



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**

---

---

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.**

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25**

**TESINA PROFESIONAL**

**LA ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES  
DESDE EL AUTOCONCEPTO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**VICENTE CORTES DE JESUS**

**ASESOR:**

**LIC. JUAN CARLOS PALACIOS BAUTISTA**



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.

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios*

*Por darme la dicha de poder perseguir mis sueños,  
iluminar mi mente al ponerse el camino oscuro,  
darme la fuerza necesaria cuando mi cuerpo exigía descanso  
y especialmente permitir que mis padres estén conmigo en este momento.*

*A mis Padres*

*Existen mil motivos para agradecer, comencare con lo más importante,  
gracias padre y madre por nunca soltarme desde el día uno en que me trajeron  
al mundo y crear alternativas para que nunca me faltara nada,  
por preocuparse en darme la mejor educación sin importar las limitaciones que podrían  
surgir para ustedes. Les agradezco su apoyo incondicional ante mi decisión de estudiar  
la licenciatura en psicología, valoro la confianza que tuvieron en mí de ir de la mano  
conmigo a lo largo de este viaje que es mi proyecto de vida.*

*A mis Profesores*

*Este día quiero agradecerles a todos los profesores que fueron parte de  
mi formación académica, por instruirme con todos sus conocimientos y prepararme  
no solo en un ámbito escolar sino regalarme herramientas necesarias  
para convertirme en un mejor ser humano.  
Agradezco su calidad como profesores de siempre asegurarse de que cada  
aprendizaje quedara fijado en mí  
y utilizar su persona como ejemplo para enseñarme el significado  
de un psicólogo comprometido, inteligente y con ética profesional.*

## INDICE

Introducción.....	4
Capítulo I. La Ansiedad Social.....	6
1.1 La Ansiedad.....	6
1.2 La Ansiedad Social.....	17
1.3 Consecuencias Conductuales de la Ansiedad Social: Aislamiento...	26
Capítulo II. El Autoconcepto en el adolescente.....	29
2.1 La Adolescencia.....	29
2.2 El Autoconcepto.....	41
2.3 Beneficios Correlativos del Autoconcepto.....	46
Capítulo III. Modelo y Área de la psicología .....	49
3.1 Modelo Psicológico: Cognitivo Conductual.....	49
3.2 Terapias y Técnicas del Modelo Cognitivo Conductual.....	60
3.3 Área de la Psicología: Social .....	65
Conclusión.....	69
Referencias .....	71

## INTRODUCCIÓN

El contexto actual y los diferentes eventos que se han presentado en los últimos años en el país y en el mundo, han desencadenado una serie de pensamientos comportamientos en el ser humano que trae consigo la desadaptación social. Se ha notado que las causas son variadas, sin embargo, aspectos como la depresión, la angustia, la ansiedad social, tema central de esta investigación, se hacen presentes en lo niños y adolescentes, que trae consigo una carencia en la formación de un autoconcepto.

Esta investigación de tipo documental tiene por objetivo hacer recolección teórica de información que permita tener un panorama amplio de las conductas que presenta el adolescente en la sociedad.

La importancia que tienen las dos variables con las que se trabajará permitirá tener una concepción teórica sobre la ansiedad en los adolescentes y como es probable que el autoconcepto pudiera ser un pilar fundamental en su desarrollo personal.

Ahora bien, para una mejor lectura y comprensión de este trabajo se ha dividido en tres capítulos, que a continuación se detallan.

En el Primer Capítulo denominado ansiedad social, se hará un recorrido por las diferentes concepciones teóricas de la ansiedad, posteriormente de analizará a la ansiedad social, que será un tema de estudio que afecta actualmente al adolescente.

En el Segundo Capítulo llamado Autoconcepto, se iniciará con la descripción y estudio del adolescente en sus tres áreas de desarrollo (física, cognitiva y psicosocial);

además de presenta el fundamento teórico de la importancia del autoconcepto; así como los beneficios del mismo como es autoestima, autovaloración y autoeficacia.

En el Tercer capítulo, al que se le asigna el nombre de Modelo y área de la psicología se presenta en primer momento todo el recorrido teórico del modelo cognitivo conductual, se muestran a los principales representantes y las técnicas que propone este modelo; en segundo momento se hace mención del área elegida para esta investigación que es la Psicología Social.

# CAPITULO I

## LA ANSIEDAD SOCIAL

### 1.1 La ansiedad

En los últimos años, una de las preocupaciones de la sociedad y que ha tenido gran interés son los problemas que las presentan con relación al tema de la ansiedad. En los años setenta se hablaba de conductas distintivas en niños, como lo era la fobia escolar y la ansiedad por separación, que en la actualidad son identificados como trastornos de la infancia. Pues es de suma importancia identificar la ansiedad a una temprana edad, que permita una intervención o prevención adecuada a tiempo; en el caso de los adultos permite disminuir la severidad de una condición específica, que se torna como un estilo de vida disfuncional para la persona.

La ansiedad, en su primera concepción, “proviene del latín *anxietas* que significa agitación, por lo que se refiere a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo” (Sierra, 2003, p. 14)

La ansiedad, en una segunda concepción, desde una perspectiva teórica clínica de El Sahili, (2012, p. 57), se define como una sobre activación del sistema nervioso. Su origen etimológico es del latín *anietas* que significa aflicción.

En algunos casos, la ansiedad se asocia con anormalidades presentadas en las relaciones con las figuras de los padres; por ejemplo los niños que tienen un gran apego, presentan una mayor dependencia y tienen mayor posibilidad de presentar ansiedad ante la ausencia de los mismos.

Es muy importante que para el estudio de la ansiedad se deban tener conocimientos básicos de psicofisiología y farmacología que le permitan entender, supervisar y complementar los tramites de una manera integral (Sánchez, 2008, p. 199).

La Ansiedad en México ha ido en aumento, pues los resultados que arrojan los registros en abastos de recetas de ansiolíticos y sedantes que son prescritos cada año, y que son parten de los programas de vida saludable en el país.

Los programas de psicología promueven mejores hábitos que disminuyan los niveles de ansiedad que puedan presentarse debido a los contextos sociales y a las cargas emocionales como el estrés, el tráfico, el trabajo, el desgaste emocional, o ambientes competitivos sociales, entre otros, pues se entiende que las modificaciones de conductas y hábitos previenen las dependencias a los ansiolíticos, y otras sustancias médicas (Sánchez, 2008, p. 256).

La Ansiedad, en una tercera concepción, es entendida como una “emoción que se ha experimentado en algún momento de nuestras vidas, y es aquella reacción automática que se presenta cuando el ser humano se ve en una situación desconocida, nueva o que por algún motivo esta le resulte amenazante o con la posibilidad de provocarle una afectación”(Lee y Irwin, 2020, p. 101).

La ansiedad puede presentarse en diversas situaciones, un ejemplo seria aquella sensación de sudoración en las manos justo minutos antes de conocer quién es el ganador de un concurso de conocimiento en el que participaste.

Cuando una persona presenta ansiedad muestra una tendencia específica a evitar la confrontación con lo que le está generando dicha ansiedad, o con cualquier cosa que

amenace su zona de confort. Es pues, la ansiedad una alteración que somatiza y produce síntomas de agitación como palpitaciones, palmas sudorosas y dificultades para respirar.

La representación de malestar que presenta la ansiedad son condiciones dirigidas por la emoción, también es considerado como el resultado conductual que aleja a la persona de su estilo vida (Lee y Irwin, 2020, p. 101).

Eva marcela Cárdenas et al (2010, p.1) afirman que otra situación común en donde se puede observar a la ansiedad es en el momento que se provoca una taquicardia o hiperventilación. La ansiedad es la emoción que prepara y mantiene en alerta para poder escapar de una situación amenazadora además de que permite adaptarse a las circunstancias y que a pesar de la dificultad genera alternativas para resolver el problema de manera óptima, por lo tanto si la ansiedad permite prevenir de problemas y resolver situaciones se podría considerar esto como un factor positivo para el ser humano, ya que sin esta emoción muchas de las cosas que podrían poner en una situación de riesgo pasarían desapercibidas junto con la posibilidad de afectación.

A pesar de que la ansiedad brinda un sistema de alerta también puede generar algunas desventajas “sin embargo, como toda función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudarnos puede verse afectado, resultando esto en una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana” (Cárdenas et al, 2012, p.11).

Un ejemplo de esto sería, una persona que estuvo a punto de sufrir un asalto por ende su organismo se prepara para salir a salvo de esa situación y entra en un estado de alerta, lo normal sería que una vez terminado este acontecimiento su cuerpo y mente regresen a un estado de homeostasis, pero no suele ser así ya que ahora esta persona comienza a enlazar todos los elementos contextuales de aquel evento y detona en él o

ella el sentimiento de ansiedad, si el acontecimiento sucedió en la calle ahora esta persona cada que sale a la calle y alguien camina detrás de él, su organismo lo somete a un estado de alerta sin una situación que realmente sea amenazadora o que se requiera resolver algún evento de riesgo y en ese momento es cuando podemos darnos cuenta que la ansiedad comienza a ser patológica.

Muchas veces suele confundirse la Ansiedad con el Estrés, pero existe algo que los hace diferentes, de acuerdo al libro Manual de la Psicopatología vol. II, dice que el miedo es una emoción que va relacionado a algún acontecimiento que es posible ver en nuestro entorno, y la ansiedad puede surgir inclusive si no existe un elemento tangible que pueda llegar a provocarlo (Belloch et al, 2009, p.45).

Un ejemplo es cuando una persona podría ir tranquilamente caminando por la calle y de repente observa como un enorme perro se suelta de su dueño y comienza de forma desesperada a ladrar y correr con dirección a él, en ese momento el sentimiento que se generara en la persona será de miedo porque es tangible la variante que lo provoca, que en este caso sería el perro, pues se siente avergonzada por las reacciones que presente. Por otra parte, este mismo sujeto va caminando días después por la misma calle en donde fue atacado por él perro, pero esta ocasión no hay ningún elemento que pueda hacerle un daño o que resulte amenazante y a pesar de eso presenta malestar físico y mental, entonces estamos hablando de ansiedad.

La ansiedad está compuesta por 3 elementos según lo comenta Belloch y colaboradores (2009, p. 46) y nombran al primer componente subjetivo-cognitivo, se dice que es el componente con mayor valor para que la ansiedad pueda tener un valor clínico, se basa en aquel malestar que se produce de manera subjetiva, algo muy parecido a la sensación de miedo, dentro de este componente podemos situar, preocupación excesiva, inquietud, alarma, pánico o pensamientos intrusivos.

El segundo componente según Belloch et al (2009, p.46) es el físico-somático, que dentro de este componente vamos a encontrar todo lo observable y será dividido en 2 partes, la primera es nivel externo, que acá se observara, temblor, sudoración, dilatación de la pupila, incremento de la tensión muscular, palidez facial entre algunos otros. El segundo nivel es el interno donde se manifestará incremento del ritmo cardiaco, palpitaciones, vómitos, decremento de la salivación entre algunos otros.

El tercer componente es nombrado Motor-conductual esto engloba a la conducta observable que hace una persona cuando se prepara para escapar de una situación de riesgo, puede notarse en las expresiones faciales, algunos movimientos o las posturas del cuerpo que pueden ser en forma de ataque o defensa según sea el caso al que se vea expuesto.

Hablar de ansiedad aparentemente es un tema sencillo si fuera igual en todas las personas, pero sería como decir que todos los caramelos saben igual, cuando en realidad existen caramelos de diversos sabores y cada uno tiene un sabor único, con la ansiedad pasa algo similar, existe un espectro de eventos que pueden llegar a ser el detonante de un sentimiento de ansiedad y cada persona lo experimenta de manera diferente.

La Ansiedad es recurrente y persistente, y se habla de un trastorno de Ansiedad que Cárdenas et al (2012, p.1) lo definen como una “enfermedad que puede ser identificada por su principal síntoma que es la Ansiedad con fuerte intensidad, desproporcionada y persistente”, esto quiere decir que sus síntomas son notables por un largo periodo, hasta que llevan a la persona que la padece a altos niveles de disfuncionalidad en tareas específicas y posteriormente en actividades que realiza de manera cotidiana.

Una persona que padece un Trastorno de Ansiedad sin ser tratada tiene tendencias a terminar siendo disfuncional, por ejemplo, un profesor de secundaria que sufrió un

evento altamente vergonzoso frente a todo el grupo y que se vio en una situación vulnerable por parte de los alumnos que lo sometieron a vergüenza y burla, comenzara a tener incomodidad de estar frente a ese grupo de alumnos, y tratara de evitar a toda costa alguna otra situación que le resulte amenazadora, tratando de alejarse en primera estancia del grupo que lo sometieron ante la vergüenza, posteriormente de la escuela y en el peor de los casos tratando de alejarse de todas las escuelas porque ahora existe en la ansiedad constante de que pueda repetirse un acontecimiento desagradable para él.

Según el DSM-5 Los Trastorno de Ansiedad primario son aquellos que causan o se relacionan en primera instancia, y son: son el Trastorno de Pánico, la Agorafobia, la Fobia Específica, el Trastorno de Ansiedad Social, el Mutismo selectivo, el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, por afección médica, por sustancias (Morrison, 2014, p. 171)

Los Trastornos de Ansiedad se dividen en dos tipos, Fobia Específica y Fobia Social, aunque esta ocasión se ha énfasis en la social que son *temores muy intensos, relativos a una o más situaciones sociales específicas (como hablar en público, orinar en aseos públicos, o comer o escribir en público), en las que la persona teme quedar expuesta al escrutinio y la eventual evaluación negativa por parte de los demás, y actuar de manera humillante y embarazosa* (Butcher et al, 2007, pp. 179-180).

La severidad de la ansiedad se puede categorizar en diferentes grados como lo es leve, moderado y severo (Heinze y Camacho, 2010, p. 22):

- Trastorno leve: la sintomatología ansiosa, solo genera un pequeña alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales.

- Trastorno moderado: los síntomas generan una alteración en la funcionalidad o en las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales.
- Trastorno severo: la sintomatología genera una gran alteración en la funcionalidad; manifiesta una ideación suicida u homicida; y presenta síntomas psicóticos.

La Descripción de la ansiedad se puede entender de diferentes maneras:

La Fobia simple: sin un tiempo mínimo. La fobia simple es el temor y presenta síntomas que se desencadenan por la presencia o anticipación de un estímulo fóbico. Mientras la fobia social es el temor y se desencadena por la exposición al escrutinio social con preocupación de que el desempeño pueda ser causa de humillación o burla.

En la actualidad no se sabe con exactitud cuál es el origen de las fobias y de acuerdo a Cárdenas et al (2010, ), dice que las teorías más aceptadas son las que contemplan la interacción entre factores, genéticos, biológicos y psicosociales.

- El factor biológico considera que hay personas que tiene una mayor resistencia al estrés y algunas otras personas lo procesan de manera diferente, es decir, para una persona lanzarse en paracaídas le puede resultar demasiado divertido y disfrutable, pero para algunos otros esta actividad llevaría sus niveles de estrés a lo alto, provocando una alteración del sistema.
- El factor genético, habla acerca de la inhibición conductual que se ha encontrado un patrón de personas principalmente en niños y adolescentes que presentan inhibición social tienen mayor predisposición a desarrollar fobia social, considerando imágenes cerebrales se ha detectado que existe mayor actividad en la amígdala cerebral y esta es la estructura que genera respuesta ante el miedo,

dentro de los factores genéticos se consideran algunos elementos bioquímicos que se ven descompensados como el neurotransmisor serotoninérgico, dopaminérgico y gabaérgico.

- El tercer lugar está el factor psicosocial, aquí pueden encontrarse diversas situaciones que van desde padres sobreprotectores que comúnmente procuran en todo momento estar acompañando al niño en sus actividades así sean sencillas, lo cual provoca que en el momento en que el niño o adolescente deba realizarlas solo frente a la sociedad le resulte algo completamente nuevo o complicado y termine por provocarle miedo irracional (Heinze y Camacho, 2010, p. 19).

Otra situación del factor psicosocial es en base a un acontecimiento observable donde al niño le toca ser espectador, pero sin embargo logra sentir ansiedad y una situación más y la más importante es el aprendizaje adquirido en base a experiencias propias, esto quiere decir que si el niño o adolescente se ve expuesto a una situación vergonzosa que sea significativa para él puede ser ese el origen de una fobia social, como por ejemplo, un adolescente que cursa el primer grado de secundaria, le corresponde al narrar una efeméride de una fecha importante frente a todos los alumnos de su escuela, por algún motivo este adolescente olvida por completo lo que tenía que decir y de fondo solo se escucha bullicio y risas de burla hacia él, esto puede ser una experiencia que para el adolescente le resulte extremadamente vergonzosa y que resulte en una fobia social, dando como consecuencia que nunca más quiera presentarse frente a una audiencia tan grande por el temor a ser juzgado.

En toda condición psicológica siempre habrá una línea muy delgada entre lo que determine saludable o patológico, y la ansiedad para que pueda ser considerado como patológico debe cumplir con algunos criterios clínicos y de la misma manera, la fobia social para que considerada un trastorno debe cumplir con una serie de criterios que son los siguientes de acuerdo al Manual Diagnóstico de las enfermedades mentales versión quinta, es decir el DSM-5 (Morrison, 2014, p. 180):

- Miedo o ansiedad intensa a situaciones en donde el sujeto pueda ser observado y expuesto a examen por parte de las personas que le rodean, algún ejemplo de esto podría ser exponer en un salón de clases, comer, caminar en medio de los pasillos escolares entre algunas otras situaciones.
- El sujeto tiene miedo a que personas alrededor de él se den cuenta de los síntomas de ansiedad que el presenta y que en base a eso pueda sufrir algún tipo de humillación (por ejemplo, si una persona está a punto de leer en público y comienza a sudar, le provocara miedo que el profesor o sus compañeros haga evidente este síntoma frente a la clase y que esto lo convierta en víctima de burla).
- Las situaciones sociales suelen provocar miedo.
- Se busca evitar a toda costa una situación social, este punto puede verse, cuando un niño de precolar no tolera hablar frente a sus compañeros y al momento de que le hacen la invitación de pasar al frente del salón trata de evitarlo con alguna excusa como que puede ser sentirse enfermo, llanto o incluso escapar del lugar.
- El miedo es irracional es comparación a la situación amenazante que lo está provocando, por ejemplo, una persona que le corresponde dar la bienvenida a los nuevos empleados de la empresa, seria irracional que esto provocara que ella le fuera imposible hablar.
- La persona siente la sensación de miedo, evitación persistente por seis meses o más.

La ansiedad también se puede relacionar con el trastorno de pánico pues éste tiene una característica de mínimo de tiempo de un mes. Presenta ataques de pánico inesperado y recurrente. Detona una ansiedad anticipatoria, preocupación constante y un cambio significativo en la conducta habitual (Heinze y Camacho, 2010, p. 19).

Los ataques de pánico pueden surgir de diferentes factores que le generen una alteración extrema a la persona, que puede presentar los siguientes síntomas: taquicardias, enrojecimiento, hiperventilación y respiración entrecortada, mareos, entre otros.

En este apartado se pueden encontrar dos perspectivas diferentes del trastorno: por una parte está el enfoque biopsicosocial y por otro el modelo cognoscitivo, que a continuación se presentan (El Sahili, 2012, p. 59):

- Para el enfoque biopsicosocial, propuesto por Barlow, es una reacción descontrolada de miedo que desencadena el cerebro cuando está bajo estrés. haciendo hincapié que éste proviene de diversas eventualidades, frustraciones, enfermedades, pérdidas emocionales, que estimulan el sistema nervioso. Para esta perspectiva la familia juega un papel importante por la carga hereditaria biológica y la forma de como se ha acostumbrado a sus miembros a reaccionar.
- Para la teoría cognoscitivista, propuesta por Ellis y Dryden, donde piensan que las ideas catastróficas generan respuestas fisiológicas descontroladas que a su vez influyen en las cogniciones produciéndose un círculo vicioso.

### **Trastorno de Ansiedad generalizada.**

El trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persiste por lo menos 6 meses. Este trastorno presenta síntomas con efectos fisiológicos (Sánchez, 2008, p. 256)

Los principales síntomas que presenta giran alrededor de una preocupación exagerada, que produce tensión e irritabilidad y resulta muy difícil de tolerar para la persona que lo padece. La mayoría de los casos, las personas, pueden tener problemas para concentrarse, conciliar el sueño, estar tranquilos a lo largo del día; y en ocasiones las manifestaciones son físicas como dolor de cabeza, mareos, palpitaciones, tensión muscular, temblores, dolores abdominales y sudoración excesiva.

La Etiología de este trastorno está en la mezcla de factores hereditarios y medioambientales, tiende a asociarse a otros trastornos específicos. El tratamiento indicado es una combinación de psicoterapia con benzodiacepinas y antidepresivos (El Sahili, 2012, p. 58).

El tema de la ansiedad incluye una serie de propuestas de intervenciones y actividades que pueden ser llevadas por el personal de salud mental, pues permite tener un mayor conocimiento de las características de la misma. Pues en la actualidad se ha vuelto un padecimiento con una alta prevalencia en el mundo, afectando desde niño hasta adultos mayores. Es común, cada día, que los pacientes ansiosos tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios de medicina general. Las repercusiones individuales, familiares y sociales generan una disminución en la capacidad económica de la población. La ansiedad es una alteración mental muy frecuente que se atiende en el primer nivel de atención por parte del área de salud.

En las propuestas de atención psicológicas es importante resaltar que determinan etapas de trabajo. En la primera etapa que se denomina: Detección. Esta consiste en detectar los síntomas, y se pueden basar en algunas preguntas como: a lo largo de su vida o en el último mes se ha llegado a sentir, intranquilo, temeroso, nervioso o preocupado. Ha llegado a sentirse con una crisis de miedo o angustia, y que sentía que su corazón se aceleró y quizás pensó que le podía dar un paro cardíaco. Existe alguna situación o cosa que le genere mucho temor. O incluso preguntarle si ha llegado a ser

víctima de una situación traumática. Si la persona contesta afirmativamente a cualquiera de estas preguntas amerita entonces una evaluación más detallada (Heinze y Camacho, 2010 p. 14)

Los individuos en alto riesgo son aquellos que presentan: insomnio o fatigas crónicas; antecedentes heredofamiliares de ansiedad o algún trastorno psiquiátrico, una tendencia a la inhibición conductual como lo es la timidez o evitación a situaciones novedosas.; algunos antecedentes de haber padecido de niño o adolescente un nivel de intranquilidad y preocupaciones constantes; otro puede ser los antecedentes de vivir o haber vivido bajo estresores laborales, sociales, económicos, entre otros. (Heinze y Camacho, 2010 p. 15)

## **1.2 La Ansiedad Social.**

Hoy en día se puede observar que algunas personas son muy tímidas o inhibidas, y se piensa que es normal, sin embargo, puede ser un rasgo de ansiedad social, que requiere de intervenciones formales, ya sea con tratamiento médico o con tratamiento psicológico.

Según el DSM -5, la ansiedad social se da cuando la personas se expone a situaciones de incomodidad ante otras personas como si fuera evaluado, como en un tipo de examen, en donde es observado, ya sea en sus conversaciones o en la manera en la que actúa con otras personas, pues teme que sus actos de valoren negativamente, que pueda ser humillado, avergonzado o rechazado. Es importante mencionar que las situaciones sociales en la mayoría de los casos provocan miedo o ansiedad.

Las personas que presentan ansiedad social evitan con miedo situaciones de ansiedad intensa, pues en algunas ocasiones las amenazas que sienten pueden ser planteadas por situaciones sociales o incluso por el contexto sociocultural en el que están. Es por ello que la evitación va a persistir (APA, 2014, p. 132)

“La Ansiedad Social es un miedo persistente e irracional a interacciones sociales que genera un deseo de evitar estas situaciones” (Lindo, 2005, p.229).

En el Trastorno de Ansiedad se creía que solo provocaba una mínima alteración en el desempeño de actividades; sin embargo la ansiedad social puede ser incapacitante, y puede afectar al funcionamiento laboral, académico y social, debido a los temores que se presentan. Pues en ocasiones las personas con esta característica de la ansiedad social, dice tener menos amigos y menos parejas; algunas veces la probabilidad de contraer matrimonio es mínimo. Los síntomas de la ansiedad social se asocian también con un bajo nivel de satisfacción con la vida.

El Trastorno de Ansiedad Social suele iniciar en la niñez temprana o en la adolescencia. Y pasa desapercibido, a menos que se presente otra situación, es cuando se trabaja. Algunos de los trastornos más comunes que se presentan aunado a este, son la agorafobia, depresión mayor y consumo de alcohol.

Los individuos con ansiedad son un grupo heterogéneo que presentan una gama de temores sociales, incluyendo la interacción social, como por ejemplo salir con una pareja, unirse a una conversación, ser asertivo, etc.). Miedo al desempeño como por ejemplo hablar en público, tocar frente a otros un instrumento musical; y presentan un miedo a la observación, como es el caso de trabajar frente a otros, caminar por la calle, etc. es decir son individuos para quienes el temor se restringe al hablar o desempeñarse en público. (Barlow, 2018, pp. 2012- 214)

El trastorno de ansiedad social es un desorden mental que causa dificultades considerables en situaciones sociales diarias, que deteriora la vida de las personas (Lindo, 2005, p.229).

La ansiedad o la evitación puede causar ciertas incomodidades o malestares psicológicos que poco a poco van deteriorando a la personas en su ámbito social, familiar y escolar, de modo que no les permite tener un desarrollo o funcionamiento regular. Es por ello que se debe identificar su temor hacia el hablar o el actuar en público (APA, 2014 p. 133)

Una de las características se encuentra en el proceso simple de interactuar o establecer relaciones con otros provoca terror y suele ser evitado por las personas. Los efectos que puede presentar en las diferentes esferas (familiar, escolar, social) puede ser devastadora, pues además genera una sensación de frustración en cada una de ellas (Barlow, 2018, p. 211)

La Ansiedad Social se caracteriza por un miedo intenso a hacer el ridículo, a ser humillado o avergonzado por las demás personas en situaciones sociales (Zubeidat et al, 2007, p.3)

Las personas con Ansiedad Social perciben que la audiencia es crítica y que se plantean estándares que tal vez no puedan alcanzar, pues cuando están frente a una audiencia, los individuos construyen una representación mental de como los ven los demás (Barlow, 2018, p. 219).

Esta representación mental de sí mismo incluye, en muchas ocasiones imágenes negativas y distorsionadas en las que la persona misma es vista desde la perspectiva

del observador. Pues esas imágenes están relacionadas con recuerdos tempranos e sucesos sociales adversos, situaciones que se vuelven creencias; y a su vez éstas tienen un impacto negativo en sus conductas actuales como pueden ser las sensaciones somáticas de sudoración o como cuando hay muestras faciales.

Las creencias que se pueden presentar cuando son inaceptables para otras personas o de que su evaluación es en extremo importante tiende a ser motivadora para los individuos que presentan esta conducta de ansiedad social, y suelen mostrarse hipervigilantes ante el menor indicio de desaprobación en otros, como puede ser fruncir el ceño, bostezos, etc.; y también se presenta hacia aspectos de su propia conducta o apariencia que pueden provocar la evaluación negativa de los demás, como por ejemplo hacer un comentario fuera del lugar, no llevar ropa apropiada, y presentar un acción de temblor muy visible.

La división de los recursos atencionales entre las amenazas sociales externas, la representación mental de cómo ven a la persona los demás y las exigencias de la tarea social actual que regularmente pueden dar incomodidad y provocar retroalimentación social negativa (Barlow, 2018, p. 219).

La ansiedad social constituye un trastorno complejo que incluye diferentes componentes y dimensiones en su propia vida, pues se vuelven situaciones estresantes, de temor, miedo ante situaciones sociales incómodas de temor por ser objeto de evaluación negativa, esto hace que la persona evite cada día más situaciones sociales.

La evitación de situaciones de interacción social genera una repercusión negativa en la vida diaria de las personas que afecta distintos aspectos de su vida como es el cognitivo, somático y comportamental (Zubeidat, 2006, p. 72)

Las personas con Ansiedad Social operan en un paradigma de tareas múltiples, lo que incrementa que la posibilidad de desempeño social se vea afectado. Lo que hace que las tareas sociales complejas tengan mayor probabilidad de generar un mal desempeño debido a los limitados recursos del procedimiento.

Las personas con ansiedad social también intentan predecir los estándares que la audiencia tiene para ellos en cada situación. Las personas con ansiedad social intentan juzgar el grado en que su representación mental de su apariencia y su conducta coinciden con los estándares de la sociedad; pues regularmente tienen predicciones negativas que dan lugar a presentar síntomas conductuales, cognitivos, fisiológico y psicosociales que a la larga repercuten en la representación mental negativa mental de cómo ven los demás al sí mismo (Barlow, 2018, p. 220).

Existen tres tipos de procedimientos para evaluar la ansiedad social. En primer lugar se encuentran las medidas indirectas o provenientes de los informes emitidos. En segundo lugar están las medidas resultantes de la observación del comportamiento de los pacientes en situaciones reales o simuladas; y en tercer lugar las que emplean instrumentación física y química.

Algunos sistemas de medida que son útiles son la entrevista, autoinforme, test de observación conductual y registros fisiológicos. La evaluación completa de la ansiedad social cuenta con los tres sistemas de respuesta que son las cogniciones, los comportamientos manifiestos y las respuestas fisiológicas. La función de las técnicas de evaluación es detectar los criterios diagnósticos de las personas, para ver si efectivamente tienen ansiedad social o no (Zubeidat, 2006, p.72)

Hoy en día existen estrategias para el trastorno de ansiedad social, entre los que se encuentra el entrenamiento de habilidades sociales, la terapia cognitiva, el

entrenamiento de relajación, la exposición, la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia de apoyo con orientación dinámica, terapias farmacológicas, etc.; es decir una intervención psicosocial (Barlow, 2018, p. 216).

Una de las aportaciones que se ha presentado es la actualización del trabajo de la ansiedad social relacionado con el modelo Cognitivo Conductual que se basa en describir como procesan la información los individuos con el trastorno de ansiedad social cuando se enfrentan a una situación en que pueden recibir una evaluación negativa. El proceso inicia cuando los individuos con esta condición tienen que estar en escena en presencia de otros, ya sea para presentar un discurso, una interacción social o cualquier situación en la que necesariamente debe ser observado.

Algunas de las intervenciones que se pueden usar para la atención de la Ansiedad Social pueden ser:

En primer lugar están los fármacos como la benzodiazepina que es un medicamento que relaja al paciente facilitando su relajación a corto plazo; sin embargo, la relajación que se produce puede generar una dependencia hacia el medicamento pues presenta un estado seductor al cual se podría depender psicológicamente hablando (Lee e Irwin, 2020, p. 102)

En segundo lugar están los tratamientos de exposición que han sido diseñados para reducir la ansiedad social se establecen la confrontación de los pacientes con las situaciones temida, ya sea mediante la imaginación o mediante la confrontación con situaciones en vivo (Ruiz et al, 2012, p. 218).

Uno de los aspectos importantes de la exposición es la oportunidad de poner a prueba las creencias disfuncionales y generar diversas formas más realistas de entenderse y entender a los demás. La exposición permite a las personas experimentar disminución de la ansiedad de una manera más natural; también permite practicar las habilidades conductuales que había dejado atrás, y realizar conductas que sean congruentes con sus metas personales, como por ejemplo platicar con gente nueva, entre otros (Barlow, 2018, pp. 223).

El Tratamiento de Exposición, acompañadas con muestras de aliento y apoyo emocional por parte del psicólogo, ayudará a la disposición en el trabajo con la ansiedad, pues las exposiciones exitosas brindan confianza y motivación para probar nuevas conductas en el mundo real, por ejemplo, una persona a la que le aterrorizan las disertaciones formales en público podrá participar de una exposición inicial que incluya leer en voz alta el artículo de una revista mientras está sentado, en otra sesión se trabajara con la misma disertaciones pero ahora tendrá la variable de pedirle que lo haga de pie y en voz alta, y luego hacerle preguntas, como si fuera la audiencia

Las exposiciones durante el trabajo de sesiones le dan al psicólogo la oportunidad de enseñar a los individuos los principios de la exposición funcional, como por ejemplo, como permanecer en una situación social temida durante un periodo de tiempo prolongado sin evitarlo, incluso si la ansiedad aumentara.

Durante las exposiciones el psicólogo puede identificar cualquier conducta sutil de la evitación o conductas de seguridad empleada para manejar la ansiedad. por ejemplo: si una persona que teme que otras personas lo rechacen si llegan a conocerlo personalmente puede bombardear a su interlocutor con preguntas y no revelar información personal. Otro ejemplo sería si una persona teme la reacción de otros a su forma de hablar podría no levantar la mirada de sus notas de modo que no pueda ver el

rostro aburrido o crítico, y con ello evitar la aprobación o desaprobación. Las conductas de seguridad son en esencia, intentos de evitar resultados que temidos.

Las exposiciones permiten señalar conductas y establecer metas para las siguientes exposiciones que impliquen la confrontación plena de la situación temida. También permite aplicar habilidades y generar tareas que incluyan la confrontación de situaciones específicas (Barlow, 2018, pp. 223).

Los ejercicios de exposición pueden ser realizados en el ámbito controlado de la consulta, mediante la exposición simulada o bien plantearse con situaciones sociales reales que deben afrontarse en cada sesión. Regularmente las exposiciones en vivo están precedidas de un proceso de jerarquía de las situaciones ansiógenas que producen niveles de malestar (Ruiz et al, 2012, p. 218)

El tratamiento psicológico ayuda a las personas a asumir el mérito por los éxitos y afrontar las decepciones vividas. El uso de habilidades cognitivas disminuye la rumiación del acto que provoca la ansiedad. Pues a medida que las evaluaciones cognitivas de las personas sobre el peligro inherente a las situaciones sociales se vuelven más realistas, también suelen disminuir sus síntomas fisiológicos de ansiedad.

La reestructuración cognitiva fomenta en la persona aprender a tratar los pensamientos y creencias que les provocan ansiedad; y explorar la forma más útil de ver las situaciones que se presentan. Pues a medida de que las personas perciban menos amenazas en las situaciones sociales suelen mostrarse más dispuestos a confrontarlas. También aborda las cogniciones disfuncionales que regularmente libera recursos atencionales que pueden emplearse para concentrarse en la tarea social inmediata y mejora su desempeño.

El trabajo de las sesiones de la reestructuración cognitiva supone un reto para el paciente que le permite el afrontamiento cognitivo, mientras que el terapeuta se encarga de recoger los pensamientos automáticos que suscita la situación de exposición de uno o dos pensamientos que el paciente debe reestructurar (Ruiz et al, 2012, pp. 219 -220)

La terapia grupal tiene una estructura bien establecida, con sesiones determinadas. Con una duración de dos horas y media regularmente, una vez por semana, con duración de entre 6 y 12 meses. Los grupos es conveniente que este conformado de entre seis y ocho pacientes y dos terapeutas (terapeuta y co-terapeuta), pues esta es una terapia de tercera generación (Ruiz et al, 2012, p. 538)

Esta modalidad de abordaje proporciona oportunidades para el aprendizaje vicario, pues permite el apoyo de otras personas que sufren problemas similares; además hace posible tener acceso a múltiples compañeros para el juego de roles. Otro de los aspectos importantes es que favorece la exposición informal que resulta de la participación en el grupo y el contacto con otras personas que ofrecen evidencia para contrarrestar el pensamiento distorsionado (Barlow, 2018, p. 224).

- La terapia individual regularmente puede ser de una hora y una vez por semana. Aquí se trabaja con la motivación, se promueve la generalización de habilidades a las situaciones concretas de la vida del paciente. Además incluye elementos importantes como la supervisión, el apoyo del terapeuta y los roles que juega cada uno de ellos. También se establece una jerarquía de metas que se trabajan partiendo de la información ofrecida en el análisis funcional y de la estrategia general de solución de problemas (Ruiz et al, 2012, p. 539)

La terapia individual es una de las estrategias que mayor resultado tiene, regularmente se basa en 16 sesiones, una por semana, de una hora cada sesión (Barlow, 2018, pp. 228-230).

Con lo antes expuesto se puede observar que hay diversas formas de atender la Ansiedad Social, pero dependerá de los contextos sociales y situaciones específicas que se presenten.

### **1.3 Consecuencias conductuales de la Ansiedad Social: Aislamiento.**

En la actualidad, una de las principales consecuencias conductuales que se presentan, derivadas del tema que se ha venido hablando en esta investigación es el aislamiento. Y para ello es necesario que se entienda como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por uno mismo o por otros.

Algunos factores que se manifiestan con esta conducta son la falta de personas significativas de soporte (como son los padres, hermano, amigos o grupos, entre otros) pero que tengan un gran valor significativo para la persona. Otros factores pueden ser la falta de recursos personales inadecuados, diferencias culturales de pensamiento, entre otros.

En ocasiones la situación económica muy desfavorecida; alteraciones del aspecto físico o del estado mental, algunas deficiencias sensoriales; conductas socialmente no aceptadas. Y en el caso de investigación un factor primordial es la fobia social, y desde luego la incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias (Baro, s/f, p.2)

Las personas que presentan un aislamiento se caracterizan por (Baro, s/f, p. 3):

- la falta objetiva de personas significativas de soporte,
- una proyección de hostilidad en su voz, dentro de su entorno familiar primeramente.
- Se presenta un retraimiento y una gran falta de contacto ocular.
- Una muy importante que es producto de la fobia social son las dificultades físicas y mentales que afectan el bienestar integral del individuo y sus relaciones con otros.
- Continuamente se da una soledad continua y rechazo por otros.
- Presentan conductas inadaptativas con su entorno

El tema del aislamiento social se ha vuelto un aspecto de los estilos de vida de los contextos actuales, pues adolescentes y jóvenes, presentan cada vez más conductas de aislamiento y sentimientos de soledad y conductas de retraimiento. Este es un problema psicosocial que requiere de atención psicológica para su prevención e intervención. Se entienden al aislamiento como la soledad adolescente, y ésta a su vez como el fracaso en la satisfacción de sus necesidades de relación con otros (llámese familia, amigos o grupos sociales); Es decir, se presenta un déficit en el sentimiento de pertenencia a una estructura social que lo sostenga (Cohen et al, 2012. p. 14).

El aislamiento, como un sentimiento de soledad puede generar un comportamiento autodestructivo que se encuentra asociado a la tendencia del aislamiento social y a la experiencia subjetiva de la soledad (Cohen et al, 2012. p. 14).

El aislamiento social tiene una gran relación con la ansiedad social pues se refiere a la evaluación del propio sujeto al grado de ansiedad experimentada al relacionarse con otras personas, que suelen tener consecuencias negativas para el adolescente o joven, pues repercute en su rendimiento escolar debido a la escasa participación en clase, a la

resistencia a hablar en público y a la tendencia de evitar preguntar para aclarar dudas. (Cohen et al, 2012, p.18).

Hoy en día los consultorios psicológicos tienen gran cantidad de padres de familia preocupados por el desinterés que abiertamente manifiestan sus hijos hacia el estudio (Almario, 2016, p. 90) Pues, la desmotivación y el desinterés que presentan los adolescentes en relación con la escuela suele interpretarse como un cierto grado de pereza, pero no es así, pues existen diferentes causas como la fatiga cognitiva, pues la sobre carga académica, emocional o presión social no se compara con la de hace unas décadas, pues la mayoría de las escuelas, en el afán de alcanzar un estatus en la calidad académica, se empeñan en saturar cognitivamente a sus estudiantes con contenidos hiper-especializados que en muchos casos provocan conductas de aversión hacia la escuela.

## **CAPÍTULO II**

### **EL AUTOCONCEPTO EN EL ADOLESCENTE**

#### **2.1 La Adolescencia.**

Para el desarrollo humano la adolescencia es un periodo de la vida que comprende los años de entre los 10 y los 20 años, es la transición en la que una persona da el paso de niño a adulto, incluyendo los cambios cognoscitivos y socio-emocionales. Y para tener una mejor comprensión de dichos cambios se dividirán en cambios físicos, cognitivos y psicosociales (Morris y Maisto, 2009, p. 410).

La adolescencia ha sido llamada como el periodo en el que presenta diferentes cambios físicos en la persona. Es una etapa del ciclo vital que preparan al sujeto hacia una madurez que le permitan enfrentar los desafíos que se le presenten en un futuro. En esta etapa de la vida se prepara al sujeto para cumplir los determinados roles sociales que tendrá en la vida adulta en sus diferentes esferas como son la familiar, la social, la profesional, de pareja, entre otros.

En esta etapa los adolescentes van aprendiendo a regular su comportamiento de modo que logren una competencia adecuada en cuanto a las exigencias actuales que se dan en el entorno social en el que se desenvuelven.

El inicio de la adolescencia se ubica entre los 11 y 12 años y su culminación abarca hasta el inicio de la juventud. El inicio dependerá del estilo de vida que lleven. Es importante mencionar que en esta etapa se constituyen las edades psicológicas, pues se parte de entender al desarrollo como un proceso que está determinado en gran parte por el contexto histórico social (Hernández y Chimal, 2021, p. 75).

Para Papalia y colaboradores (2012, p. 354) la Adolescencia también será entendida como una construcción social que adopta distintas formas en diferentes culturas. En esta etapa también se ofrecen oportunidades para crecer, y no solo en dimensiones físicas sino también en la competencia cognitiva y social, la autonomía, la autoestima y la intimidad. Para ello se requiere el apoyo de los padres, la escuela y la comunidad para desarrollarse de manera saludable y positiva.

Sin embargo, hoy en día los adolescentes, sean hombres o mujeres, enfrentan peligros para su bienestar físico y mental que incluyen tasas de mortalidad por situaciones como homicidios y suicidios, adicciones y depresión. Así también el consumo de alcohol o drogas evita conductas de riesgo, como adicciones, y con ello se aumenta la posibilidad de que los adolescentes salgan con buena salud física y mental.

La adolescencia puede ser estudiada desde tres enfoques teóricos según Hernández y Chimal (2021, p. 76) son:

- Enfoque Biogenético: es el enfoque que unifica aquellas teorías que consideran a la maduración de los procesos biológicos como base del desarrollo humano del adolescente, no haciendo menos a ningún otros, solo haciendo énfasis en la importancia del aspecto biológico.
- Enfoque Socio genético: Este enfoque se caracteriza por afirmar que es el proceso de socialización el que está vinculado a las tareas que le plantea la sociedad en cada momento de su desarrollo y es por ello que el aspecto social es de suma importancia.
- Enfoque Psicogenético: esta perspectiva centra su estudio en los fenómenos y los procesos psíquicos que caracterizan una etapa determinada, que incluyen

aspectos afectivos, cognitivos y de desarrollo de la personalidad como proceso de autorregulación en la misma esencia humana

A continuación se describen las diferentes áreas de desarrollo de esta etapa.

La primera área a describir en la física que presenta los cambios físicos que se presentan en la adolescencia se caracterizan por ser una serie de impresionantes cambios. Entre ellos es lo que comúnmente se llama estirón de crecimientos, es decir, un rápido incremento de estatura y peso. Ocurren cambios en la forma del cuerpo y en expansión de órganos internos como corazón, pulmones y sistema digestivo. Estos cambios, en ocasiones generan un nivel de ansiedad, al pensar si su cuerpo tiene o no la forma correcta o la mas idónea, se preocupan por su apariencia física, en base a los estereotipos, situación que en ocasiones podría generar aislamiento, trastornos alimentarios, o desmotivación (Morris y Maisto, 2009, p. 410)

Los cambios Antropométricos se dan regularmente entre los 10 y 13 años, se produce un crecimiento en todas las dimensiones corporales conocido como el segundo estirón. Este impulso trae cambios en la estructura corporal y peso, pues las extremidades crecen y se vuelven pronunciadas respecto al tronco. La masa corporal relativa a los huesos y a los músculos aumenta con mayor medida en los varones, lo que justifica su fortaleza física superior.

Los cambios Físicos se pueden observar algunos desordenes funcionales del sistema nervioso que se producen en la tendencia al agotamiento físico e intelectual, irritabilidad, hipersibilidad, trastornos del sueño y la susceptibilidad a contraer enfermedades.

Los cambios endocrinos son caracterizados por el incremento de la actividad del hipotálamo. Con los cambios endocrinos se crean condiciones para una maduración sexual.

Para Papalia et al (2012, p. 354), la pubertad implica cambios biológicos muy notables, que forman parte de un complejo proceso de maduración hacia la adultez. En ese incremento de hormonas es notorio una mayor emocionalidad y mal humor, surgen emociones negativas como la aflicción y la hostilidad, cambios en el temperamento, entre otras.

En esta etapa de la adolescencia se tiene cambios en las estructuras del cerebro, involucradas con las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol. La toma de riesgos parece resultar de la interacción de las redes cerebrales, tanto socioemocionales (sensible a los estímulos sociales y emocionales); y una red de control cognoscitivo (que regula las respuestas a los estímulos). La red socioemocional incrementa la actividad en la pubertad, en tanto que la red de control cognoscitivo madura de manera gradual hacia la madurez temprana, esto ayuda a entender por qué los arrebatos emocionales y conductas de riesgo, principalmente se dan en grupo. Pues los adolescentes procesan la información relativa a las emociones de manera diferente a los adultos.

Los aspectos primordiales a estudiar en la adolescencia suelen ser la condición física, las necesidades de sueño, las situaciones alimenticias, abusos de sustancias, depresión, ansiedad, angustia, estrés escolar, entre otros. Por ejemplo (Papalia et al, 2012, pp. 362-365):

- La Actividad Física. La realización o falta de ejercicio influyen en la salud física y mental. Los beneficios de la actividad física ayudan a tener mayor fuerza, mejor

resistencia, fortalece los huesos y músculos, estabiliza el control de peso, disminuye la ansiedad y el estrés; de igual forma mejora la autoestima y el autoconcepto, promueve el trabajo para obtener mejores calificaciones y un mayor bienestar. Este tipo de actividad física disminuye la probabilidad de participar en conductas de riesgo; incluso la actividad regulada, sin excederse, una estabilidad emocional que beneficia su entorno social y familiar. Esto ayuda a prevenir la obesidad y diabetes.

- El Descanso y Sueño. Es común que a medida que el sujeto va creciendo se va acostumbrando en ir más tarde a dormir, duermen menos. Y la realidad es que el adolescente si requiere dormir por el cansancio mental que le desgasta la vida escolar. Es por ello que en esta etapa es donde se inicia el problema del insomnio. Pues la privación del sueño puede disminuir la motivación de los chicos, y en ocasiones, generar mayor irritabilidad, afecta la concentración y el desempeño escolar. Pero atrás de estos problemas de sueño hay cambios biológicos.
- Nutrición: Es de suma importancia que el adolescente tenga una buena nutrición que le permita un crecimiento sano con nuevos hábitos alimentarios saludables que se prolonguen hasta la adultez. En caso contrario, se pueden generar algunas alteraciones o incluso trastornos alimentarios. Uno de los problemas que se pueden presentar es la obesidad, pues esto aparte de generar un malestar físico es difícil para asistir a la escuela, realizar tareas domésticas o participar en tareas agotadoras o de cuidado personal. Con este problema de obesidad existe un mayor riesgo de hipertensión y diabetes. La genética y otros factores como la regulación ineficaz del metabolismo provoca síntomas depresivos. En la actualidad existen diversos programas de modificación de conducta para ayudar al adolescente a modificar su dieta y practicar ejercicio han tenido suficiente éxito.
- La Imagen Corporal. La preocupación que los adolescentes tienen por la imagen corporal puede ocasionar acciones obsesivas por controlar el peso. Éste es un patrón de conductas que se presenta mas en mujeres, por la influencia social y las

apariencias físicas que desean tener. La insatisfacción de los adolescentes con su cuerpo se incrementa en la adolescencia temprana y en la media. La preocupación excesiva por el control de peso y por la imagen corporal ya presentan síntomas de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, es decir, ya presentan patrones anormales de consumo de alimento. Éstos se pueden volver crónicos.

Los factores de riesgo que se pueden considerar son en algunas alteraciones del desarrollo físico son (Papalia et al, 2012, p. 365):

- Aceptar las actitudes de la sociedad acerca de la delgadez.
- Ser perfeccionista.
- Ser mujer.
- Haber experimentado ansiedad en la niñez.
- Sentir mayor preocupación o prestar más atención al peso y la forma.
- Haber sufrido problemas alimentarios o gastrointestinales en la niñez temprana.
- Tener una historia familiar de adicciones o trastornos alimentarios.
- Tener padres preocupados por el peso.
- Tener una imagen negativa de sí mismo.

En la adolescencia se pueden presentar algunos trastornos alimentarios como son la anorexia (que es muchas ocasiones genera ansiedad, que es el tema central de esta investigación; y por ende genera aislamiento) es:

a) la Anorexia, ésta se caracteriza por el uso inapropiado de laxantes o enemas en un esfuerzo por perder peso, tiene atracones, ir al baño justo después de las comidas, ejercicios compulsivos, restringir la cantidad de alimentos ingeridos; cortar la comida en pedacitos, presenta pensamientos lentos y confusos, boca seca, sensibilidad extrema al frío, regularmente presenta baja presión sanguínea, en ocasiones ausencia de menstruación, también mala memoria o juicio inadecuado; y la pérdida excesiva del músculo y grasa corporal. Y por otro lado está,

b) la Bulimia que se caracteriza por el abuso de laxantes, diurético para evitar el aumento de peso, atracones, ir al baño justo después de comer, pesarse frecuentemente, vomito auto inducido, y conducta de logro excesivo.

El abuso de sustancias implica un consumo dañino de alcohol o drogas que pueden fomentar una dependencia a las drogas o una adicción a las mismas, la cual puede ser fisiológica, psicológica o emocional. Las drogas son peligrosas pues estimulan partes del cerebro que aun en esa edad están aún en desarrollo. Existe una serie de factores de riesgo en el abuso de las drogas y puede ser: un temperamento difícil, bajo control de impulsos y una tendencia a la búsqueda de sensaciones; influencias familiares; problemas conductuales como la agresión, fracasos académicos y ausencia de compromisos con la educación; rechazo de los padres, marginación, aislamiento y rebeldía (Papalia et al, 2012, 367).

La segunda área a desarrollar en esta etapa es la cognoscitiva en la que es importante mencionar, que al igual que el cuerpo madura, también los patrones de pensamiento y creencias. Así como la manera de ver la vida. La adolescencia marcara el inicio del pensamiento de las operaciones formales que al permite al adolescente le permite entender los conceptos abstractos, especular sobre las posibilidades o alternativas que se presenten, así como el inicio del razonamiento. Aunque en ocasiones no logran entender que no todas las personas piensan como ellos y que pueden tener opiniones diferentes (Morris y Maisto, 2009, p. 412).

La adolescencia también presenta una serie de cambios en el pensamiento y en la manera en la que hablan, la velocidad en la que procesan la información aumenta, son capaces de adentrarse en el razonamiento abstracto y elaborar juicios morales complejos, y ya generan un proyecto de vida. Pueden imaginar posibilidades y formar hipótesis. Su capacidad de pensar aparte de ser más abstracta tiene implicaciones

emocionales. En esta etapa del desarrollo humano se genera un razonamiento hipotético – deductivo (Papalia et al, 2012, 372).

En este desarrollo se puede observar un sistema de actividades fundamentales; en primer lugar están las actividades formales o institucionalizadas y la actividad informal o no institucionalizada, que a continuación se describen para una mejor comprensión (Hernández y Chimal, 2021, p. 82):

- Las actividades formales son todas aquellas en donde el adolescente asiste a las instituciones de enseñanza con carácter obligatorio. El estudio le brinda al adolescente nuevos métodos de asimilación de conocimientos que le permitan madurar su criterio.

En estas actividades los adolescentes aprenden y asimilan conceptos científicos, comprender y resolver problemas, establecer relaciones entre los diversos conceptos. Este tipo de actividades le permiten ir formando una visión del mundo real y sentar las bases para una mejor concepción de lo que acontece en la sociedad. Con base a este proceso deben ser capaces de captar determinadas leyes, regularidades o dependencias causales de los objetos y fenómenos de la realidad y dominar el sistema particular de símbolos de las ciencias exactas. De modo que se influya en el desarrollo intelectual, desde los pensamientos como hasta los intereses cognoscitivos y profesionales (Hernández y Chimal, 2021, p. 82).

Los cambios que se presentan en esta etapa están basados en la mejor manera en la que se procesa la información que refleja la maduración del cerebro y con ello se puede explicar los avances cognoscitivos. También se genera un cambio estructural que incluye cambios en la capacidad de la memoria de trabajo; y la cantidad de conocimiento almacenado en la memoria a largo plazo.

Los procesos para obtener y retener la información son aspectos funcionales de este desarrollo cognitivo, pues entre ellos se encuentra el aprendizaje, el recuerdo y el razonamiento. Entre estos cambios funcionales del adolescente está el incremento continuo de la velocidad del procesamiento, un mayor desarrollo de la función ejecutiva, habilidades de atención selectiva, toma de decisiones, control de memoria y control de impulsos (Papalia et al, 2012, p. 374)

En la adolescencia los contenidos escolares son cada vez más amplios y están relacionados con diferentes disciplinas o ramas de las ciencias más complejas como la abstracción y generalización. El sujeto debe aprender a manejar conceptos científicos, establecer lo esencial del contenido que estudia y los vínculos de causa efecto entre los fenómenos de la realidad, es decir, establecer relaciones causales entre diferentes conceptos; además de tener una mayor dominio del lenguaje de diversas ciencias. Además le permite un interés en la solución de problemas

En esta etapa la actividad de estudio es valorada por la significación de cada una de las materias que lleva, lo que él hace es la clasificación de los tiempos e interés de las mismas.

- Las actividades no formales o no institucionalizadas. Son aquellas actividades que el adolescente realiza en su tiempo libre, las cuales son elegidas de manera intencional y en función de sus intereses generales (Hernández y Chimal, 2021, p. 84).

En algunos casos las actividades no institucionalizadas pueden llegar a ocupar un lugar elevado en la jerarquía motivacional, pues en ocasiones actividades se van

relacionando con la actividad profesional que tendrá la persona, como pueden ser los deportes y las artes.

Las actividades artísticas u oficios, relacionadas con la actividad intelectual ocupan un lugar importante en el desarrollo de adolescente pues fomentan un sentido de vida e interés por un futuro.

Una de las funciones de los psicólogos en esta área está orientada a enseñar a los adolescentes a dirigir su tiempo, seleccionar sus actividades en función de sus propias aptitudes y oportunidades, a culminar tareas que comienzan, a no saltar de un interés a otro sin obtener un verdadero conocimiento o realización, a enfrentar tareas y responsabilidades que fortalezcan su personalidad, estabilidad y perseverancia, actitudes y autoconocimiento (tema central de nuestra investigación).

En el terreno del lenguaje, los adolescentes, pueden definir y discutir abstracciones como el amor, la justicia y la libertad. Su léxico se vuelve amplio, empiezan a razonar un poco más sobre lo que dicen. Toman mayor consciencia de las palabras que dicen y su magnitud, aunque en ocasiones disfrutan de su ironía, del juego de palabras y las metáforas. Los chicos también adquieren una mayor destreza en la toma de perspectiva social, es decir, en la capacidad para ajustar su forma de hablar al nivel de conocimiento y punto de vista de otras personas, como pueden ser sus padres, maestros, pues les permite conversar (Hernández y Chimal, 2021, p. 84).

La tercera área del desarrollo de esta etapa es la psicosocial, pues en esta etapa los adolescentes buscan su independencia en pensamientos, espacios y opiniones, pero al mismo tiempo temen las posibilidades de la vida adulta. En esta edad ya se les presentan tareas muy importantes y decisiones que tomar en los ámbitos familiares y sociales,

situaciones que en ocasiones generan demasiado estrés y en ocasiones el mismo aislamiento (Morris y Maisto, 2009, p. 412).

En esta etapa se da la formación de identidad, entendida como la manera de desarrollar un sentido estable del yo, aspecto que es necesario para hacer la transición de la dependencia de los demás a la dependencia de sí mismos. Esta etapa es un gran desafío pues se busca la identidad frente a la confusión de roles (Morris y Maisto, 2009, p. 413)

De igual manera se da la crisis de identidad, entendido como el periodo intenso de autoexamen y toma de decisiones, como parte de la identidad. Esta requiere de una intensa autoexploración. En esta crisis se pueden identificar cuatro resultados posibles a estudiar como son: a) la adquisición de identidad que es donde los adolescentes han pasado por la crisis de identidad y tuvieron éxito al hacer elecciones personales acerca de creencias y metas, se sienten cómodos con dichas elecciones porque fueron suyas.

Es importante considerar que el grupo de pares conforma una red de apoyo social y emocional que le ayuda en la transición a la etapa adulta y la búsqueda de una identidad personal. Aunque las relaciones con los pares son cambiantes durante esta etapa. Por ejemplo los grupos de amigos tienden a ser pequeños grupos y los une un aspecto en específico, suele caracterizarse por la confidencialidad mutua que permite afianzar confianza y seguridad consigo mismo. Este aspecto es importante pues es lo que se forjara para un criterio futuro de las relaciones de noviazgo y posteriormente de pareja (es decir a largo plazo).

Otro aspecto a considerar son las relaciones con sus padres, quienes brindan orientación y estructura para formar criterios de conducta. Y aunque se requiere de muchos años para que los adolescentes creen vínculos con sus padres. Pues es en la

adolescencia el punto mas bajo de la relación entre padres e hijos, más cuando están pasando por los cambios físicos (Morris y Maisto, 2009, p. 414)

Los problemas que se pueden generar en esta área pueden ser también la disminución de la autoestima. En muchos casos los adolescentes son especialmente dados a la insatisfacción con su apariencia. Para ello es importante mencionar que la satisfacción con la apariencia propia suele estar vinculada con la satisfacción con uno mismo. Por ello, al estar insatisfecho consigo mismo es que presentan un problema con su autoestima.

La Depresión y suicidio en diferentes factores de presión o influencia social hacen que los adolescentes se ven vulnerables y puedan presentar estados y rasgos depresivos que los pueden llevar al suicidio y homicidio, en algunos casos y la Violencia juvenil (Morris y Maisto, 2009, p. 415).

Las acciones que se pueden presentar en esta etapa como producto de la inmadurez cognitiva y su arrojo ante el peligro, la ingesta de bebidas alcohólicas pueden ser un reflejo de la necesidad de integrarse a un mundo adulto, siendo estos riesgos de la salud para el adolescente.

En algunos casos los riesgos pueden constituir una vía de desafío a la autoridad cuando existe un conflicto con la identidad o incluso puede ser un medio de búsqueda de aceptación en su grupo de iguales y de evasión de la realidad.

Después de haber estudiado las áreas de desarrollo de esta etapa se presentan algunas teorías psicológicas de la adolescencia que aportan un conjunto de

conocimientos acerca de la adolescencia que conservan un punto de análisis para esta etapa (Hernández y Chimal, 2021, p. 77):

En primer lugar está la Teoría Psicodinámica, representada por Erick Erickson, propone una periodización del desarrollo integrado por ocho estadios que permiten conocer y comprender el desarrollo del individuo. En esta teorías, y para el quinto estadio, son importantes las elaboraciones que tienen el objetivo llamar la atención hacia el mundo interior del sujeto y hacia el desarrollo afectivo.

La segunda es la Teoría Cognitiva representada por Piaget y Kohlbert, proponen un estudio del desarrollo del adolescente desde la perspectiva de un aprendizaje significativo y un desarrollo moral.

La tercera es la Teoría Personológicas que son aquellas que se centran en la identificación de los contenidos de la personalidad, que son propios de su etapa. Sus principales representantes son Springer y Bulher. Ellos describen fenómenos típicos de los adolescentes como la identidad personal.

## **2.2 El autoconcepto.**

El autoconcepto “es un sistema complejo y dinámico de creencias que un individuo considera verdaderas respecto a sí mismo teniendo cada creencia un valor correspondiente formado a través de la interpretación de la propia experiencia” (Eysenck, 2018, p.269)

El autoconcepto es la idea de sí mismo que permite a cada individuo construir una identidad personal; y que se sustenta en tres aspectos importantes:

- Una estructura de conocimiento (es la cantidad de información que el adolescente tiene de sí mismo, lo que lo hace estar consciente de su yo).
- Un ser interpersonal (la determinación de un yo que existe por completo en los contextos sociales y se usa en la relación con los demás).
- Un agente (Es el yo que toma decisiones y hace al adolescente comportarse de ciertas maneras).

En el autoconcepto influyen el factor de las relaciones con otras personas, pues el yo se usa para comunicar la idea de nuestro autoconcepto y ver las evaluaciones de otras personas, pues en ocasiones el adolescente tiende a verse como lo ven los demás. Sin embargo en la vida de las personas, y específicamente de los adolescentes, la influencia que tienen en su autoconcepto es por parte de los padres, familia, amigos. Ahora bien, los cambios en el autoconcepto no solo dependen de la aceptación pasiva de las opiniones ajenas, sino que con el paso del tiempo se puede ir modificando activamente.

En el Autoconcepto se distinguen dos grandes aspectos muy importantes: en primer lugar está el Yo o también conocido como el sí mismo como el sujeto de la experiencia y por otro lado está el Mi o sí mismo como objeto de la experiencia. Desde muy temprana edad, las personas, desarrollan la sensación de separación de otras personas es ahí donde se da el Yo (como hacedor que experimenta el presente inmediato; posteriormente se da el Mi, que involucra la conciencia de si mismo como objeto que puede ser percibido por otros. Estas dos concepciones consideran el pasado y el futuro; además que proporciona un sentido de permanencia a su concepto (Eysenck, 2018, p.271)

El Autoconcepto se refiere a la suma total de creencias que tienen las personas respecto de si mismas. Está compuesto de moléculas cognitivas denominadas autoesquemas (entendida como creencias acerca de uno mismo que guían el

procesamiento de información individual y relevante de la persona. Ahora bien, los auto esquemas son las estructuras mentales que las personas generan como es el peso, la imagen corporal, etc. por ejemplo para quienes la imagen corporal es muy importante será el aspecto predominante en el autoconcepto (Kassin et al, 2015, p. 55)

El Autoconcepto se desarrolla durante los primeros años de vida, pues empiezan a desarrollar un sentido de sí mismos en el momento en que pueden reconocerse en un espejo, a lo que se le llama prueba de autorreconocimiento en el espejo. Esta prueba es aplicada a los niños de 2 años, y consiste en ponerles una mancha roja en la nariz y colocarlos frente al espejo.

El desarrollo inicial del sentido del sí mismo es crucial para el surgimiento de la memoria autobiográfica, es decir, está relacionada con los recuerdos de sucesos que se han experimentado (Eysenck, 2018, p.272).

Los elementos del autoconcepto, las creencias específicas con las que se define una persona constituyen los esquemas del sí mismo de una persona, que para esta tesina serán los elementos que los constituyen para el adolescente. Para ello es indispensable entender a los esquemas como los patrones mentales por medio de los cuales las personas organizan su vida y la manera de como la ven (Myers, 2005, p. 41)

El yo es un objeto central de atención, pues cada vez que una persona enfoca su mente en un recuerdo, una conversación, un olor desagradable, el estribillo de una canción, etc., la conciencia funciona como una lámpara potente cuya luz ilumina solo un objeto a la vez (Kassin, 2015, p. 55).

Ahora bien, el desarrollo del autoconcepto en la infancia y adolescencia implica las narraciones de su sí mismo y sus experiencias que se hacen con mayor coherencia. Sin embargo, un dato importante es que el autoconcepto continúa y se forja al final de la etapa de la adolescencia y el inicio de la adultez (Eysenck (2018, p. 273).

La perspectiva neurobiológica afirma que las conexiones sinápticas que ocurren dentro del cerebro constituyen la base biológica de la memoria, la cual permite el sentido de continuidad necesaria para tener una identidad normal. Incluso se describen la manera en la que el yo puede ser transformado e incluso destruido, por lesiones severas en la cabeza como tumores cerebrales, enfermedades y la exposiciones a sustancias tóxicas que dañan el sistema nervioso (Kassin, 2015, p. 55).

Una manera de estudiar y analizar el autoconcepto en adolescentes es pedirles que se describan, a lo que se le llamara método de auto descripciones.

El autoconcepto tiene tres niveles de autopresentación: a) el yo virtual (que es aquel que distingue a la persona de los demás como un individuo único. b) el yo relacional (que es el que refleja las relaciones interpersonales importantes para el individuo; y c) el yo colectivo (es aquel que se basa en la pertenencia de la persona a los grupos. Aunque en los grupos de mayor edad destaca el yo individual como el yo colectivo.

Como dato curioso es importante mencionar que según Eysenck (2018, p. 273) los adolescentes depresivos tienen un autoconcepto muy negativo y se ven como incapaces, despreciables e inadecuados. Es por ello que es necesario que el psicólogo les pide que hagan una lista con los principales periodos de su vida (como una línea del tiempo), y después elegir qué aspectos positivos o negativos se aplicaban a cada periodo de su vida. En estos casos es posible que haya pacientes que perciban que su yo era

predominantemente negativo y mostraron una mayor coherencia y repetición de la información negativa entre los periodos de su vida.

La capacidad de una persona para verse a sí misma como una entidad distinta en el mundo constituye un primer paso en la evolución del autoconcepto. El segundo paso tiene que ver con los factores sociales.

Los pacientes deprimidos o con ansiedad suelen generar recuerdos demasiados negativos y tienen una relación alterada con sus recuerdos emocionales, que hacen que se genere un autoconcepto negativo y la depresión suele aumentar.

El autoconcepto incluye los esquemas de la persona misma, pero también en quien se podría convertir, es decir los posibles Yo. La imagen de los posibles Yo, incluyen lo que se anhela ser, lo que se desea convertir, es decir en lo que se desea ser.

El autoconcepto se ha convertido en la actualidad un tema de gran impacto pues se observa en las noticias y en los periódicos, que la ausencia del autoconcepto del adolescente, ha llevado a despersonalizarlos y a generar una serie de alteraciones psicológicas e incluso a perder el sentido a la vida y llegar al suicidio. Algunos de los puntos de estudio en la formación del yo en el autoconcepto pueden ser:

- Los papeles que se adoptan: es decir, los papeles y roles que se representan en las diferentes esferas de la vida.
- Las identificaciones que sociales que se forman los adolescentes:
- Las comparaciones que se hacen con los demás.
- Los éxitos y fracasos.
- La aceptación de juicios de otras personas.

- La cultura que rodea
- El contexto social en el que se vive (Myers, 2005, p.42).
- Regulación de las estrategias cognitivo – motivacionales
- Aprendizaje escolar y rendimiento académico.
- Desarrollo de habilidades (González et al, 1997, p. 272)

Además numerosas investigaciones que según González et al (1997, p. 281) hacen mención a las funciones importantes del autoconcepto entre ellas está la de regular la conducta de la persona mediante un proceso de autoevaluación o autoconciencia. Dicho proceso se realiza a través de las autopercepciones o autoesquemas que lo constituyen, actuando como un punto de contacto entre el pasado y el futuro, de modo que le permite controlar la conducta presente. El autoconcepto se encarga de integrar y organizar la experiencia del sujeto, regular sus estados afectivos, y actuar como motivador y guía de la conducta.

### **2.3 Beneficios correlativos del autoconcepto.**

La importancia del autoconocimiento en el proceso del autoconcepto permitirá entender a éste como el nivel o grado de conocimiento detallado que tiene una persona sobre su vida, sus pensamientos, sentimientos, fallas y debilidades (Eysenck, 2018, p.275).

Conócete a ti mismo. Frase célebre del gran filósofo griego Sócrates implica la formación de creencias sobre uno mismo (Myers, 2005, p. 51). Los beneficios que se podrían obtener con el trabajo del autoestima en el adolescente son:

- Mejorar la autoestima. En ésta, el adolescente da el sentido general del mérito y valor que las personas ponen en sí mismas. Eysenck (2018, p. 279) hace mención que la mayoría de las personas está motivada para mantener y mejorar su autoestima como resultado del estilo de vida que se tiene. La idea de maximizar o potencializar la autoestima ayuda a explicar la razón por las que muchas personas tienen un autoconcepto excesivamente positivo. Es por ello entonces que la autoestima será la parte del autoconcepto relacionada con los sentimientos positivos y negativos que un individuo tiene sobre el mismo.

La Autoestima será el resultado de la autoevaluación de una persona y de su sentido de valía, es decir, será el conjunto de valoración de su conocimiento sobre sus habilidades y su amor hacia el mismo. Es importante mencionar que es necesario que exista la motivación para sustentar una autoestima estable (Myers, 2005, pp. 62 – 63).

- Desarrollo de la autovaloración. Es importante considerar que las transformaciones puberales y la repercusión psicológica de estos cambios influyen en la formación mental de la autoimagen corporal. Pues las nuevas exigencias propias de los sistemas de actividad y comunicación con su entorno benefician o afectan al adolescente en su proceso de valoración del sí mismo. De modo que el desarrollo intelectual juega un papel muy importante, así como las necesidades de independencia y autoafirmación, que combinadas promueven un crecimiento del sí mismo o un aislamiento.

La interiorización de la cualidad del ser único y particular lleva al adolescente a un análisis del sí mismo. Pues la representación de sí mismo es aún inestable e inexacto porque continúa dependiendo de criterios externos, como la valoración de sus compañeros, padres y maestros. Es en estas relaciones donde el adolescente tiende a sobrevalorarse o a considerar que los demás no tienen una valoración adecuada de su persona.

En la etapa de la adolescencia, se tiende a tener una valoración estereotipada, tanto de otros como de sí mismos. Pues en muchas ocasiones un éxito o un fracaso lleva de inmediato a elevar o disminuir su autoestima, incrementando o disminuyendo su seguridad. Otro punto a considerar, como ya se ha mencionado, es la imagen corporal y las cualidades vinculadas a las relaciones interpersonales tienen un muy marcado peso en la autovaloración y en el sentido de la autoestima (Hernández y Chimal, 2021, pp. 93 y 94)

- Promover la autoeficacia. Es uno de los beneficios más importantes del proceso de autoconcepto, pues el adolescente al saber que es auto eficaz, sabe que tiene la sensación de que el es competente y efectivo en las cosas que realiza, considerando sus tres áreas de desarrollo: física, cognitiva y socioemocional. Incluso Albert Bandura hacía mención que las creencias optimistas en las propias habilidades otorga beneficios en la satisfacción personal y en el autoestima. En la vida cotidiana la autoeficacia conduce a las personas a establecer metas y a perseverar en las dificultades. Es por ello, que la autoeficacia se refiere a saber que tan competente es la persona para hacer algo y sentirse pleno y satisfecho con lo que haga (Myers, 2005, pp. 57 -58)
- Desarrollar la autoreferencia. Es la manera en que se procesa de manera eficiente y a recordar bien la información relacionada con uno mismo. La manera de como el yo es guardado en la memoria. Este es un fenómeno en el que la información es relevante para la formación del autoconcepto y se procesa con rapidez, y genera un bienestar en la persona. El efecto de la autoreferencia hace énfasis en el hecho básico de la vida que permite la formación saludable y estable del sí mismo del adolescente (Myers, 2005, p. 42)

Es importante mencionar que el autoconcepto es la fuente de motivación que implica directa y significativamente sobre el desarrollo del adolescente. Es decir, la influencia del

autoconcepto incide en el logro de que el individuo puede tener (González et al, 1997, p.281)

## **CAPÍTULO III**

### **MODELO Y ÁREA DE LA PSICOLOGÍA**

#### **3.1 Modelo Psicológico: Cognitivo Conductual.**

El paradigma de la Psicología Cognitiva y de las Terapias Cognitivas se basa fundamentalmente en el principio de la mediación cognitiva que se refiere a la reacción, también conocida como la respuesta emotiva o conductual, ante una situación y que está regulada por el proceso de significación o evaluación en relación con los objetivos que se ha planteado la persona, entre las que pueden ser metas y deseos.

El modelo Cognitivo Conductual va teniendo cada día mayor aceptación debido a la eficacia en la práctica clínica en casos como Trastornos de la Personalidad, la Depresión, Adicciones, Ansiedad, Angustia, Agorafobia, Fobia Social (como es el tema de esta investigación) Disfunciones Sexuales, conflictos de pareja, entre otros.

Algunas de las características que tiene este modelo es la brevedad con la que se aborda el problema, pues se centra en el presente, en el problema y la solución. También tiene un carácter preventivo, y promueve la cooperación entre el cliente y el terapeuta. Además le da mucha importancia a las tareas de autoayuda que se van dejando en cada sesión.

Este modelo permite el acceso a estructuras mentales muy profundas que serán trabajadas en terapia para su modificación, teniendo cuenta un proceso real y aplicable a su vida diaria (Álvarez et al, 2016, p. 96).

Las Terapias Cognitivas sostienen en su hipótesis que las personas tienen ideas erróneas acerca de sí mismo y del mundo, siendo estas las que causan problemas psicológicas que les afectan en sus diferentes esferas (familiar, escolar y social) aplicados a este tema de investigación (Morris y Maisto, 2009, p. 453).

Las Psicoterapias Cognitivas son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración, se usan para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos. Este tipo de terapias propone una colaboración abierta entre el paciente para afrontar su problema y el terapeuta planteando un modelo explicativo.

El objetivo de los tratamientos psicoterapéuticos cognitivos es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico de la persona (Feixas y Miró, 1997, p. 227)

También es importante considerar la clasificación teórica de los sub modelos que categorizan al modelo cognitivo conductual entre los que se está: el modelo comportamental, la reestructuración cognitiva y la construccionista, que de acuerdo a Álvarez y colaboradores (2016, p.94) se describen de la siguiente manera:

- El Modelo Cognitivo Comportamental que es propuesto por los conductistas, entre ellos Albert Bandura, Donald Meichebbaum y Arthur Nezu, quienes consideran que los pensamientos de las personas con realmente las conductas encubiertas

influenciadas por aquellas leyes del condicionamiento. Y su objetivo es señalar las habilidades cognitivas específicas de las personas.

- El Modelo de Reestructuración Cognitiva, representado por Albert Ellis y Aaron Beck, remarca el papel del significado, pues lo importante es lo que la persona cree. El objetivo es realinear su pensamiento con la realidad, plantea como eje central de estudio y trabajo a los pensamientos, la atención, la conducta y las emociones.
- El Modelo Construccionalista, representado por Vittorio Guidano, Michael Mahoney Y Oscar F., este modelo tiene más tinte filosófico, y sostiene que los seres humanos son participantes proactivos que operan que representan un desarrollo auto organizado, que busca la coherencia dentro de la construcción social de los sistemas de creencias buscando la viabilidad del conocimiento.

El Modelo Cognitivo ha alcanzado en la actualidad una gran importancia pues constituyen una serie de intervenciones a las que se les denomina elementos cognitivos (Álvarez et al, 2016, p. 97):

- Las personas interpretan las situaciones que se presentan en su entorno y reaccionan ante las representaciones cognitivas.
- Las personas son capaces de pensar sobre su propio pensamiento.
- La característica del pensamiento influye sobre las emociones y la conducta
- Algunas cogniciones pueden ser evaluadas de modo objetiva y pueden ser evaluadas.

Para la relación terapéutica en este modelo entienden a la psicoterapia como un esfuerzo de colaboración mutua y recíproca entre el paciente y el psicólogo, de modo que se busca un consenso explícito entre la relación con la naturaleza de los problemas del

paciente para encontrar soluciones viables y aplicables. Con esto, se pretende ajustar las expectativas de la terapia. Es necesario crear un clima de colaboración, respeto y atención en el proceso. Pues la terapia es un vínculo restitutivo de la confianza entre dos personas.

El psicólogo reconoce la utilidad de la calidez, empatía, autenticidad y aceptación, además, es activo, señala los problemas y dificultades, centrándose en aspectos concretos, proponiendo roles y animando al sujeto a llevar a cabo una serie de técnicas y actividades de reestructuración cognitiva (Feixas y Miró, 1997, p. 229). Y de ese modo podrá usar diversos estilos.

En este modelo se puede observar una flexibilidad y amplitud de estilos que se pueden tomar para el proceso terapéutico, a continuación se presentan los distintos estilos de terapeuta (Alvarez et al, 2016, p. 105):

- Estilo Socrático. Es aquel que lleva a las conclusiones a, través de preguntas orientadas al paciente.
- Estilo Didáctico. Es aquel que brinda información y explicación sobre las situaciones emocionales que la persona está teniendo, explica sus causas, consecuencias y lo que se debe hacer para trabajarlos.
- Estilo Humorístico: es aquel que muestra la evidencia a través de lo cómico de una creencias irracional, es decir, el humos de lo absurdo de la creencia.
- Estilo de Autorevelación. Es aquel que ilustra la situación a trabajar con argumentos de la propia experiencia de la vida personal.

- **Estilo Metafórico.** Es aquel que usa las metáforas referidas al tema de trabajo para que el paciente pueda asimilarlo más fácil.

Es importante considerar que el término esencial en el trabajo de este modelo es la modificación de las estructuras mentales. Es por ello, que la estructura mental es concebida como la arquitectura del sistema de una persona, como la estructura que organiza internamente la información, y a su vez las proposiciones cognitivas se refieren al contenido de tal información.

Las estructuras cognitivas establecen las prioridades del procesamiento de la información, pues permiten a identificar los estímulos presentados, categoriza los acontecimiento, selecciona las estrategias para obtener nueva información, resuelve problemas y alcanza metas.

Los esquemas del self son generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran información. El procesamiento de la información basada en esquemas selecciona la información disponible, abstrae su significado y lo integra en los conocimientos almacenados sobre su self, en un proceso interpretativo que influye en las operaciones cognitivas de la persona (Feixas y Miró, 1997, p.215)

#### **a) Principales Representantes.**

- **Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis.**

Esta corriente terapéutica iniciada en 1993 por Albert Ellis, a la que se designa TREC, sostiene como principio básico que las personas tienen un conjunto de suposiciones que pueden ser racionales e irracionales. Su principal precursor Albert Ellis dice que las

personas poseen un conjunto de creencias irracionales; que incluyen nociones como las de: deben ser competentes en todo, agradables para todos, la vida siempre debe ser justa, la vida sigue su camino, entre otras. Ahora bien, el problema central de estas creencias es que implican un absoluto como él debe o debería, que no permite excepciones, no posibilidades de cometer errores.

Las creencias irracionales que poseen las personas llevan a un malestar psicológico cuando se ven reflejadas en la vida real. Por ejemplo, cuando un adolescente estudiante que cree que debe resultar agradable para todos y no es invitado a una fiesta o algún equipo, ve el rechazo como una situación catastrófica para su vida, y por ende se deprime profundamente, se siente triste y se aísla, tal y como se vio en el capítulo uno.

En este tipo de terapia los psicólogos cuestionan firmemente, pero empáticos, las creencias irracionales de las personas, pues son disfuncionales para su vida, por ello usan técnicas como la persuasión, los argumentos teóricos, entre otros, para confrontar y reestructurar dichos temas. Las técnicas de este modelo permiten que las personas reinterpreten sus creencias y experiencias negativas bajo la luz positiva, disminuyendo la posibilidad de deprimirse, de aislarse o incluso de generar fobia social (Morris y Maisto, 2009, p. 563)

La base central de esta teoría está representada por el ABC, haciendo énfasis que entre el acontecimiento activador y las consecuencias siempre habrá un pensamiento, sin embargo, con el paso del tiempo, este esquema se ha complementado con 4 momentos más (DEFG). A continuación se describen cada una de las partes de esta teoría (Álvarez et al, 2016, p. 99):

- El Evento Activador es a lo que se denomina A, representa el acontecimiento activador, ya sea un suceso o una situación que poder ser interno o externo, ya sea un pensamiento, una imagen, fantasía, conducta, sensación o emoción.
- El Sistema De Creencias, representado por la letra B, es aquel, como su nombre lo indica, un sistema de pensamientos y creencias que la persona tiene, incluye todo el contenido del sistema cognitivo, es decir: pensamientos, sentimientos, emociones, recuerdos, supuestos, actitudes, atribuciones, normas valores, reglas, estilos de vida, filosofías de vida, etc.
- Las Consecuencias, a lo que se le denomina C, representa las consecuencias o reacciones de las personas ante un evento. Pueden ser de tipo emotivo, cognitivo o conductual.
- El Debate, que se le designara con la letra D, que es parte del complemento de este modelo, implica la discusión del terapeuta con el paciente sobre las creencias irracionales.
- La Generación de las creencias racionales, que se la asignado con la letra E, será la generación y conversión de las ideas irracionales a racionales, como fruto del debate anterior.
- Las Nuevas Consecuencias Emocionales, son identificadas con la letra F, que permitirá ver su funcionalidad y adaptación de las nuevas consecuencias emocionales.
- Por último, y no menos importante, está la letra G, que simboliza las metas que la persona quiere conseguir a través de este proceso cognitivo.

El Modelo ABC, incluye en su proceso los propósitos, valores y deseos de las personas, que pueden ser aprendidas o pueden ser generadas. Las metas, intenciones

y valores forman parte del sistema de creencias de las personas (Álvarez et al, 2016, p. 101)

La TREC define la percepción de la realidad de las personas como irracional, pues en muchas ocasiones se genera un auto sabotaje, es decir irracional. Es por eso, este modelo asume tres aspectos básicos del Insight (Álvarez et al, 2016, p.104):

- Los acontecimientos pasados o presentes no causan emociones y conductas disfuncionales, sino el sistema de creencias que cada persona tiene.
- Las perturbaciones de las personas en su pasado o presente generan sus creencias irracionales.
- Las personas pueden superar las inquietudes, de modo que refuten las creencias irracionales y sus consecuencias.

Ellis reemplazo la escucha pasiva por una actitud activa y directiva con la que interactuaba con sus pacientes, de modo que la persona pueda sustituir conscientemente los pensamientos irracionales por otro más razonables (Feixas y Miró, 1997, p. 212)

A continuación se presenta una lista de ideas irracionales que Ellis propuso y son de gran apoyo para esta investigación. (Feixas y Miró, 1997, p. 217):

- Es absolutamente necesario ser amado y aprobado por los demás en cada momento y en todos los contextos.
- Las personas son perfectos en cualquier actividad que emprenda.
- Las personas deben culpar y condenar a las personas que las hieren o les hacen daño.
- Los sucesos externos son la causa de la infelicidad humana.

- Las personas tienen la capacidad para controlar los sentimientos de otros.
- El pasado sigue siendo importante.
- Es más fácil evitar las dificultades y responsabilidades de la vida.
- Las personas y las cosas deberían ser mejores de lo que son.
- Todas las cosas deben estar ordenadas.

Esta lista permite un mejor análisis y trabajo en el proceso terapéutico de la reestructuración del pensamiento.

- La Terapia Cognitiva de Aaron Beck.

Este modelo de terapia se centra principalmente en el trabajo con la depresión, entendida como el resultado de patrones negativos de pensamiento que las personas desarrollan acerca de sí mismas. Pues las personas deprimidas interpretan los eventos de una manera distorsionada, fuerte e inapropiadamente autocrítica. Pues tienen expectativas poco realistas, magnifican sus fracasos a partir de la poca evidencia que tienen, realizan generalidades negativas absolutas sobre su persona, solo se permiten retroalimentaciones negativas del mundo exterior e interpretan como fracaso todo lo que no sea un éxito total.

Las consideraciones sobre la depresión, según este modelo de teoría, implican que los psicólogos cuestionen y confronten dichas situaciones. Permite examinar los pensamientos disfuncionales, pues pretende conducir a la persona a formas más realistas y flexibles de pensamiento (Morris y Maisto, 2009, p. 564).

El pensamiento de este autor, se centraba en la depresión. Este modelo supone que el depresivo tiene pensamientos negativos de sí mismo, del mundo y del futuro, a lo que se le conoce como la triada cognitiva de la depresión (Feixas y Miró, 1997, p. 212)

Este Modelo de Beck identifica el papel de los esquemas de formación y mantenimiento de los pensamientos del individuo, incluyendo los trastornos, como por ejemplo, la depresión contiene esquemas que se activan y se reflejan en la información negativa del self. Es decir, este esquema del self negativo se acompaña de una visión negativa del mundo, de los acontecimientos y del futuro. (Feixas y Miró, 1997, p. 216)

Beck designa en su propuesta una serie de errores cognitivos a las formas de pensamiento que presentan las personas deprimidas (Feixas y Miró, 1997, pp. 220-221):

- Tener un pensamiento absolutista de un todo o nada.
- La sobre generalización de las palabras o acciones.
- El filtro mental de las experiencias.
- La descalificación de lo positivo y el rechazo de las experiencias positivas.
- La obtención de conclusiones precipitadas.
- La lectura del pensamiento del otro.
- El engrandecimiento o minimización.
- Las autoimposiciones como deberes.
- La personalización como tendencia a la atribución de todos los errores a uno mismo.

Esta lista de errores cognitivos sirve de apoyo en los procesos terapéuticos, pues ayuda a la detección del auto sabotaje creado por el paciente.

- La Teoría de los Constructos de George Kelly.

Este es considerado como el primer teórico que presenta una teoría de la personalidad en un enfoque clínico, que lleva a la terapia cognitiva. Su principal postulado es el que basa su teoría es la sistematización de las estructuras de significado de la persona; y su práctica clínica se basa en la comprensión de las estructuras mentales en los propios términos del individuo.

Para este autor el cambio psicológico se da de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido al sí mismo y al mundo. Su gran propuesta es la teoría de los constructos personales que rigen al individuo, en este caso al adolescente y los obliga a actuar de una manera determinada (Feixas y Miró, 1997, p. 212)

La propuesta de Kelly posee argumentos equivalentes del esquema cognitivo. Aquí el conocimiento se organiza jerárquicamente en un sistema de constructos personales o estructuras cognitivas globales, pues son una red semántica que define la identidad de una persona. Es decir son constructos centrales acerca del self, que orientan el proceso de dar sentido a los acontecimientos.

Aquí toda la experiencia se construye de acuerdo con el sistema de significación de la persona. Es decir, las manifestaciones humanas y procesos psicológicos tienen un lugar en el sistema de constructos. Desde este punto de vista, las emociones, pensamientos y conductas no son ajenas al significado que se da a sí misma y al mundo, pues son parte del mismo. (Feixas y Miró, 1997, p. 218)

### 3.2 Terapias y Técnicas del modelo Cognitivo Conductual.

El Modelo Cognitivo Conductual busca trabajar las conductas y las cogniciones desde un enfoque global que atiende las emociones en relación al comportamiento y al ambiente que le rodeo.

Las Terapias de Primera Generación son aquellas que buscan superar debilidades a través de los principios basados en el aprendizaje conductual, busca un cambio directo de la conducta y se sustenta en la Terapia Conductual Clásica fundada por Eynseck.

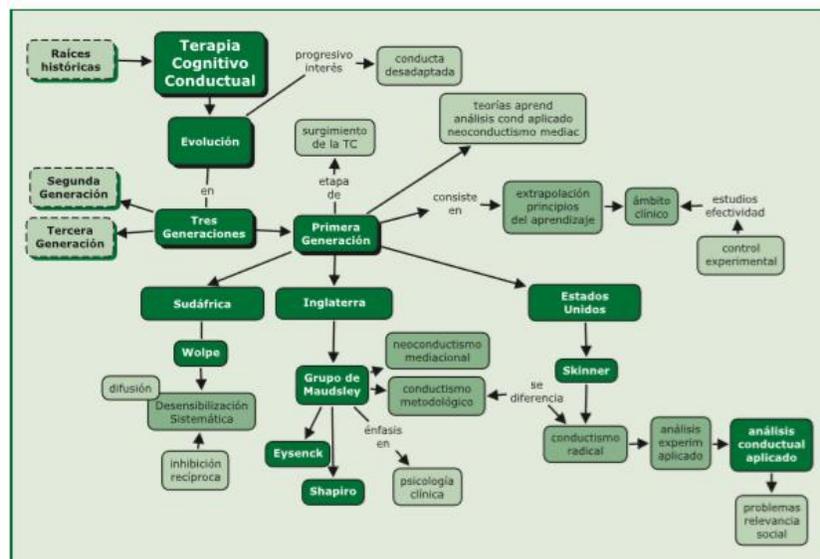


Figura 1. Mapa conceptual de las terapias de primera generación del modelo cognitivo conductual (Ruiz et al, 2012, p.544)

Las Terapias De Segunda Generación buscan superar una visión reducida de problemas humanos bajo los principios flexibles de la emoción y la cognición. Genera un

cambio directo de emociones y cogniciones. Se sustenta en la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis. Algunas de sus terapias y técnicas son:

- Darse Cuenta Inducido. En esta técnica el terapeuta refuta las inferencias y en el debate el paciente empieza por descubrir las creencias subyacentes y termina por expresarlas.
- Interpretación Por Inducción: en esta técnica el terapeuta agrupa las inferencias, genera conclusiones y las propone al paciente. El psicólogo puede interpretar las creencias irracionales y su entorno.
- Encadenamiento De Inferencias: en esta técnica se observa como el paciente va hilando una serie de creencias irracionales de su vida o de una situación específica, y el terapeuta ira haciendo preguntas. (Álvarez et al, 2016, p. 107)
- Biblioterapia: Es la técnica que se refiere a la recomendación de material escrito relacionado con la problemática que presenta el paciente. Tiene como objetivo generar una mayor consciencia y conocimiento del proceso terapéutico que lo ayudará a generar un adecuado entendimiento de la situación y le promoverá un compromiso con la terapia.
- Proyección En El Tiempo: Es una técnica que se usa para conseguir una Reestructuración Cognitiva al hacerle ver al paciente que la situación vive no es tan terrible, es decir, ver que las consecuencias de un hecho no son tan malas como se espera, Pues aceptar lo peor que pudiera pasar para cambiar lo que se pueda modificar (Álvarez et al, 2016, p. 108)
- Aceptación Incondicional. Es la técnica en la que se motiva al paciente a que aprenda a aceptarse tal cual es, a pesar de sus errores y defectos.

- Inversión Del Rol Racional. Es la técnica que consiste en generar argumentaciones fuertes del sí mismo irracional y del sí mismo racional para darse cuenta de las polaridades, pues las personas suelen tener pensamientos totalmente contrarios ante una misma situación.
- Tareas para la casa. Esta técnica está enfocada hacia las cogniciones, conductas y emociones. Estas actividades (tareas) se pueden enseñarse en el consultorio de modo que el paciente las pueda repetir en casa y con ello reforzar las modificaciones de pensamiento y acción de los pacientes. (Álvarez et al, 2016, p. 110)
- Asignación gradual de tareas. Se basa en asignar de forma controlada la ejecución de ciertas conductas que tienen la ventaja cognitiva de contrarrestar la idea que tiene el paciente de no poder llevarlas a cabo.
- Técnicas de distracción. Se basa en la propuesta de actividades agradables para el individuo en momentos de alteración, como ansiedad, depresión o fobia social.
- Relajación. Es una de las técnicas más usadas por este modelo, pues incrementa el autocontrol de muchas situaciones que pueden presentar los pacientes.
- Programación de actividades. Es una técnica que promueve establecer una agenda concreta de las actividades a realizar por parte del paciente.
- Valoración del dominio y agrado. Esta técnica consiste en pedirle al paciente que registre, mediante una escala del 1 al 5, el nivel de agrado o dominio con que realiza ciertas actividades.
- Autoobservación. Esta técnica permite obtener información mas precisa de las actividades del paciente y su estado de ánimo.

- Ensayo conductual. Es una técnica que tiene la función de practicar en la consulta conductas que el paciente deberá realizar en su contexto natural. Permite activar esquemas mentales.
- Identificación De Errores Cognitivos. Esta técnica es característica del modelo de Beck, ayuda al paciente a reconocer sus errores de procesamiento de información.
- Análisis De Costes Y Beneficios. Es una técnica que supone plasmar en una hoja de papel un análisis de las ventajas y desventajas de recurrir a un determinado pensamiento automático o creencia, o de una determinada conducta. (Feixas y Miró, 1997, pp. 230 - 233)
- Figura 3. Mapa conceptual de las terapias de tercera generación del modelo cognitivo conductual (Ruiz et al, 2012, p.544)

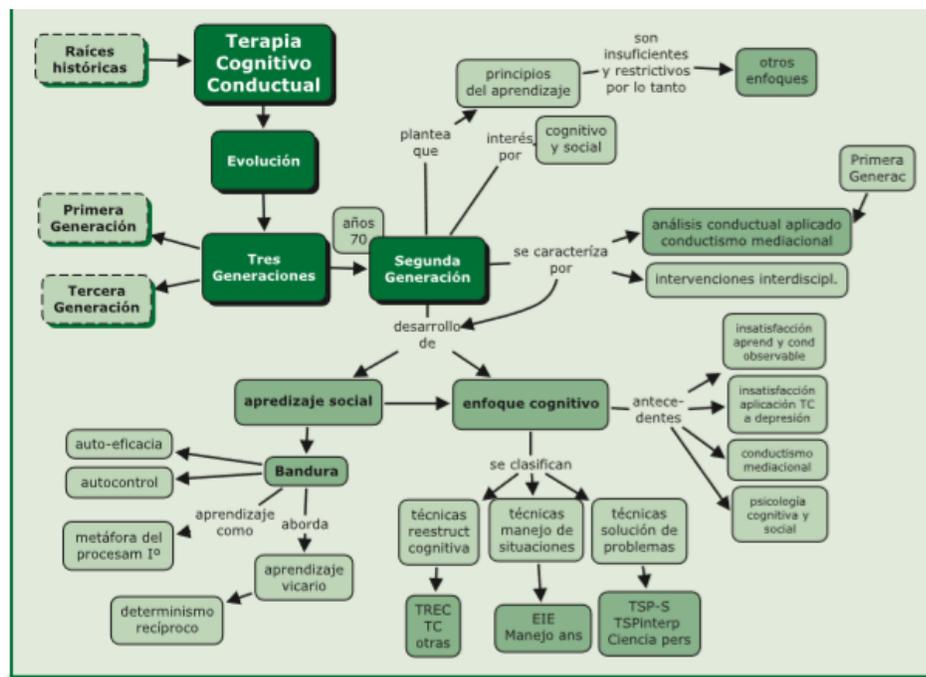


Figura 2. Mapa conceptual de las terapias de segunda generación del modelo cognitivo conductual (Ruiz et al, 2012, p.544).

Las Terapias De Tercera Generación son aquellas que buscan superar las irregularidades en torno al rol causal de situaciones específicas. Está centrado en el contexto y las funciones de la persona. Intenta un cambio contextual y de basa en la Terapia Dialéctica, la Terapia de aceptación, el Mindfulness (Ruiz et al, 2012, p.513)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) son una forma de psicoterapia existencial, conductual y cognitiva basada en la Teoría de los Marcos Relacionales (conductas humanas complejas, conducta verbal y conducta cognitiva), en la Teoría del Lenguaje y la Cognición humana que se ubica dentro del conductismo radical, y que considera a las cogniciones como conductas sujetas a las leyes del comportamiento. Este tipo de terapias se estructura en relación al concepto de la evitación experiencial y a los valores personales (Ruiz et al, 2012, p. 522)

La Terapia Dialéctica Conductual. Esta terapia nace con el interés de elaborar un tratamiento eficaz de la conducta suicida en individuos con trastorno límite de la personalidad. Hace referencia a una perspectiva dialéctica de la naturaleza, la realidad y la conducta humana. Su principio se establece entre el cambio y la aceptación. En esta terapia el terapeuta busca equilibrar los puntos fuertes con los puntos débiles, aceptarlos, entender lo que siente, lo que hace y no reprochar sus errores, para modificar su forma de pensar y comportarse; y para ello la aceptación y validación son las condiciones esenciales para que se produzca el cambio (Ruiz et al, 2012, p. 535)

La Terapia Cognitiva con Base en Mindfulness, es una técnica de mediación que busca la autorregulación de la atención y la orientación a la experiencia con apertura y aceptación. Se plantea tres fases que serán los estados mentales fundamentales: Mente Racional (se refiere a la forma de pensar racional y lógica, en la que se planea la conducta y se afrontan los problemas); Mente Emocional (se refiere a que el pensamiento y la conducta están controlados por el estado emocional actual); y la Mente Sabia (se refiere a la integración de la mente racional con la mente emocional) (Ruiz et al, 2012, p. 542)

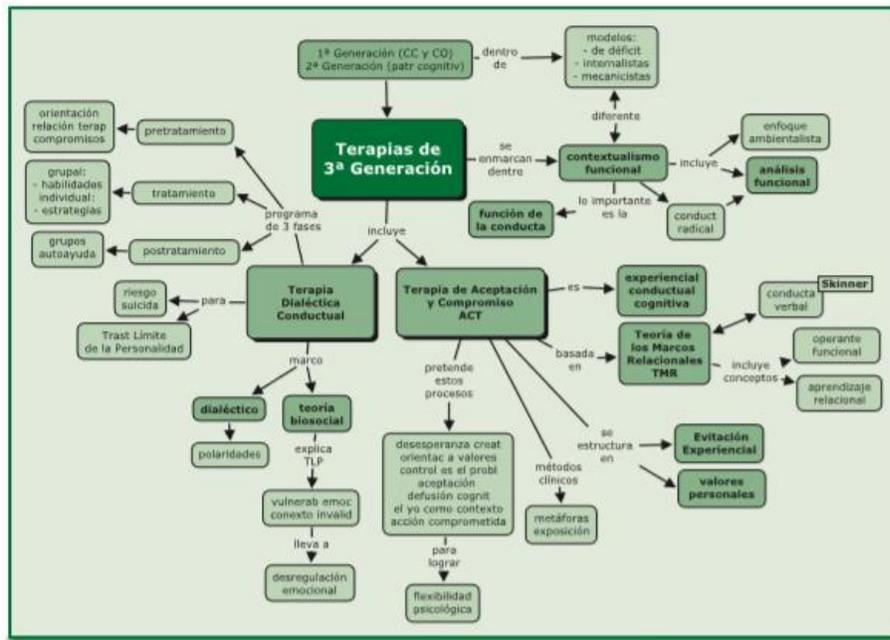


Figura 3. Mapa conceptual de las terapias de tercera generación del modelo cognitivo conductual (Ruiz et al, 2012, p.544).

### 3.3 Área de la Psicología: Social.

La psicología social es la aquella rama de la psicología que se encarga del estudio científico de la forma en que las personas piensan (es decir la forma de cómo se perciben así mismos y a los demás; lo que creen, los juicios que hacen y sus actitudes), influyen (en su cultura, en las presiones para conformarse, su persuasión y sus ideas para con

los grupos de personas) y se relacionan con los demás (incluyendo los prejuicios, las agresiones, las atracciones y comportamientos de ayuda) (Myers, 2005, p. 4).

Dentro de la psicología social existen siete principios básicos aplicables a la vida cotidiana de las familiar y del adolescente (Myers, 2005, p. 6):

- Las personas construyen su propia realidad social.
- Las intuiciones sociales de las personas son poderosas y en ocasiones peligrosas.
- Las actitudes moldean el comportamiento.
- Las influencias sociales moldean el comportamiento
- Las disposiciones moldean el comportamiento.
- El comportamiento social también tiene una gran carga biológica.
- Los sentimientos y los actos hacia las personas, algunas veces son negativas y otras positivas.

La importancia de la psicología social en la actualidad es muy relevante es por ello que se entiende como el estudio científico de la manera en que los individuos piensa, sienten y se comportan en un contexto social, en el cual reflejan sus conductas.

Hay que remarcar que la psicología social tiene por objeto de estudio las creencias, actitudes individuales, conscientes e inconscientes de las personas, la manera en la que expresan sus emociones en la sociedad, sus conductas públicas, entre otras. Los psicólogos sociales estudian a los grupos de personas desde una perspectiva del comportamiento individual. Pues los aspectos de la psicología social incluyen pensamientos, emociones y comportamientos, y a su vez están relacionados con otras personas o influidos por otras personas (Kassin, 2015, p. 7).

El valor que se le va dando a la psicología social en estos días va de acuerdo al comportamiento que día a día se va presentando y que ha sido reconocido.

Una perspectiva más de la psicología social la cual entiende como la disciplina científica que busca entender la naturaleza y las causas del comportamiento y del pensamiento individual en las situaciones sociales que se puedan presentar en un contexto determinado.

Según Rodríguez et al (2002, p. 19) la Psicología Social es el estudio científico de la influencia recíproca entre las personas, a lo que regularmente se le llama interacción social, y de dicho proceso generado se da un pensamiento social. Es decir, las acciones que se dan entre las persona afectan o influyen en los pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos de los otros.

Las manifestaciones de comportamientos y de los procesos mentales superiores como son los juicios, los pensamientos y los procesamientos de la información, son producidas por el proceso de interacción, es decir, los procesos cognitivos son producto de la interacción social. Ahora bien, la interacción humana trae consigo situaciones cognitivas y comportamentales.

Teóricamente el objeto de estudio material de la Psicología Social es la interacción humana; mientras el objeto formal de la misma es el método científico. Por lo que en esencia la psicología social estudia los fenómenos sociales comportamentales y cognoscitivos que surgen a partir de la interacción entre las personas. También se puede considerar que esa interacción está relacionada con los estados de ánimo de las personas (Rodríguez et al, 2002, pp. 21 y 22)

El desarrollo de la Psicología Social tiene como referencia dos procesos importantes como lo es la diversidad social y la uniformidad social. Pues esta disciplina surge de la necesidad del estudio de las repercusiones de los conflictos provocados por la diversidad de las presiones sociales, por las oposiciones de las normas y valores que se dan el contexto sociocultural (Morales et al, 1999, p. 14)

La Psicología Social le ha dado gran énfasis al tema del autoconcepto, que es el tema central de esta investigación y su correlación es de gran importancia en el desarrollo humano y social, pues recuerde que el autoconcepto es la imagen misma que la persona tiene de sí misma, es decir, el autoconcepto es formado por la comparación con otras personas; y que la relevancia que tiene depende de las situaciones sociales.

El Autoconcepto de cada persona se forma de la percepción de la persona misma y de la percepción de cómo se relaciona con otros y de cómo se compara con otros. Así pues, la Psicología Social también se encargará del estudio de la introspección, la autoconciencia, de la observación del propio comportamiento y de las relaciones emocionales y de los autoesquemas, así como de la reacción de las personas que le rodean. La introspección se refiere al proceso de mirar hacia dentro para separar y distinguir los pensamientos, emociones y motivaciones. Por otro lado, está la autoconciencia es el proceso de auto observación y auto evaluación (Rodríguez et al, 2002, p. 60)

La influencia de la interacción social en la formación del autoconcepto es de suma importancia, pues de niños somos evaluados y comparados con otros, puede ser con familiares, amigos, profesores o simplemente con extraños. La perspectiva del otro da el parámetro de conciencia de que la persona es diferente. El autoconcepto pertenece a la idea del yo, en relación a una serie de creencias (racionales o irracionales) sobre quien se es, en este vasto mundo de interacción social (Rodríguez et al, 2002, p. 61).

## CONCLUSIÓN

En la actualidad la ansiedad social ha llevado a que se tenga mayor atención de los adolescentes que viven y pasan por esta situación. Y aunque es un trabajo en conjunto que incluye el trabajo del paciente, del terapeuta, de la familia pero también de la sociedad en general. Pues el adolescente es susceptible a situaciones como la ansiedad social.

Esta investigación estuvo enfocada a recolectar información teórica de la ansiedad social, ver como se concibe, y cuál es la afectación que tiene en el adolescente, pero también se puede entender como el trabajar el autoconcepto puede servir para que el adolescente, mediante las técnicas del modelo cognitivo conductual, logre generar una estabilidad emocional y sobre todo sentirse bien consigo mismo.

Es importante abordar este tema en adolescentes pues su sintomatología es fuerte y sus afectaciones pueden ser a nivel físico y emocional. Perjudica al autoconcepto y autoestima del adolescente, y esto orilla a la persona a alejarse del contexto social. La ansiedad que presenta va en aumento y es más intensa, y hace que el adolescente se aislé cada día más.

Por ello la importancia de elegir un modelo psicológico que pudiera apoyar el proceso de atención del adolescente, usando ciertas técnicas que le ayuden a disminuir los síntomas y prevenir problemas sociales, incluso el suicidio.

Esta investigación deja una serie de aprendizajes que permiten la comprensión y la sensibilización, como psicólogo, de las situaciones que vive el adolescente, pero

también entender que existen aspectos como el autoconcepto. Que le favorecerá al adolescente a encontrar un sentido de su propia identidad, a comprender la realidad y sobre todo a interpretar su realidad y sus propias experiencias de una manera más saludable, con una carga de motivación que contribuyan a su salud y su desarrollo personal.

También es importante mencionar que el desarrollo de un autoconcepto trae el desarrollo de habilidades sociales que permitan una mejor comunicación interpersonal, evitando así situaciones de riesgo de la ansiedad. Pues las habilidades sociales constituyen un amplio rango de competencias a desarrollar día a día.

El adolescente en su autoconcepto permitirá establecer habilidades de comunicación, de conversación, de solución de problemas, entre otras, fomentando en él una vida plena y satisfactoria correspondiente a la edad en la que vive.

Es por ello que esta investigación es una gran herramienta de trabajo que le permite al psicólogo un gran campo de análisis y comprensión en el tema central que es la ansiedad social en relación al autoconcepto.

Así pues la recolección de información sobre la ansiedad, el autoconcepto, el modelo y área de la psicología son lo que dan cuerpo y sustento a este trabajo de tesina, que además servirá como un referente en el trabajo de prevención o intervención psicológica no solo de adolescentes sino también de niños y jóvenes, promoviendo así una salud mental y una estabilidad emocional.

## REFERENCIAS

Almario Julián F. (2016), Una mirada existencial a la adolescencia, Colombia, Manual Moderno.

Asociación Americana de Psiquiatría, (2014), Guía de Consulta de los Criterios Diagnosticos del DSM – 5, Estados Unidos, Editorial APA.

Baro, (s/f), Aislamiento social, Comisión para el desarrollo de la enfermería en el servicio de salud de Andaluz de salud

Barlow David H., (2018), Manual clínico de trastornos psicológicos, México. Manual moderno.

Belloch A, Sandin B, Ramos F. (2009) concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. Manual de psicopatología, España. Editorial Mc Graw-Hill.

Butcher James N., Susan Mineka, Jill M. Hooley., (2007) Pánico, ansiedad y sus trastornos. Psicología clínica, España. Editorial Pearson Educacion.

Cárdenas E.M, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010) Generalidades. Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (p.11). Xochimilco, México: Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Cohen Imach Silvina, Cabellero Silvina Valeria, Mejall Sergio, Hormigo Karina, (2012), Habilidades sociales, aislamiento y comportamiento antisocial en el adolescente en contextos de pobreza, Colombia, Editorial: Universidad Católica de Colombia.

El Sahili González Luis Felipe, (2012), Psicopatología clínica, México, Editorial Trillas

Eysenck Michel W., (2018), Psicología básica, México, Editorial Manual Moderno.

Feixas Guillem y Miró Teresa, (1993), Aproximaciones a la psicoterapia, Una introducción a los tratamientos psicológicos, España, Editorial Paidós.

González Pineda Julio A., Núñez Pérez J. Carlos, González Pumariega Soledad, García García Marta, (1997), Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar, España, Universidad de Oviedo.

Heinze Martin Gerhard, Camacho Segura Pedro, (2010), Guía clínica para el manejo de la ansiedad, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Hernández Romero Yanisleidy, Chimal Hernández Sarai Andrea, (2021), Psicología del desarrollo una perspectiva clínica, México, Editorial manual moderno.

Kassin Saul, Fein Steven, Markus Hazel Rose, (2014), Psicología Social, México, editorial: Cengage Learning.

Lee Alison, Irwin Robert, (2020), Psicopatología: una perspectiva neuropsicológica social, México, Manual Moderno.

Lindo L., Vega J., Lindo M., Cortés J., (2005), Prevalencia de síntomas de fobias social en adolescentes varones, Perú, Editorial Revista de Neuro-psiquiatría.

Morales J. Francisco, Moya Miguel, Pérez Juan, Fernández Inmaculada, Fernández Dols José Miguel, Huici Carmen, Páez Darío, Marques José, (1999), Psicología social, México, Editorial Mc Graw Hill

Morrison James, (2014), DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico, México, Editorial Manual moderno.

Morris Charles G., Maisto Albert A., (2009), Psicología, México, Editorial Pearson Educación.

Myers David G., (2005), Psicología social, México, Editorial McGraw Hill

Papalia Diane, Duskin Feldman Ruth, Martorell Gabriela, (2012), Desarrollo humano, México, Editorial Mc Graw Hill.

Rodrigues Aroldo, Assmar Eveline, Jablonski Bernardo, (2002), Psicología social, México, Editorial Trillas.

Ruiz Ma. Ángeles, Díaz Marta Isabel, Villalobos Arabella, (2012), Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, España, Desclée De Bruower

Sánchez Escobedo Pedro, 2008, Psicología clínica, México, Editorial moderno.

Sierra Juan Carlos, Ortega Virgilio, Zubeidat Ihab, (2003), Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.

Zubeidat Ihab, Fernández Parra Antonio, Sierra Juan Carlos, Salinas José María. (2007), Ansiedad social específica y generalizada: ¿variantes del mismo trastorno o categorías diferentes con características con características similares?, España, Editorial Asociación Española de Psicología conductual.