribe, J.I., & Guzmán, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 79- 91.
- Wood, C.M., Iruarrizaga, I., Cano- Vindel,A., & Dogil, E. (2009). Ansiedad y Tabaco. *Psychological Intervention*, 18(3), 213-231.

- Zinbarg, R.E., Barlow., D.H., & Brown, T.A. (1997). Hierarchical Structure and General Factor Saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and Implications. *Psychological Assessment*, 9(3), 277- 284 DOI: 10.1037/1040-3590.9.3.277
- Zubeidat, I., Fernández, A., & Sierra, J.C. (2006). Ansiedad y Fobia Social: Revisión de los autoinformes más utilizados en la Población Adulta e Infanto- Juvenil. *Terapia Psicológica*, 24(1) 71- 86.
- Zvolensky, M.J., Arrindel, W.A., Taylor, S., Bouvard, M., Cox, B.J., Stewart, S.H., Sandin, B., Jurado, S., Eifert, G.H. (2003). Anxiety sensitivity in six countries. *Behavior Research and Therapy*, 41 (7), 841- 859. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00187-0
- Zubeidat, I., Fernández- Parra, A., & Salinas, J.M. (2007). Ansiedad Social Especifica y generalizada: ¿Variantes del mismo trastorno o categorías diferentes con características similares? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 709- 724.
- Zvolensky, M.J., Farris, S.M., Guillot, C.R. & Leventhal, A.M. (2014). Anxiety Sensivity as an amplifier of subjective and behaviorial tobacco abstinence effects. *Drug and Alcohol dependence*, 142(1), 224-230. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.06.023
- Zvolensky, M. J., Baker, K.,Leen-Feldner, E.,Bonn-Miller, M., Feldner, M., Brown, R. (2004). Anxiety Sensitivity: Association with Intensity of Retrospectively-Rated Smoking-Related Withdrawal Symptoms and Motivation to Quit. *Cognitive Behavior Therapy*, 33 (3), 114- 125. doi: 10.1080/16506070310016969

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO- A30) (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias & Equipo de Investigación CISO- 10, 2010)

Edad: Sexo: Carrera:

A continuación se presenta una serie de situaciones sociales que le pueden producir MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO en mayor o menor grado. Coloque una equis (“X”) en el número que mejor lo refleje. En caso de no haber vivido algunas de las situaciones, imagínese cuál sería el grado de MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO que le ocasionaría y coloque la equis (“X”) en el número correspondiente.

GRADO DE MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO

Nada o muy poco: 1

Poco: 2

Medio: 3

Bastante: 4

Mucho o muchísimo: 5

1. Saludar a una persona y no ser correspondido/a	1	2	3	4	5
2. Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido	1	2	3	4	5
3. Hablar en público	1	2	3	4	5
4. Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo	1	2	3	4	5
5. Quejarme a un camarero de que la comida no está a mi gusto	1	2	3	4	5
6. Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5
7. Participar en una reunión con personas de autoridad	1	2	3	4	5
8. Hablar con alguien y que no me preste atención	1	2	3	4	5
9. Decir que no cuando me piden algo que me molesta hacer	1	2	3	4	5
10. Hacer nuevos amigos	1	2	3	4	5
11. Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos	1	2	3	4	5
12. Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión	1	2	3	4	5
13. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer	1	2	3	4	5
14. Expresar mi enfado a una persona que se está metiendo conmigo	1	2	3	4	5
15. Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco	1	2	3	4	5
16. Que me gasten una broma en público	1	2	3	4	5
17. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	1	2	3	4	5
18. Que me pregunte un profesor en clase o un superior en una reunión	1	2	3	4	5
19. Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer	1	2	3	4	5
20. Que una persona que me atrae me pida que salga con ella	1	2	3	4	5
21. Equivocarme delante de la gente	1	2	3	4	5
22. Ir a un acto social donde sólo conozco a una persona	1	2	3	4	5
23. Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta	1	2	3	4	5
24. Que me echen en cara algo que he hecho mal	1	2	3	4	5
25. Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos	1	2	3	4	5
26. Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo	1	2	3	4	5
27. Sacar a bailar a una persona que me atrae	1	2	3	4	5
28. Que me critiquen	1	2	3	4	5
29. Hablar con un superior o una persona con autoridad	1	2	3	4	5
30. Decirle a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	1	2	3	4	5

Anexo 2. Anxiety Sensitivity Index- 3 (ASI-3) (Sandín, Valiente, Chorot & McNally, 1996)

Coloque una equis ("X") en el número que mejor refleje su experiencia con lo que se indica en cada uno de los enunciados. Si algo de lo que se dice no lo ha sentido o experimentado nunca, conteste como usted cree que se sentiría si realmente le hubiera ocurrido.

Responda a todos los enunciados con la siguiente valoración:

Nada o muy poco: 0

Bastante: 3

Poco: 1

Mucho o muchísimo: 4

Medio:2

1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a	0	1	2	3	4
2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación que podría estar volviéndome loco/a	0	1	2	3	4
3. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida	0	1	2	3	4
4. Cuando siento malestar en el estómago, me preocupa estar seriamente enfermo/a	0	1	2	3	4
5. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea	0	1	2	3	4
6. Cuando tiemblo en presencia de otras personas, me da miedo lo que puedan pensar de mí	0	1	2	3	4
7. Cuando siento opresión en el pecho, me asusta no poder respirar bien	0	1	2	3	4
8. Cuando siento dolor en el pecho, me preocupa que vaya a darme un ataque cardíaco	0	1	2	3	4
9. Me preocupa que otras personas noten mi ansiedad	0	1	2	3	4
10. Cuando tengo la sensación de que las cosas no son reales, me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a	0	1	2	3	4
11. Tengo miedo a sonrojarme delante de la gente	0	1	2	3	4
12. Cuando noto que mi corazón da un salto o late de forma irregular, me preocupa que algo grave me esté ocurriendo	0	1	2	3	4
13. Cuando comienzo a sudar en una situación social, me da miedo que la gente piense negativamente de mí	0	1	2	3	4
14. Cuando mis pensamientos parecen acelerarse, me preocupan que pueda volverme loco/a	0	1	2	3	4
15. Cuando siento opresión en la garganta, me preocupa que pueda atragantarme y morir	0	1	2	3	4
16. Cuando me resulta difícil pensar con claridad, me preocupa que me esté ocurriendo algo grave	0	1	2	3	4
17. Pienso que me resultaría horrible si me desmayase en público	0	1	2	3	4
18. Cuando mi mente se queda en blanco, me preocupa que me esté ocurriendo algo terriblemente malo.	0	1	2	3	4

Anexo 3. Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) (Pereña & Seisdedos, 1997)

En este cuestionario encontrará una lista formas diferentes con las que la gente de suele encarar sus problemas o preocupaciones. Debe de indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que suele hacer para enfrentar esas dificultades. Para marcar cada casilla, coloque marcar la letra A,B,C,D o E según crea es su manera de reaccionar o actuar. No hay respuestas incorrectas.

No me ocurre nunca o no lo hago= A
Me ocurre o lo hago raras veces= B

Me ocurre o lo hago algunas veces= C
Me ocurre o lo hago a menudo= D

Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia= E

1. Hablar con los otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.	A	B	C	D	E
2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema.	A	B	C	D	E
3. Seguir con mis tareas como es debido.	A	B	C	D	E
4. Preocuparme por mi futuro.	A	B	C	D	E
5. Reunirme con amigos.	A	B	C	D	E
6. Producir una buena impresión en las personas que me importan.	A	B	C	D	E
7. Esperar que ocurra lo mejor.	A	B	C	D	E
8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada.	A	B	C	D	E
9. Llorar o gritar.	A	B	C	D	E
10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema.	A	B	C	D	E
11. Ignorar el problema.	A	B	C	D	E
12. Criticarme a mí mismo.	A	B	C	D	E
13. Guardar mis sentimientos para mí solo.	A	B	C	D	E
14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas.	A	B	C	D	E
15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan graves.	A	B	C	D	E
16. Pedir un consejo a una persona competente.	A	B	C	D	E
17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, ver la televisión.	A	B	C	D	E
18. Hacer deporte.	A	B	C	D	E
19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente.	A	B	C	D	E
20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.	A	B	C	D	E
21. Asistir a clase con regularidad.	A	B	C	D	E
22. Preocuparme por mi felicidad.	A	B	C	D	E
23. Llamar a un amigo íntimo.	A	B	C	D	E
24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.	A	B	C	D	E
25. Desear que suceda un milagro.	A	B	C	D	E
26. Simplemente, me doy por vencido.	A	B	C	D	E
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos).	A	B	C	D	E
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.	A	B	C	D	E
29. Ignorar conscientemente el problema.	A	B	C	D	E
30. Darme cuenta de que yo misma me hago difíciles las cosas.	A	B	C	D	E
31. Evitar estar con la gente.	A	B	C	D	E
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.	A	B	C	D	E
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.	A	B	C	D	E
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional.	A	B	C	D	E
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.	A	B	C	D	E
36. Mantenerme en forma y con buena salud.	A	B	C	D	E
37. Buscar ánimo con otros.	A	B	C	D	E
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta.	A	B	C	D	E
39. Trabajar intensamente.	A	B	C	D	E
40. Preocuparme por lo que está pasando.	A	B	C	D	E
41. Empezar una relación personal estable.	A	B	C	D	E
42. Tratar de adaptarme a mis amigos.	A	B	C	D	E
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.	A	B	C	D	E
44. Me enfermo.	A	B	C	D	E
45. Trasladar mis frustraciones a otros.	A	B	C	D	E
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.	A	B	C	D	E

47. Borrar el problema de mi mente.	A	B	C	D	E
48. Sentirme culpable.	A	B	C	D	E
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa.	A	B	C	D	E
50. Leer un libro sagrado o de religión.	A	B	C	D	E
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.	A	B	C	D	E
52. Pedir ayuda a un profesional.	A	B	C	D	E
53. Buscar tiempo para actividades de ocio.	A	B	C	D	E
54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio.	A	B	C	D	E
55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.	A	B	C	D	E
56. Pensar en lo que estoy haciendo y porque.	A	B	C	D	E
57. Triunfar en lo que estoy haciendo.	A	B	C	D	E
58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir.	A	B	C	D	E
59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o chica.	A	B	C	D	E
60. Mejorar mi relación personal con los demás.	A	B	C	D	E
61. Soñar despierto que las cosas irán mejor.	A	B	C	D	E
62. No tengo forma de afrontar la situación.	A	B	C	D	E
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo.	A	B	C	D	E
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.	A	B	C	D	E
65. Aislarme del problema para poder evitarlo.	A	B	C	D	E
66. Considerarme culpable.	A	B	C	D	E
67. No dejar que otros sepan cómo me siento.	A	B	C	D	E
68. Pedir a Dios que cuide de mí.	A	B	C	D	E
69. Estar contento de cómo van las cosas.	A	B	C	D	E
70. Hablar del tema con personas competentes.	A	B	C	D	E
71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.	A	B	C	D	E
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.	A	B	C	D	E
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.	A	B	C	D	E
74. Inquietarme por el futuro del mundo.	A	B	C	D	E
75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir.	A	B	C	D	E
76. Hacer lo que quieren mis amigos.	A	B	C	D	E
77. Imaginar que las cosas van a ir mejor.	A	B	C	D	E
78. Sufro dolores de cabeza o estómago.	A	B	C	D	E
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.	A	B	C	D	E

