



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Nivel de Ansiedad entre Estudiantes de las Carreras de la
Facultad de Estudios Superiores Iztacala"**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)**

JENIFER SAMANTHA LÓPEZ ZAHAR

Directora: Dra. Benita Cedillo Ildfonso

Dictaminadores: Mtra. Susana Meléndez Valenzuela

Mtro. Osvaldo Coronado Álvarez





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.

“¿Quiénes son los eruditos? Los que practican lo que saben”

(Muhammad ca.569-632)

A mi papá:

Por el gran amor que me demuestras todos los días, apoyándome económica y moralmente para que cumpla mis metas. Gracias por enseñarme el compromiso con el trabajo y la honestidad; por creer en mí y acompañarme en cada paso. Te amo.

A mi mamá:

Por ser mi ejemplo a seguir; de ti aprendí a ser justa, a ser valiente en cualquier situación, a ayudar al prójimo y a cumplir mis metas sin importar los obstáculos. Gracias por exigirme, apoyarme e impulsarme en todos mis proyectos. Te amo.

A mi hermana:

Por ser mi amiga, mi compañera de desvelo y transporte, por tus consejos, por tus asesorías en redacción y sobre todo, por estar conmigo incondicionalmente. Te amo.

A mi asesora:

Por compartir conmigo su conocimiento y experiencia, además de enseñarme a seguir una línea teórica y a ser profesional. Gracias por ser una profesora en toda la extensión de la palabra y darme la oportunidad de aprender de forma extracurricular.

Orgullosamente Universitaria
Jenifer Samantha López Zahar

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| 1. ANSIEDAD | 5 |
| 1.1 Definición de ansiedad | 5 |
| 1.2 Ansiedad Clínica | 7 |
| 1.2.1 Tipos de ansiedad clínica | 8 |
| 1.3 Componentes de la ansiedad | 10 |
| 1.3.1 Componente Cognitivo | 10 |
| 1.3.2 Componente Fisiológico | 11 |
| 1.3.3 Componente Conductual o Motor | 11 |
| 1.4 Niveles estadísticos de la ansiedad | 11 |
| 2. ESTUDIOS SOBRE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS | 13 |
| 3. ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LA ANSIEDAD | 17 |
| 3.1 Enfoque Conductual | 17 |
| 3.2 Enfoque Cognitivo Conductual | 20 |
| 3.3 Enfoque Psicoanalítico | 21 |
| 3.4 Enfoque Gestalt | 22 |
| 3.5 Enfoque Humanista | 23 |

| | |
|------------------------------|----|
| 4. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD | 25 |
| 4.1 Entrevista Conductual | 25 |
| 4.2 Autoinformes | 26 |
| JUSTIFICACIÓN | 31 |
| 5. ESTUDIO EMPÍRICO | 32 |
| 5.1 Objetivo | 32 |
| 5.2 Objetivos específicos | 32 |
| 5.3 Definición de variables | 32 |
| 5.4 Hipótesis | 32 |
| 5.5 Método | 33 |
| 5.6 Resultados | 34 |
| DISCUSIÓN | 39 |
| CONCLUSIONES | 47 |
| REFERENCIAS | 49 |
| ANEXO 1 | 57 |
| ANEXO 2 | 58 |

RESUMEN

La ansiedad es un estado emocional condicionado, en el que la persona asocia ciertos estímulos con situaciones de peligro (Skinner, 1979). Este condicionamiento modifica el estado cognitivo, fisiológico y motor del individuo; y en algunos casos, la ansiedad es patológica cuando su intensidad, frecuencia y duración, superan los límites adaptativos, interfiriendo en las actividades cotidianas del sujeto. Se ha demostrado que en estudiantes universitarios, niveles altos de ansiedad pueden influir de forma negativa en su rendimiento académico, e incluso pueden contribuir en la deserción escolar. En nuestra investigación, se aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) a 152 estudiantes de la FES Iztacala, UNAM, de los primeros semestres de las carreras de Psicología, Biología, Medicina, Enfermería y Odontología, con el objetivo de comparar el nivel general de ansiedad, así como los niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en la respuesta de ansiedad cognitiva, solo entre las carreras de Psicología y Biología, así como en el nivel de ansiedad general, entre las carreras de Biología y Odontología. Lo que nos permite inferir que hay una relación entre la exigencia académica (de contenido y práctica) y lo que piensa el estudiante ante este tipo de situaciones académicas que desencadenan la respuesta de ansiedad cognitiva, posiblemente porque la carrera de Biología en su plan curricular contiene un mayor número de materias prácticas y el contenido teórico de éstas, tiene mayor complejidad que el resto de las carreras de la muestra.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad se ha estudiado desde distintos niveles, como el conductual y el clínico; relacionado con lo clínico, el concepto “ansiedad” se creó en 1844 en el libro *“The Concept of Dread”* de Sören Kierkegaard (Goodwin, 1986), sin embargo, se han creado diversas definiciones para el término, algunas de ellas realzan aspectos emocionales (Beck, 1985; Goodwin, 1986; Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005), diferenciándola de estrés (Piqueras et al., 2008), miedo (Goodwin, 1986; Virgen et al., 2005) y fobia (Téllez et al., 2007).

Por otro lado, la teoría conductual plantea que la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado (Skinner, 1979), de tal forma que los sujetos que la presentan han aprendido a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes. Cada vez que se produce contacto con estos estímulos se desencadena la ansiedad.

La clasificación de ansiedad realizada en el DSM V cuenta con 10 trastornos (American Psychiatric Association, 2014), mientras que la Organización Mundial de la Salud cuenta con una clasificación de seis trastornos principales (Virgen et al., 2005).

La ansiedad, en cualquiera de sus formas, está compuesta por respuestas cognitivas (interpretación y valoración del evento), fisiológicas (incremento en la frecuencia cardiaca, modificación de la presión arterial, dilatación de bronquios, incremento de tensión muscular, etc.) y motoras (contraataque, evitación y escape) (McLean y Woody, 2001; Piqueras et al., 2008) y puede ser medida por auto informes de los diferentes niveles de la conducta (Zubeidat, Fernández y Sierra, 2006).

A pesar de que la ansiedad afecta actualmente aproximadamente al 14% de la población mexicana (Virgen et al., 2005; Aguirre, López y Flores, 2011), no es considerada una enfermedad (Cano Vindel, 1989), sino una reacción a situaciones de peligro, estrés, conflicto, enfermedad y/o abstinencia a las drogas, las cuales pueden deteriorar el funcionamiento normal de la persona; es una

respuesta adaptativa a diversas situaciones y conlleva un desorden psicofisiológico (Edelman, 1992; Piqueras et al., 2008).

De este modo, los tratamientos tienen como objetivo disminuir la frecuencia e intensidad de las respuestas de ansiedad (fisiológicas, cognitivas y motoras), siendo las intervenciones conductuales y farmacológicas las que han demostrado mayor efectividad. Hasta el año 2005, estos tratamientos eran aplicados por separado, pero estudios han probado que la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos brindan mejores resultados a corto plazo (Téllez et al., 2007).

Dada la importancia del trastorno de ansiedad en todos los aspectos de la vida de la persona, sobre todo en la actividad general de los estudiantes de cualquier nivel académico, se han realizado estudios que muestran una gran evidencia empírica de la existencia de una asociación entre el nivel de ansiedad en estudiantes universitarios y el deterioro de respuestas de ejecución de evitación y escape, de habla, tareas de vigilancia, así como efectos en procesos como la vigilia, la atención, la percepción, el razonamiento y la memoria de los estudiantes (Cano Vindel, 1989; Contreras et al., 2005), lo que influye de forma negativa en el rendimiento académico, en la eficiencia para resolver problemas (McIntyre y Gardner, 1989; Fernández-Castillo y Gutiérrez, 2009), en la concentración y memoria (Virgen et al., 2005); además de ser causa importante de la pérdida de motivación hacia el aprendizaje (Elkhafaifi, 2005; Sparks y Ganschow, 2007).

Las implicaciones de la ansiedad se han observado en la población estudiantil de diferentes etnias, carreras y grado académico, donde se ha reportado que estudiantes ansiosos, se centran en sus inhabilidades personales, emocionales, así como en las fallas que han tenido en su desempeño previo (Rivas, 1977).

El evaluar los aspectos cognitivos, somáticos, comportamentales y de gravedad de los trastornos de ansiedad, permite una mejor descripción y comprensión de los mismos para futuras intervenciones (Zubeidat et al., 2006; Téllez et al., 2007). Así mismo, se conocerían sus efectos negativos en el rendimiento escolar para su posible tratamiento de los mismos (Virgen et al.,

2005). En el presente trabajo se comparará el nivel de ansiedad en los tres sistemas de respuesta. En el primer capítulo se define el concepto de ansiedad, se explica la ansiedad clínica y los tipos de ésta, así como los sistemas de respuesta cognitivo, fisiológico y motor-conductual; por último se describe la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los últimos años.

En el segundo capítulo se exponen los principales trabajos psicológicos realizados sobre ansiedad en el ámbito educativo, principalmente en estudiantes universitarios. Posteriormente, en el tercer capítulo se presentan algunas de las definiciones y explicaciones más representativas de la ansiedad, partiendo de diferentes enfoques: Conductual, Cognitivo Conductual, Psicoanálisis, Gestalt y Humanismo; para el cuarto capítulo se recuperan las principales técnicas conductuales de evaluación y diagnóstico de ansiedad. Finalmente, el quinto capítulo describe el reporte de investigación, se presenta la metodología y los resultados obtenidos, así como las conclusiones del mismo.

1. ANSIEDAD

1.1 Definición de ansiedad

De acuerdo con el Diccionario General Etimológico de la Lengua Española (1887), la palabra ansiedad significa “Estado de agitación, inquietud o zozobra de ánimo” y etimológicamente proviene del latín *anxiētas* y *anxitūdō*, del catalán <anxieta>; del provenzal *anxieta*, del francés *anxiété* y del italiano *ansietà*.

El término “ansiedad” apareció por primera vez en el libro “*The Concept of Dread*” de 1844, escrito por Sören Kierkegaard, quien definió a la ansiedad como una inquietud difusa ante un peligro no aparente, lo cual no permite que la persona escape (Goodwin, 1986).

Actualmente, los conceptos ansiedad, estrés, miedo y fobia, se emplean coloquialmente para referirse a los mismos eventos. Sin embargo, éstos tienen connotaciones diferentes (Edelman, 1992). El estrés se refiere a cansancio y agotamiento (Piqueras et al., 2008), mientras que el miedo aparece cuando una situación es valorada como peligrosa (Beck, 1985), es decir, es un proceso cognitivo, además de que la amenaza es conocida (Goodwin, 1986; Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005). Por otro lado, una fobia puede definirse como un temor irracional ante un objeto o evento específico y tiene como consecuencia la evitación de éste (Téllez et al., 2007).

La ansiedad es definida por algunos autores como consecuencia de conflictos intrapsíquicos, es decir, una reacción del Yo a las demandas del Ello que emergen sin control (Breuer y Freud, 1895), como un estado emocional que genera desorden psicofisiológico, principalmente en el sistema nervioso simpático (Goodwin, 1986; Piqueras et al., 2008; Rivas-Acuña et al., 2011) o un mecanismo adaptativo natural ante situaciones percibidas como amenazantes, que da paso a conductas resolutivas y de seguridad (Virgen et al., 2005; Riveros, Hernández y Rivera, 2007; Consejo de Salubridad General, 2010; Aguirre, López y Flores, 2011).

La ansiedad es una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo (American Psychiatric Association, 2014).

Por otro lado, la teoría conductual plantea que la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado; Skinner (1979) define la ansiedad como un estado emocional, donde los sujetos que la presentan han aprendido a asociar estímulos, de tal forma que el estímulo perturbador, que es el causante principal, que no precede ni acompaña al estado, sino que se anticipa al mismo, este estímulo que todavía no ocurre puede actuar como causa, resultado del condicionamiento. Este estado emocional altera aspectos cognitivos, que se refiere a los pensamientos y las imágenes mentales que vienen a nuestra cabeza cuando estamos ante una situación atemorizante y cada vez que se produce contacto con estos estímulos se desencadena la ansiedad.

Otra de las causas que provocan la respuesta de ansiedad puede ser la abstinencia del consumo crónico de sustancias como: simpaticomiméticos, anfetaminas, anticonceptivos, consumo excesivo de alcohol, penicilinas, abstinencia a psicoactivos, etc (Consejo de Salubridad General, 2010).

Cabe aclarar que en niveles bajos y moderados de ansiedad, ésta no es considerada patológica, sino parte del sistema de alarma ante situaciones adversas (Goodwin, 1986; Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005; Téllez et al., 2008). Algunos psiquiatras consideran que la ansiedad es necesaria para construir el carácter, creatividad y resolver problemas (Goodwin, 1986). En suma, la ansiedad y el miedo son, en sentido estricto, estados emocionales; se trata de reacciones emocionales adaptativas. La ansiedad y el miedo son reacciones emocionales ante situaciones que implican peligro para la supervivencia del organismo y cuya función adaptativa es la reacción de defensa. Sin embargo, la ansiedad y el miedo pueden convertirse en patológicas cuando se producen sin que exista un peligro real, sin embargo, es patológica cuando se presenta ante estímulos inexistentes o cuando la duración e intensidad de la respuesta es mayor a los límites adaptativos, interfiriendo con el rendimiento de la persona y sus relaciones sociales (Téllez et al., 2007; Piqueras et al., 2008). En tales circunstancias, la

ansiedad y el miedo se perciben como estados emocionales altamente aversivos que, lejos de facilitar el comportamiento adaptativo, lo interfiere y perturba. En estos casos, estamos hablando de un fenómeno clínico o patológico denominado trastorno de ansiedad.

Es decir, la diferencia entre ansiedad y ansiedad patológica radica en la intensidad, frecuencia y duración de la misma (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005; Schlatter, 2010).

1.2 Ansiedad Clínica

A nivel clínico, la ansiedad es considerada una “enfermedad” que se acompaña de trastornos psiconeuróticos, resultado de la sobreactividad de los sistemas adrenérgicos (del neurotransmisor adrenalina que se incrementa ante situaciones de peligro) o serotoninérgicos (del neurotransmisor serotonina, que en situaciones de ansiedad se encuentra incrementada) en el Sistema Nervioso Central o a una disminución de la concentración del sistema Gabaérgico (neurotransmisor inhibitor del SNC) (Cedillo, 2008). En este nivel, la ansiedad se torna irracional, ya que el estímulo desencadenante está ausente (Schlatter, 2010) o si la ansiedad es excesiva, lo cual supera la capacidad adaptativa del sujeto y genera disfuncionalidad en diversos aspectos de su vida (Riveros, Hernández y Rivera, 2007; Consejo de Salubridad General, 2010; Aguirre, López y Flores, 2011).

En la historia clínica del paciente ansioso se deben contemplar antecedentes como: uso de alcohol, tabaco, cafeína, enfermedades orgánicas y acontecimientos vitales estresantes, con el fin de asegurarse de que la ansiedad no es un síntoma secundario a éstos y así emitir un diagnóstico basado en evidencia (Consejo de Salubridad General, 2010).

En cuanto al tratamiento del trastorno de ansiedad, éste generalmente es farmacológico, el cual alivia los síntomas y previene recaídas, aunque recientemente se ha demostrado que la combinación del tratamiento farmacológico (empleo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos) con terapia

de tipo conductual o cognitivo conductual, genera mejores resultados a corto plazo (Consejo de Salubridad General, 2010; Schlatter, 2010). En función de esto, se debe proporcionar al paciente y familiares, información científica basada en evidencia sobre síntomas, opciones de tratamiento y posibilidades de manejo de su trastorno, para facilitar la toma de decisiones (Bulacio, 2004; Consejo de Salubridad General, 2010).

1.2.1 Tipos de ansiedad clínica

Existen diversas clasificaciones de ansiedad, siendo la clasificación establecida en el DSM V la más utilizada en el diagnóstico de este trastorno.

El DSM V clasifica a los trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

- **Trastorno de Ansiedad por Separación**

Ansiedad excesiva que se presenta cuando el individuo se separa de las personas por las que siente apego (American Psychiatric Association, 2014).

- **Mutismo Selectivo**

Alteración en la capacidad de habla en situaciones sociales específicas, debido a ansiedad excesiva. La pérdida de habla interfiere con los logros educativos y sociales del individuo (American Psychiatric Association, 2014).

- **Agorafobia**

La ansiedad aparece en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o bien donde es imposible encontrar ayuda en caso de una crisis de angustia. Generalmente se evita salir de casa o asistir a lugares concurridos (Norton, 2012; American Psychiatric Association, 2014).

- Trastorno de Ansiedad Social o Fobia Social

Las respuestas de ansiedad se presentan ante situaciones sociales generales o restringirse a situaciones concretas como actuaciones en público, generalmente producida por miedo a la evaluación negativa, lo cual conlleva a comportamientos de evitación (McLean y Woody, 2001; Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005; Norton, 2012; American Psychiatric Association, 2014).

- Trastorno de Pánico

Aparición súbita y recurrente de aprensión, miedo pavoroso, terror, sensación de muerte, falta de aliento, palpitaciones, malestar torácico, sensación de asfixia y miedo a perder el control. Puede ocurrir en la mayoría de los trastornos de ansiedad (Briley, 1991; McLean y Woody, 2001; Norton, 2012; American Psychiatric Association, 2014).

- Trastorno de Ansiedad Generalizada

La persona presenta ansiedad y preocupación excesiva, incontrolable e inespecífica, además de síntomas fisiológicos crónicos, los cuales persisten de forma continua durante al menos 6 meses, interfiriendo con su vida diaria (McLean y Woody, 2001; Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005; Schlatter, 2010; Norton, 2012; American Psychiatric Association, 2014).

- Trastorno de Ansiedad debido a otra Afección Médica

Los síntomas prominentes de la ansiedad son producidos exclusivamente por efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (Norton, 2012; American Psychiatric Association, 2014).

- Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias/Medicamentos

Los síntomas de ansiedad son secundarios a los efectos directos de una droga, fármaco o tóxico (Norton, 2012; American Psychiatric Association, 2014).

- Otro Trastorno de Ansiedad Especificada

Se caracteriza por la presencia de síntomas de ansiedad, sin cumplir con los criterios necesarios para la clasificación de algún trastorno. Algunos ejemplos son los ataques sintomáticos limitados, ataques de nervios y ansiedad generalizada que no se produce en un mayor número de días que los que no está presente (American Psychiatric Association, 2014).

- Trastorno de Ansiedad No Especificado

Se refiere a trastornos que se caracterizan por ansiedad que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (Norton, 2012; American Psychiatric Association, 2014).

1.3 Componentes de la ansiedad

Existen diversas formas de analizar los trastornos de ansiedad. Desde el modelo conductual, la ansiedad, en cualquiera de sus formas, está compuesta por respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005; Piqueras et al., 2008).

1.3.1 Componente Cognitivo

El nivel cognitivo se refiere a las expectativas negativas y preocupaciones sobre uno mismo, a los procesos que implican percepción de situaciones y/o eventos, detección, identificación, comparación, etc.; es la interpretación y valoración del evento (Piqueras et al., 2008), es decir, la ansiedad depende de la percepción individual de peligro o daño (Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez, 2008).

Las respuestas más comunes son intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva, miedo a la crítica, a cometer errores, ideas catastróficas, temor a perder el control, sensación de muerte (Briley, 1991; Consejo de Salubridad General, 2010), hipervigilancia y confusión (Beck, 1985; Briley, 1991).

1.3.2 Componente Fisiológico

A nivel fisiológico, el sistema nervioso simpático es activado cuando se identifica la amenaza, lo cual produce que el organismo se “hipermovilice” (Beck, 1985; Edelman, 1992), generando incremento en la frecuencia cardiaca, modificación de la presión arterial, dilatación de bronquios, incremento de tensión muscular (Briley, 1991; Edelman, 1992; Sue, 1996; Piqueras et al., 2008; Consejo de Salubridad General, 2010), falta de aliento, opresión, malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia (Aguirre, López y Flores, 2011), mareos, sudoración, hiperreflexia, parestesias, temblor, molestias digestivas, incremento en la frecuencia urinaria, diarrea (Briley, 1991; Sue, 1996; Consejo de Salubridad General, 2010), etc.

1.3.3 Componente Conductual o Motor

Se refiere a aspectos como expresiones faciales, patrones de comunicación e inquietud. Las respuestas motoras, son aquellas orientadas hacia el afrontamiento de una situación, con la finalidad de aliviar un malestar físico o psicológico, lo que ocurre debido al reforzamiento de estas conductas (McLean y Woody, 2001; Piqueras et al., 2008). En los trastornos de ansiedad, las respuestas más comunes son las de confrontación (contraataque y reacción agresiva), distanciamiento (evitación y escape) y autocontrol (Sue, 1996; Piqueras et al., 2008), además de movimientos corporales repetitivos e inconexos, bloqueos momentáneos e incluso, hiperactividad (Hull, 1921; 1943).

1.4 Niveles estadísticos de ansiedad

La ansiedad es uno de los problemas más frecuentes en todos los grupos de edad (Montorio, Nuevo, Losada y Márquez, 2001; Heinze y Camacho, 2010), tendiendo

a que esta sea crónica (Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2000). Se ha estimado que entre el 13.6% y el 28.8% de la población general padecerá un trastorno de ansiedad en su vida (Heinze y Camacho, 2010).

Se sabe poco sobre la prevalencia de estos trastornos en la población mexicana (Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2000), sin embargo, algunos estudios han reportado que en 1999, el 14.8% de la población mexicana presentaba algún trastorno de ansiedad (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005), siendo solo el 5% de personas que la padecen quienes acuden al médico (Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2000). En 2002, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica concluyó que el 14.3% de los adultos urbanos de entre 18 y 65 años de edad han padecido algún trastorno de ansiedad (Aguirre, López y Carmina, 2011). Así mismo, en 2013, los trastornos de ansiedad afectaban al 14.3% de la población general y en el caso de la población mexicana de 18 a 29 años, los trastornos de ansiedad afectaban al 15.1%, del cual, el 1% presentó Trastorno de Pánico, el 0.5% Trastorno de Ansiedad Generalizada, el 3.2% Fobia Social y el 4.6% Trastorno de Ansiedad por Separación (Juárez, 2013). Las cifras obtenidas en encuestas mexicanas, son similares a las obtenidas en países como España y Estados Unidos, pues la Encuesta Nacional de Salud muestra que el 14.6% de la población española presentaba trastorno de ansiedad (Instituto Nacional de Estadística, 2013) y en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en España en 2002, los trastornos de ansiedad afectaban al 14.3% de la población (Aguirre, López y Flores, 2011).

Así mismo, en 2008, la Encuesta Nacional Norteamericana *National Comorbidity Survey* reportó que el 13.3% de la población presentaba fobia social (Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez, 2008), mientras que en 2009 se encontró que el 17% de hombres y el 21.5% de mujeres norteamericanas mostraban síntomas de ansiedad, requiriendo intervención (Fernández-Castillo y Gutiérrez, 2009).

2. ESTUDIOS SOBRE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Se ha estudiado la relación entre las características psicológicas individuales con la ansiedad y el desempeño académico de los estudiantes de distintos niveles educativos (Aguirre, López y Flores, 2011), en algunos casos se ha mostrado una relación entre niveles altos de ansiedad y fracaso escolar, entendiendo a este último como el terminar una etapa o ciclo escolar obteniendo calificaciones insatisfactorias, influyendo en otros ámbitos de la vida personal, social, etc. (Fernández-Castillo y Gutiérrez, 2009).

Actualmente las actividades preventivas para disminuir la incidencia del trastorno de ansiedad, se han dirigido a la población universitaria, por ser la población de mayor accesibilidad (López y Díaz, 2011).

En estudiantes de medicina se han realizado diversos estudios relacionando el nivel de ansiedad con el desempeño académico. Bates et al. (2000) evaluó a estudiantes de segundo año de medicina del Reino Unido, la prevalencia general de ansiedad fue de 41.2%, siendo el 37% en hombres y el 43.3% en mujeres. Por otro lado, Kamali, Lowry y Newbury-Birch (2002) compararon los niveles de ansiedad de estudiantes ingleses de Odontología y Medicina. Encontraron que en Odontología la prevalencia de ansiedad fue de 47% en segundo año, 67% en quinto año y 16% una vez titulados. Sin embargo, en la carrera de Medicina la prevalencia fue en segundo año de 47%, en quinto año de 26% y una vez egresados de 30%.

En Estados Unidos, Azzam, Chandavarkar y Mathews (2007) evaluaron a estudiantes de medicina de la Universidad de California de tercer año; el 11.5% presentó ansiedad significativa, siendo las mujeres las que presentaron mayores niveles de síntomas ansiosos.

En América Latina también se han realizado investigaciones sobre ansiedad en estudiantes universitarios. En Chile, el 17% de la muestra de estudiantes de Odontología y el 44% de los estudiantes de Medicina presentó cuadros de ansiedad en su primer año de universidad, sin embargo, el nivel decrecimiento en

los años siguientes (Jerez, Rioseco, Valdivia, Vicente y Vielma, 1996). En 2007, se realizó otro estudio en la misma universidad chilena, cuyos resultados mostraron que la prevalencia general de ansiedad era de 23.7%, siendo el 23.8% para mujeres y el 10.7% para hombres (Alvial et al., 2007). Un estudio longitudinal realizado en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, arrojó que la prevalencia de ansiedad fue de 45.9% (Dávila, Ruíz, Moncada y Gallardo, 2011).

Un estudio realizado en Colombia, por Amézquita, González y Zuluaga (2003) en la Universidad de Caldas, con una muestra de 625 estudiantes universitarios elegidos al azar, evaluados con inventarios de ansiedad de Beck, demostró que el 58.1% de los estudiantes presentaba ansiedad significativa.

Por otro lado, en México, Rosete (2003, citado en Rosete, 2006) investigó los niveles de ansiedad en 576 estudiantes universitarios de las siete carreras de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de los cuales el 32% resultó positivo en la Entrevista Psiquiátrica Modificada (EPM). De los estudiantes positivos, el 32.6% pertenecía a Enfermería, el 21.8% a Psicología, el 12% a Odontología, el 9.4% a Medicina, el 9% a Químico Farmaco Biólogo, el 6% Ingeniería Química y por último el 2.9% a Biología. De esta muestra sólo el 16% concluyó la carrera. En otro estudio de Carrillo y Castro (s/f) donde se aplicó el Cuestionario de Salud General de Goldberg (1999) a 13, 342 estudiantes universitarios de diferentes semestres y una edad promedio de 19.8 años, se encontró una prevalencia de 3.8% de ansiedad.

En Nayarit, México, en un estudio transversal a 71 residentes médicos de seis especialidades, evaluados con la Escala de Ansiedad de Hamilton (1986), la prevalencia de ansiedad fue de 59.1%. La ansiedad moderada y leve se presentó en el 52.1 y 7% de los residentes respectivamente. La ansiedad en hombres fue de 48.5% y 68.4% en mujeres (Aguirre et al., 2011).

Algunas variables que han sido contempladas en estudios de ansiedad en universitarios son:

- ✓ Tipo de enseñanza en instituciones de salud mexicanas: En éstas, el trabajo académico es sustituido por lo laboral, generando falta de interés y

apatía, por el exceso de trabajo repetitivo, escasas horas de sueño y descanso. Además de altos niveles de ansiedad, se ha encontrado que entre los residentes, el 65% consume alcohol, el 14% tiene alteraciones del sueño y en general se encontraron manifestaciones de insatisfacción, culpa, indecisión, fatiga y retraso laboral, lo que afecta su desempeño académico (Aguirre et al., 2011).

- ✓ Género: Se ha demostrado mayor prevalencia de ansiedad, en mujeres (Azzam et al., 2007; Alvial et al., 2007; Aguirre et al., 2011; Bates et al., 2000; Robles et al., 2008).
- ✓ Exigencia curricular: Se ha demostrado que a mayor exigencia curricular (año de estudio y demanda académica) existe mayor nivel de ansiedad (Dávila et al., 2011).
- ✓ Estatus laboral y pareja también han sido consideradas como variables importantes en la prevalencia de ansiedad en universitarios (Robles et al., 2008).

En función de lo anterior, la ansiedad puede facilitar u obstaculizar el aprendizaje, ya que niveles bajos o moderados de ansiedad producen estado de alerta que mejora el rendimiento en general (Fernández-Castillo y Gutiérrez, 2009; Villaseñor-Ponce, 2010; García-Fernández, Martínez-Monteagudo e Inglés, 2013). Sin embargo, niveles altos de ansiedad pueden obstaculizar la vida social, bienestar general, desarrollo general, desarrollo de habilidades y desempeño académico de los estudiantes (Villaseñor-Ponce, 2010). En otras palabras, los niveles altos de ansiedad pueden dificultar la realización de tareas, además de afectar la atención, concentración, memoria y esfuerzo, produciendo que los alumnos eviten actividades en el aula (Fernández-Castillo y Gutiérrez, 2009), además de experimentar agotamiento, autocríticas y pérdida de control sobre el ambiente (Fisher y Hood, 1987; López y Díaz, 2011).

Así mismo, las investigaciones muestran que los estudiantes con bajo rendimiento académico, son individuos sin dificultades intelectuales, cuya eficiencia diaria es inferior a la esperada debido a trastornos afectivos como ansiedad, de modo que a mayor nivel escolar, existe mayor probabilidad de padecer algún trastorno afectivo. Las personas que padecen algún trastorno de ansiedad, tienen dificultad para experimentar placer (alimenticio, sexual, académico, etc.), lo que conlleva dificultades en su vida cotidiana (trabajo, rendimiento académico, familia y grupo social) (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013), ya que se enfocan en la dificultad de las tareas más que en el contenido de las mismas, además de centrarse en inhabilidades personales, tienen baja ejecución escolar, pocos hábitos de estudio, posponen el estudio y las tareas escolares, también tienen pensamientos negativos y poco control personal, lo que conlleva en conjunto a pobres logros académicos (Villaseñor-Ponce, 2010).

Los porcentajes encontrados en los estudios anteriores, muestran que la ansiedad es uno de los desórdenes clínicos más comunes de la población, incluyendo a los universitarios, que lidian con las exigencias sociales, familiares y estrés académico (Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez, 2008; Aguirre et al., 2011). En los estudios descritos, las mujeres presentan mayor índice de ansiedad significativa, así como los alumnos de los primeros semestres de odontología, medicina y enfermería, además de los residentes de especialidades médicas. En general, se ha encontrado una correlación inversamente proporcional, en la que a menor promedio académico, se presenta mayor ansiedad conductual (Tirado, Ortega, Díaz y Martín, 2005), lo que se refleja en el bajo porcentaje de estudiantes universitarios egresados.

3. ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LA ANSIEDAD

La ansiedad ha sido abordada desde diversos enfoques del área de la psicología, con la finalidad de generar técnicas de intervención eficaces en el área clínica. De este modo, la ansiedad ha sido conceptualizada como una conducta aprendida ante estímulos aversivos en el conductismo; como producto de distorsiones cognitivas que generan conductas disfuncionales en el enfoque cognitivo conductual; como resultado de la insatisfacción de necesidades del organismo en la gestalt; o como consecuencia del conflicto intrapsíquico del Complejo de Edipo no resuelto, en el enfoque humanista y psicoanalítico.

3.1 Enfoque Conductual

El enfoque conductual contribuyó a operativizar el término de la ansiedad, permitiendo la evaluación de la misma en función de sus antecedentes (estímulos) y sus consecuentes (respuestas), a partir de lo cual se puede determinar su frecuencia y duración (Casado, 1994) y de ese modo, predecir la probabilidad de aparición de la (s) conducta (s).

En la década de los veinte se realizaron los primeros intentos de explicar la ansiedad como una respuesta condicionada. Watson y Rainer (1920), condicionaron una respuesta de ansiedad en un niño, demostrando que los miedos estaban específicamente relacionados con las historias individuales de aprendizaje. Gracias al conductismo, la ansiedad, se apoya con las aportaciones de las teorías fisiológicas, motivacionales y las grandes aportaciones de las investigaciones en el campo del aprendizaje. Uno de los primeros conductistas que definieron la ansiedad, fue Skinner (1979), quien la describió como respuestas emocionales ante un estímulo aversivo condicionado. Es una conducta que se manifiesta solo cuando un estímulo precede a un estímulo aversivo, con un

intervalo de tiempo grande, que permite observar cambios en la conducta de la persona.

Desde las teorías del aprendizaje, un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados, elicitán a la ansiedad como respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en experiencias pasadas. Así, se puede entender la adquisición de la conducta de ansiedad, a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado (Hull, 1921; 1943).

Es decir, las personas aprenden a asociar estímulos, de modo que el estímulo aversivo que se presenta de forma anticipada a la respuesta de ansiedad, puede actuar como causa, incluso sin aparecer, debido al condicionamiento (Skinner, 1979).

La ansiedad tiene como propósito preparar al organismo para responder ante estímulos peligrosos, sin embargo, ésta puede ser aprendida mediante la asociación de estímulos no peligrosos o aversivos para el organismo (Barlow, 2002). Estos estímulos condicionados o incondicionados son los que la elicitán como respuesta, la cual es mantenida a partir de una relación funcional con el refuerzo obtenido en el pasado. La ansiedad supone afrontar de manera no funcional una situación, lo que puede derivar en diferentes conductas de los tres niveles de respuesta (fisiológico, motor y cognitivo) dependiendo de la persona (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

De este modo, existe una asociación entre estímulo aversivo y ansiedad, de tal forma que, cuando la respuesta que inhibe a la respuesta de ansiedad se presenta ante estímulos que la provocan, el vínculo entre estímulo aversivo y ansiedad se debilita (Wolpe, 1977 citado en Stella, 1998).

Wolpe (1979) propuso a partir de la psicopatología experimental una definición operacional; así, definió a la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo ante la presentación de un estímulo nocivo que de forma natural,

provoca dolor y daño en el individuo (por ejemplo, una descarga eléctrica). La respuesta de ansiedad puede ser elicitada por estímulos externos o situacionales y por estímulos internos (pensamientos, ideas, imágenes, etc.), percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes; el tipo de estímulo que evocará la respuesta de ansiedad es determinado por las características del sujeto.

De acuerdo con Wolpe (1979) y Mowrer (1947 citado en Pérez y Pérez, 1990), la ansiedad se adquiere por medio del condicionamiento clásico y es mantenida por el condicionamiento operante.

➤ Adquisición de ansiedad mediante condicionamiento clásico

En este modelo de asociación de estímulos, la ansiedad es la respuesta incondicionada (RI) ante un estímulo aversivo incondicionado (EI) que produce daño en el organismo. Posteriormente, un estímulo neutro (EN) es apareado con el estímulo incondicionado (EI), de modo que el primero (EN) adquiere propiedades del segundo (EI). El estímulo neutro (EN) se convierte entonces en estímulo condicionado (EC) y genera una respuesta condicionada (RC), en este caso ansiedad, cuya intensidad puede ser incluso superior a la de la respuesta incondicionada (RI) (Barlow, 2002; Pérez y Pérez, 1990).

➤ Mantenimiento de la ansiedad mediante condicionamiento operante

Una vez que se ha llevado a cabo el proceso de condicionamiento clásico, la respuesta se mantiene por el proceso de condicionamiento operante, en el cual la emisión de respuestas de ansiedad -motoras, fisiológicas y cognitivas- son reforzadas con la reducción del nivel de ansiedad (Pérez y Pérez, 1990).

Este enfoque ha contribuido a un gran avance en el estudio de la ansiedad al considerarla como una respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes (Estímulos) y consecuentes (Respuesta). Sin embargo, no ha prestado atención a los elementos cognitivos que intervienen en su adquisición, mantenimiento y extinción.

3.2 Enfoque Cognitivo Conductual

Es a partir de los años sesenta cuando empiezan a introducirse variables cognitivas en lo que se ha venido a llamar Enfoque Cognitivo-Conductual.

Este enfoque modificó el concepto de ansiedad, dándole un significado cognitivo. También se modifica la concepción unitaria de la ansiedad, siendo cada vez más aceptada la idea de la ansiedad como un triple sistema de respuesta, según el cual la ansiedad se manifiesta tanto a nivel conductual o motor como a nivel cognitivo y fisiológico (Lang, 1968).

En este modelo, las cogniciones se desarrollan a partir de la experiencia, así, la forma en la que un individuo estructura al mundo, determina su conducta (Bulacio, 2004; Dupont, 1999); en el caso específico de la ansiedad, ocurre lo mismo (Norton, 2012).

En las personas con ansiedad patológica, la preocupación por el peligro se presenta de forma rápida, breve, intrusiva, persistente e involuntaria (Beck, 1985; Bulacio, 2004), además de presentar patrones o modos de pensamiento; es decir, formas de procesar las experiencias, los cuales pueden tener múltiples distorsiones de pensamiento y de ese modo incrementar el problema (Bulacio, 2004). Algunas formas de distorsión son: pensamiento dicotómico -“de todo o nada”-, catastrofización -adivinar el futuro-, descartar lo positivo, inferencia arbitraria, razonamiento emotivo, rotulación -etiquetar-, magnificación, minimización, abstracción selectiva, sobre generalización, personalización, exigencias, demandas, etc. (Bulacio, 2004; Dupont, 1999).

El núcleo de la ansiedad patológica consiste en un esquema cognitivo de vulnerabilidad o incapacidad, es decir un modo o forma de procesar información intelectual y emocional. En pocas palabras, la persona ansiosa “sabe” que el mundo es peligroso y que él es vulnerable, lo que impide la adaptación y funcionalidad del paciente en diferentes contextos (Dupont, 1999).

El modelo de intervención cognitivo conductual, incluye técnicas de afrontamiento como: la técnica de creatividad, reestructuración cognitiva, la de entrenamiento en cambio de foco de atención, técnicas de relajación, entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en habilidades sociales, así como técnicas de exposición –técnica de inundación y desensibilización sistemática- (Bulacio, 2004; Dupont, 1999).

3.3 Enfoque Psicoanalítico

A partir de los años veinte, Freud desarrolló un concepto de ansiedad basado en impulsos y vivencias internas del sujeto. La ansiedad sería así concebida como un proceso en el que el ego está oprimido o amenazado por grandes cantidades de excitación no controlada. Desde este enfoque, la ansiedad consiste en impulsos y vivencias internas. Es el sentimiento de peligro derivado de conflictos inconscientes en donde el Yo es amenazado por excitaciones que no puede controlar, por lo que la naturaleza de ésta resulta desconocida para el sujeto (Breuer y Freud, 1895; Goodwin, 1986).

Para los Freudianos, los conflictos involucran sentimientos sexuales y agresivos relacionados con sus padres en la infancia, es decir, en el “Complejo de Edipo”, que es reprimido por el sujeto para evitar consecuencias a nivel de la conciencia. Por ello, éste soporta las señales de ansiedad del conflicto reprimido e intenta defenderse de ellas creando defensas para reducir el nivel de ansiedad. Si las defensas son perjudiciales, se les llama “neuróticas” y si son útiles para el sujeto, entonces son llamadas “saludables” (Goodwin, 1986).

Bajo este enfoque, la ansiedad es un estado desagradable para el sujeto, ésta involucra aprensión, pensamientos negativos y síntomas fisiológicos asociados al sistema nervioso autónomo. Sin embargo, los factores subjetivos –cogniciones- tienen mayor importancia en la ansiedad (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Freud (1926, citado en Edelman, 1992) propuso tres tipos de ansiedad a partir del modelo triangular familiar:

- a) **Ansiedad Real.** Aparece como advertencia de peligro existente en el ambiente. Se produce de la relación entre el Yo y el exterior (Sierra et al., 2003), por lo que no produce propiamente dificultades psíquicas (Edelman, 1992).
- b) **Ansiedad Neurótica.** Su origen radica en los impulsos reprimidos, por lo tanto hay carencia de objeto y ocurre cuando el Yo intenta satisfacer instintos del Ello (Sierra et al., 2003). Está compuesta por síntomas de ansiedad fóbica, displacer ante estímulos variados y sensación de pánico (Edelman, 1992).
- c) **Ansiedad Moral.** Ésta surge de conflictos entre el Yo y el Súper Yo. Está relacionada con la vergüenza y la culpa (Edelman, 1992; Sierra et al., 2003).

Sin embargo, en psicoanálisis, el fenómeno “ansiedad” también puede entenderse a partir de otras proposiciones o tópicas: Tópica Dinámica -fuerzas, conflictos-, Tópica Económica -energía y desplazamientos-, Tópica Estructural -estructuras (ello, yo y super yo)-, Tópica Genética -origen psicológico y desarrollo- y Tópica adaptativa -adaptación, relaciones- (Dupont, 1999).

En conclusión, la ansiedad hace referencia a los impulsos que no son aprobados socialmente y amenazan al sistema consciente (Schlatter, 2010), como consecuencia de un complejo de Edipo no resuelto (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005).

3.4 Enfoque Gestalt

Este enfoque considera a la ansiedad como una experiencia intraorgánica que no hace referencia a objetos externos. Puede producirse de forma sutil o súbita, en

donde el sujeto no puede controlar la gran cantidad de excitación. Esta forma súbita, está relacionada con necesidades orgánicas, por lo que hay que encontrar vías de expresión y satisfacción de dichas necesidades, además de trabajar con los músculos implicados para aflojar el exceso de excitación. La ansiedad es una ruptura entre pasado y presente o entre presente y futuro, también se refiere a la fractura creada cuando la persona escapa del presente para ocuparse de fantasías catastróficas futuras (Martín, 2013).

Para Pimentel y de Freitas (2006), el organismo está en contacto con el ambiente, del cual selecciona y asimila estímulos positivos y desecha los tóxicos. El mantenimiento del organismo depende de la interacción organismo-ambiente, en donde éste busca satisfacer necesidades y auto regularse, sin embargo, la ansiedad se presenta siempre que el organismo intenta asimilar estímulos nuevos, por lo que es parte del fenómeno humano; pero representa un problema para el organismo, cuando compromete la interacción organismo-ambiente, impidiendo la satisfacción de necesidades y por tanto creando desequilibrio. El trastorno empeora cuando el cuerpo se sobrecarga de estas situaciones de interacción incompleta.

Así, las personas pueden vivir con su propia soledad, pero quien no pueda hacerlo tampoco podrá hacer contacto con el ambiente, ya que la capacidad de contacto está ligada a la capacidad de tolerar la separación, de otro modo, la ansiedad se torna problemática (May, 1975).

Así, cuando el paciente está bajo tratamiento, el terapeuta “acompaña” al paciente ansioso para que éste se “dé cuenta” y descubra qué emoción está detrás de la ansiedad y de ese modo pueda integrar las partes alienadas (Pimentel y de Freitas, 2006).

3.5 Enfoque Humanista

Los humanistas plantean que la ansiedad se presenta cuando el concepto de sí mismo *self* es amenazado, y consideran que es un proceso de transformación

continua. La ansiedad es subjetiva, sin presencia de amenaza externa y genera malestar sin causa conocida (Casado, 1994).

Esto es, la ansiedad es una manifestación afectiva de amenaza injustificada dirigida al núcleo o esencia de la personalidad, es decir, las causas de la ansiedad dependen de los valores de cada persona. Ésta se encuentra presente en la vida cotidiana de forma constante y genera en la persona creatividad y desarrollo, pero se considera neurótica cuando es desproporcionada y emplea mecanismos de defensa reduciendo en consecuencia la actividad y la conciencia. La ansiedad puede ser generada por la ausencia de satisfacción de necesidades biológicas, por amenaza a la seguridad personal o por la represión del deseo de actos prohibidos socialmente (Artiles et al., 1995).

En este enfoque se plantea que el sujeto no es verdaderamente humano hasta que se relaciona de forma comprometida hacia otras personas y establece una relación funcional impersonal con los bienes materiales (Sassenfeld y Moncada, 2006).

4. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Desde el enfoque conductual, la evaluación es un proceso continuo que permite identificar la naturaleza y elementos de la problemática del individuo (Morganstein, 1993). Existen técnicas para evaluar la ansiedad, dentro de ellas se encuentran las directas -de observación del comportamiento de las personas- y los de instrumentación física y química. En la instrumentación física se emplean sistemas de entrevista y auto informes, mientras que en la instrumentación química se realizan registros psicofisiológicos (Zubeidat, Fernández y Sierra, 2006).

4.1 Entrevista Conductual

La entrevista hace referencia a conversar con otra persona acerca de algún tema en particular. Existen diversos tipos de entrevistas con fines variados (Goode y Hatt, 1979; Llavona, 1998), sin embargo en el enfoque conductual, la entrevista se enfoca en la existencia, descripción, cualidad y magnitud de la conducta problema (Llavona, 1998; Salgado, Moscoso y Gorriti, 2004). Una vez que se ha identificado la conducta problema, es necesario identificar las siguientes variables de la estructura de ésta (Llavona, 1998):

1. Delimitación de la conducta problema: Descripción de la conducta, explicación de la conducta en los tres niveles de respuesta -respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras relacionadas a la conducta problema- y descripción del último episodio.
2. Importancia del problema: Repercusiones de la conducta problema en las diferentes áreas de la vida de la persona y de terceros.
3. Parámetros de la conducta problema: Frecuencia, intensidad –mayor y menor-, topografía y geografía.

4. Determinantes de la conducta problema: Lugar, personas, hora, día, situaciones, qué hace la persona y quienes lo rodean después de la presentación de la conducta problema.
5. Evolución y desarrollo de la conducta problema: Cuándo inició, cuándo incrementó y a qué atribuye la conducta problema.
6. Expectativas y objetivos de la persona.

En la entrevista conductual se recoge información que permite al psicólogo definir y entender la conducta problema. A partir del análisis de la información recabada, se establecen asociaciones entre los elementos encontrados y se establecen las covariaciones entre los cambios ambientales y los cambios conductuales. A partir de la entrevista se establecen las prioridades del tratamiento y disminuye la posibilidad de interpretaciones erróneas, pues el psicólogo redefine la problemática de la persona en términos conductuales, contemplando los niveles de respuesta y los parámetros de la misma (Morganstein, 1993).

4.2 Autoinformes

Los autoinformes presentan diferentes componentes del problema y analizan las respuestas a partir de un área común de situaciones interpersonales, cubriendo un campo menor al de las entrevistas. Existen autoinformes específicos para evaluar ansiedad en general o trastornos específicos de ésta (Zubeidat, Fernández y Sierra, 2006). A continuación, se describirán algunos autoinformes importantes en la evaluación de la ansiedad.

- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (1994)

Evalúa con una escala tipo Likert de cinco puntos (0-4) el nivel general de ansiedad (rasgo general de personalidad ansiosa), los tres sistemas de respuesta por separado: cognitivo, fisiológico y conductual-motor (23 reactivos respectivamente) y cuatro rasgos específicos de ansiedad: situaciones de evaluación, situaciones sociales, situaciones fóbicas y situaciones de la vida cotidiana. Los resultados del ISRA se obtienen en centiles para cada sistema de respuesta, diferenciando entre hombres y mujeres. La gráfica de éstos indica el nivel de ansiedad (mínimo, moderado, severo y extremo) (ISRA: Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994).

- Inventario de Ansiedad de Beck (1988)

Mide síntomas de ansiedad clínica. Está diseñado para aplicarse a personas mayores a 13 años de edad y ha sido probada en diversas poblaciones. Consta de 21 ítems tipo Likert de cuatro puntos (0-3), requiere de un nivel básico de lectura y puede aplicarse en un período breve de tiempo (Beck y Steer, 2011).

- Escala de Evitación y Malestar Social (1969)

Evalúa aspectos motores de evitación a través de 28 ítems, de los cuales 14 evalúan malestar subjetivo y 14 evalúan el deseo de evitación (Ingles, Méndez, Dolores, Rosa y Orgilés, 2003; Zubeidat, Fernández y Sierra, 2006).

- Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) (1989)

Mide los tres niveles de respuesta –motor, cognitivo y fisiológico- por medio de 45 ítems tipo Likert de siete puntos. Busca determinar el status funcional de las personas con fobia social al terminar el tratamiento psicológico, por lo que suele

emplearse en investigaciones (García-López, Olivares y Vera-Villarroel, 2003; Ingles et al., 2003; Zubeidat et al., 2006).

- Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (SPAI-C) (1995)

Está diseñado para aplicarse a niños de 14 años y cuenta con 24 ítems tipo Likert que evalúan situaciones sociales y los tres niveles de respuesta –motor, cognitivo y fisiológico- para identificar niños con trastornos exteriorizados (Beidel, Turner y Morris, 1995; Zubeidat et al., 2006).

- Escala de Fobia Social (1998)

Mide la ansiedad ante el escrutinio u observación de otros mientras se llevan a cabo actividades. Consta de 20 ítems con una escala Likert de cinco puntos (García-López et al., 2003; Zubeidat et al., 2006).

- Escala Social de Liebowitz (LSAS) (1987)

Consta de 24 ítems divididos en dos escalas: la de activación que mide el temor y la escala Social, que mide el grado de evitación (Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez, 2008; Zubeidat et al., 2006).

- Escala de Ansiedad Social para Adolescentes y Niños (LSAS-CA) (2003)

Consta de 26 ítems, de los cuales 13 se refieren a la interacción social y 13 a la activación, con una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-3). Tiene como subescalas: ansiedad social, ansiedad de actuación, evitación de actuación, ansiedad total y evitación total (Ingles et al., 2003; Zubeidat et al., 2006).

- Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) (1998)

Está diseñada para aplicarse a personas de entre 13 y 18 años de edad. Mide ansiedad social en muestras clínicas y comunitarias mediante tres subescalas: miedo a la evaluación negativa, ansiedad y evitación social ante extraños, ansiedad y evitación social ante gente en general (Zubeidat et al., 2006).

- Escala para la Detección de Ansiedad Social (EDAS) (1998)

Consta de 10 ítems dicotómicos y ocho ítems con una escala tipo Likert de cinco puntos en dos subescalas: pensamientos negativos y positivos. Sólo ha sido aplicada en población adolescente y adulta española (Zubeidat et al., 2006).

- Cuestionario de Salud General de Goldberg (1999)

Evalúa la salud autopercebida, enfocándose en estados emocionales. Mide la ansiedad a través de una subescala de siete ítems de escala Likert; evalúa funciones intelectuales y fisiológicas, así como la autoevaluación sobre el establecimiento y cumplimiento de metas en adultos (García, 1999).

- Evaluación Diagnóstica Breve de Fobia Social (Mini-Spin) (1991)

Está compuesto por 17 reactivos con una escala tipo Likert de cinco puntos y está diseñada para detectar ansiedad social, así como la gravedad de la sintomatología. En esta evaluación, a partir de seis puntos se considera que la persona requiere tratamiento (Robles et al., 2008).

Una vez realizado el diagnóstico de ansiedad, a través de la entrevista conductual y la aplicación de instrumentos específicos, se debe realizar la elección del tratamiento apropiado. El tratamiento a aplicar debe ser coherente con el tipo

de respuesta dominante, es decir, si la respuesta dominante de ansiedad es fisiológica, se pueden emplear técnicas de relajación, desensibilización sistemática o biofeedback; el tratamiento conductual –como la práctica reforzada o entrenamiento en habilidades sociales- puede emplearse si la manifestación de la ansiedad es fundamentalmente conductual; y el tratamiento cognitivo -como reestructuración cognitiva o autoinstrucciones- si la manifestación de la ansiedad es fundamentalmente subjetiva.

Por tanto, el modelo de intervención conductual, favorece la utilización de técnicas de reducción de ansiedad de una forma individualizada y eficaz, empleando una técnica cuando predominen los componentes cognitivos y otra distinta cuando el predominio sea fisiológico o motor.

En general, la evidencia experimental apoya la idea de que se puede conseguir una mejora en el tratamiento de la ansiedad, cuando las distintas técnicas de tratamiento de ésta son utilizadas de forma concordante con el perfil de respuestas del sujeto.

JUSTIFICACIÓN

La ansiedad se puede observar en el deterioro de respuestas de ejecución de evitación y escape, en el habla, en tareas de vigilancia y afecta a procesos psicológicos como la vigilia, la atención, la percepción, el razonamiento y la memoria de los estudiantes (Cano Vindel, 1989; Contreras et al., 2005), lo que influye de forma negativa en el rendimiento académico, en la eficiencia para resolver problemas (McIntyre y Gardner, 1989; Fernández-Castillo y Gutiérrez, 2009), en la concentración y memoria (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005); además de ser causa importante de la pérdida de motivación hacia el aprendizaje (Elkhafaifi, 2005; Sparks y Ganschow, 2007). Sus implicaciones se han observado en la población estudiantil, donde se ha reportado que estudiantes ansiosos, se centran en sus inhabilidades personales, emocionales, así como en las fallas que han tenido en su desempeño previo (Rivas, 1977; Villaseñor-Ponce, 2010) y no en corregirlas.

La identificación de variables curriculares que inciden en los trastornos de ansiedad, tales como: grado de estudio, demanda académica (aprendizaje de gran cantidad de información en periodos cortos), trato con pacientes, rutina de prácticas, trabajo en equipo y exigencia de trabajo rápido sin errores (Dávila et al., 2011), así como evaluar los aspectos cognitivos, somáticos, comportamentales y de gravedad de los trastornos de ansiedad, permite una mejor descripción y comprensión de los mismos para futuras intervenciones (Zubeidat, Fernández y Sierra, 2006; Téllez et al., 2007), ya que el poco conocimiento generado por las investigaciones sobre trastornos de ansiedad en estudiantes, genera problemas en el tratamiento de los mismos (Bulacio, 2004; Virgen et al., 2005; Fernández-Castillo y Gutiérrez, 2009; Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez, 2008).

5. ESTUDIO EMPÍRICO

5.1 Objetivo

El objetivo de esta investigación, fue comparar el nivel general de ansiedad en los niveles cognitivo, fisiológico y motor en los estudiantes de los dos primeros semestres de las carreras de Psicología, Biología, Medicina, Odontología y Enfermería de la FESI.

5.2 Objetivos específicos

1. Evaluar la ansiedad cognitiva en cada carrera.
2. Evaluar la ansiedad fisiológica en cada carrera.
3. Evaluar la ansiedad motora en cada carrera.
4. Identificar los factores como tipo de materias y tipo de prácticas por carrera, que inciden en el nivel general de ansiedad.

5.3 Definición de variables

Variable Independiente: Carreras de la FESI.

Variable Dependiente: Nivel general de ansiedad en los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor-conductual.

5.4 Hipótesis

1. Los estudiantes que presenten distorsiones cognitivas, presentarán mayor ansiedad.
2. Los alumnos de las carreras con mayor exigencia académica, presentarán mayor ansiedad.

5.5 Método

Participantes: 152 estudiantes voluntarios de ambos sexos de los dos primeros semestres de las carreras de Psicología, Odontología y Enfermería (n=32) respectivamente, Medicina (n=33) y Biología (23) de la FESI, con un promedio de edad de 18 años.

Materiales e Instrumentos: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA: Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994) (Ver Anexo 1).

Escenario: Se realizó en las aulas de cada carrera de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Tipo de Muestreo: No probabilístico causal. Los participantes de cada carrera se seleccionaron en función de su accesibilidad.

Análisis de Datos: Se analizaron los datos por medio del Software Statistic Versión 6, con una prueba ANOVA de un Factor y una prueba Tukey para comparar grupos independientes.

Procedimiento:

Para evaluar el nivel de ansiedad, se aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), que fue desarrollado por Juan José Miguel Tobal y Antonio Cano Vindel (1986). El ISRA evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo general de personalidad ansiosa), los tres sistemas de respuesta por separado (lo que pensamos, regulado por el sistema cognitivo; lo que sentimos a nivel corporal, o sistema fisiológico; y lo que hacemos, o sistema conductual-motor), así como cuatro rasgos específicos de ansiedad o áreas situacionales (ansiedad ante

situaciones de evaluación, ansiedad en situaciones sociales o interpersonales, ansiedad en situaciones fóbicas, y ansiedad en situaciones de la vida cotidiana). Presenta una serie de situaciones, que son aquellas en las que solemos reaccionar con ansiedad, así como otro conjunto de respuestas, que constituyen los principales síntomas de ansiedad y se evalúan en una escala de 0 a 5. El instrumento consta de 23 reactivos para cada área siendo en total 69 reactivos. La aplicación de este instrumento dura entre 30 y 45 minutos. Para calificarlo se suman los puntajes de cada área de manera horizontal y vertical, se obtienen los centiles para cada una haciendo una diferenciación entre hombres y mujeres, se graficaban en una hoja anexa al instrumento, en la cual se encuentran las clasificaciones de ansiedad, de acuerdo al puntaje y centil correspondiente a cada área (mínimo, moderado, severo y extremo).

A los participantes se les explicó el objetivo de la investigación, así como que los resultados de los datos se manejarían en forma anónima y solo para fines de investigación. Se les solicitó el consentimiento informado, enfatizando a cada uno de ellos que tendrían la elección de no continuar con la aplicación del instrumento si así lo consideraban pertinente en el momento que ellos eligieran. Se les indicó a los estudiantes que leyeran con cuidado las instrucciones y en caso de tener cualquier duda podrían preguntar al instructor. Se aclararon las dudas correspondientes con respecto al cuestionario antes y durante la aplicación del ISRA, cada instrumento se calificó de forma individual.

5.6 Resultados

Los resultados obtenidos en esta investigación, muestran que los estudiantes de Biología presentan mayor ansiedad cognitiva, respecto a las demás carreras. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la respuesta de ansiedad cognitiva, solo entre las carreras de Biología y Psicología al aplicarse una Anova

$F(1.53)=4.20$; ($p<0.05$), siendo mayor la respuesta de ansiedad cognitiva en los estudiantes de Biología respecto a los estudiantes de psicología (Ver Figura 1).

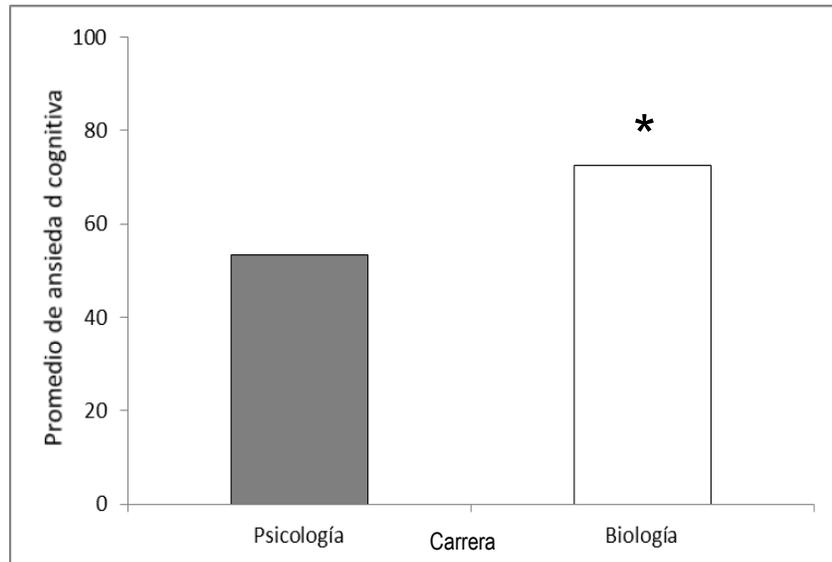


Figura 1. Comparación de promedio de respuestas de ansiedad en el área cognitiva entre carreras: Biología * $p<0.05$ vs Psicología.

La Figura 2, muestra el promedio de la respuesta de ansiedad por carrera en las tres áreas (cognitivo, fisiológico y motor). Al aplicarse la prueba Tukey no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$). Sin embargo, en la figura se observa que la ansiedad cognitiva mostró un mayor nivel de ansiedad en todas las carreras, siendo mayor en los estudiantes de Biología (72) y el nivel mínimo de ansiedad, se presentó en los estudiantes de Psicología (53), en las cuales, como ya se mencionó, existen diferencias significativas. En tanto que, los estudiantes de las carreras de Enfermería (62) y Medicina (58) presentan niveles intermedios de ansiedad cognitiva, los estudiantes de Odontología (53) y Psicología (53) presentan los niveles más bajos de ésta.

En cuanto a ansiedad fisiológica, Medicina obtuvo el mayor índice de ansiedad con un promedio de 43, seguido de Enfermería (39), Biología (36), Psicología (34) y Odontología (28). Por otro lado, Biología obtuvo el promedio más alto de ansiedad motora (43), mientras que Medicina obtuvo el segundo lugar (39), Psicología el tercer lugar (36), Enfermería el cuarto lugar (34) y Odontología el quinto lugar (29).

Los resultados también muestran que la ansiedad fisiológica y motora en los estudiantes de todas las carreras, obtuvieron niveles de ansiedad similares, siendo ligeramente mayor en Medicina (43 y 39) y Biología (36 y 43) respectivamente; en los estudiantes de Enfermería (39 y 34) y Psicología (34 y 36) presentan los niveles intermedios, mientras que el menor promedio se observa en los estudiantes de Odontología (28 y 29).

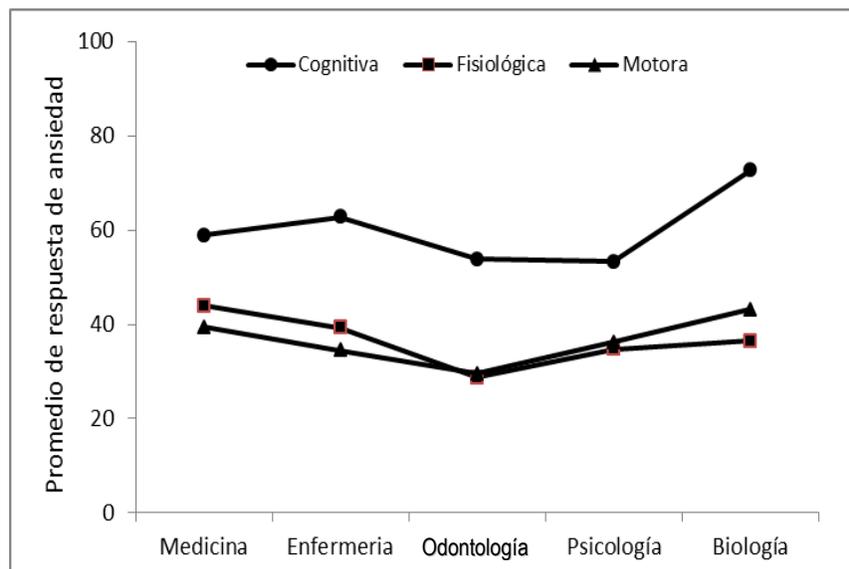


Figura 2. Promedio de respuestas de ansiedad por área (cognitivo, fisiológico y motor) de los estudiantes de las carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. $p > 0.05$

Respecto a la respuesta de ansiedad total, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, al aplicarse una Anova ($p > 0.05$) (Ver Figura 3). Sin

embargo, al igual que en la ansiedad cognitiva y motora, los estudiantes de Biología presentan mayor nivel de respuestas de ansiedad (153.56), seguidos de Medicina, Enfermería, Psicología (153, 141, 138, 127 respectivamente) y los estudiantes de Odontología, presentan el promedio más bajo (108.87).

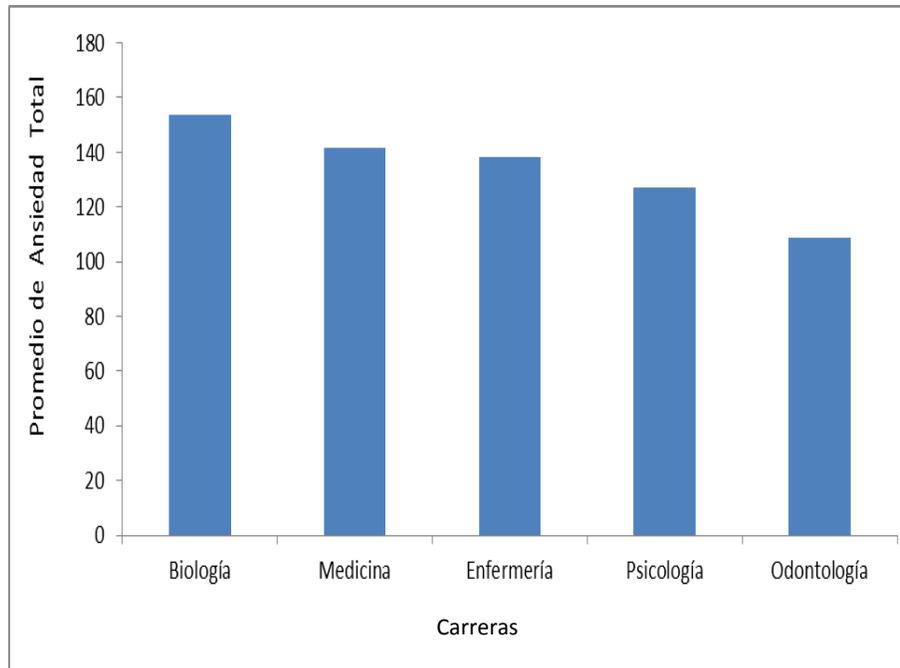


Figura 3. Comparación de promedio de ansiedad total por carrera de los estudiantes de la FESI. $p > 0.05$.

Al compararse sólo las carreras de Biología y Odontología, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el promedio de ansiedad total $F(1.53)=4.81$; $p < 0.05$ (Ver Figura 4). Esto es, los estudiantes de Biología presentan mayor ansiedad total (153) comparada a los estudiantes de Odontología (108). Correlacionando los resultados de ansiedad cognitiva en los estudiantes de la carrera de Biología (Ver Figura 2).

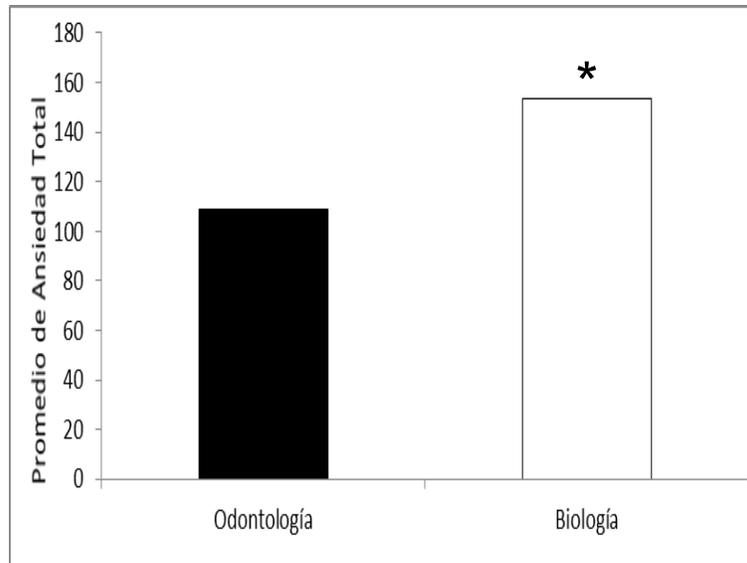


Figura 4. Figura 1. Comparación de promedio de respuestas de ansiedad total entre las carreras de Odontología y Biología. * $p < 0.05$

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos cumplieron con los objetivos planteados en cuanto a evaluar la ansiedad cognitiva, la ansiedad fisiológica y la ansiedad motora en cada carrera e identificar los factores como tipo de materias y tipo de prácticas por carrera, que inciden en el nivel general de ansiedad.

En general nuestros resultados obtenidos en esta investigación, mostraron que todas las carreras presentan un mayor nivel de respuesta de ansiedad en el área cognitiva, principalmente Biología, quien también obtuvo la puntuación mayor de ansiedad total.

Respecto al primer objetivo, que fue evaluar la ansiedad cognitiva, ésta se presentó en mayor proporción en los estudiantes de Biología comparada con las otras carreras. Estos resultados podrían explicarse en función de la exigencia académica (de contenido y práctica) de la carrera, como lo refieren Dávila, Ruíz, Moncada y Gallardo (2011) y Elkhafaifi (2005), que es mayor comparada con los contenidos y prácticas de las otras carreras (Medicina, odontología, Psicología y Enfermería).

En relación a la exigencia académica, de contenido y práctica, en los dos primeros semestres, Biología tiene seis materias teórico-prácticas y una materia teórica, cuyo contenido incluye física, química, fisicoquímica, estadística, metodología científica y procesos geológicos (incluye una práctica de campo de tres días), además de una materia teórica sobre la historia y filosofía de la Biología como ciencia; es decir, la carrera requiere de trabajo altamente reflexivo y crítico, lo que al parecer, genera en los estudiantes mayor índice de ansiedad, lo que corresponde con lo expuesto por Alvial et al. (2007), quien expone que la exigencia académica es una variable importante en la experimentación de ansiedad por parte de alumnos, principalmente en universitarios.

En cuanto a los estudiantes de la carrera de Enfermería, que obtuvieron en segundo lugar mayor respuesta de ansiedad en el área cognitiva, podría explicarse en función de que al igual que la carrera de Biología, su plan curricular

incluye prácticas dentro y fuera de la universidad (dos materias), relacionadas a campañas de promoción a la salud. Sin embargo, la mayoría de sus materias son teóricas (seis materias), las cuales hacen referencia a temas como: perfil profesional, historia y filosofía de la enfermería, principios de farmacología, modelos de salud nacionales e internacionales, así como legalidad de la enfermería; de modo que, la segunda posición de Enfermería en cuanto a ansiedad cognitiva, podría decirse que se debe a una exigencia académica de contenido menor que en Biología y a una exigencia académica práctica mayor que en Medicina, Odontología y Psicología.

Respecto a los resultados obtenidos de ansiedad en área cognitiva, los estudiantes de la carrera de Medicina y Odontología, mostraron menor ansiedad, comparada con las dos carreras anteriores; Medicina y Odontología tienen un número mayor de materias en los dos primeros semestres (9 y 12 respectivamente), en comparación con Biología, pero éstas, son en su mayoría teóricas, cuyo contenido está relacionado a generalidades anatómicas, farmacológicas, metodológicas, de instrumentación e historia de la carrera. Sin embargo, las materias teórico-prácticas de estas carreras, no incluyen contacto con pacientes y se limitan a simulaciones entre compañeros de clase. De este modo, la exigencia académica menor de estas carreras, se podría relacionar con el índice menor de ansiedad cognitiva.

Los estudiantes de Psicología obtuvieron el menor promedio de ansiedad cognitiva, a pesar de tener el mismo número de materias que Enfermería; esto puede relacionarse con la baja exigencia académica (de contenido y de práctica) del plan curricular en Psicología, ya que en primer y segundo semestre, sus materias teóricas (seis materias) se refieren a conceptos básicos y generalidades metodológicas, mientras que las materias prácticas (dos materias), incluyen la interacción con ratas y registro básico de variables. La diferencia primordial entre Enfermería y Psicología, radica en la exigencia práctica, pues el trabajo con personas en los primeros semestres (Enfermería), en especial si se realiza fuera de la universidad, tiene un grado mayor de dificultad que el trabajo con animales (Psicología), y se ha demostrado que la realización de prácticas con diferentes

niveles de dificultad, genera mayor ansiedad, lo cual está de acuerdo con los resultados de la investigación realizada por Dávila et al., (2011), en donde los estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile, experimentaron mayor ansiedad al realizar prácticas académicas con pacientes.

En nuestra investigación, la presencia de altos índices de ansiedad cognitiva en los estudiantes universitarios, también podría explicarse por variables como: demanda académica, en cuanto a volumen de contenido (aprender una cantidad de información superior al tiempo establecido) (Aguirre et al., 2011; Dávila et al., 2011), trabajo en equipo (Dávila et al., 2011), ya que la mayoría de los estudiantes no tiene formado este hábito, y sería una herramienta que sabiéndola usar podría disminuir la ansiedad; tipo de enseñanza, sobrecarga académica, pocas horas de sueño como lo plantean (Aguirre et al., 2011) y características personales de afrontamiento (Aguirre et al., 2011; Montorio, Nuevo, Losada y Márquez, 2001). También deben contemplarse las estrategias que el estudiante no genera para disminuir la ansiedad como sería el desarrollo o corrección de hábitos de estudio.

El que la respuesta de ansiedad sea mayor en el área cognitiva en todas las carreras de la muestra, indica cómo piensa el estudiante sobre las situaciones a las que se enfrenta, percibiéndolas como negativas o peligrosas, y que en muchos de los casos exagera la percepción por asociaciones pasadas que quedaron establecidas, lo que apoya lo mencionado por Piqueras et al., (2008) y Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez (2008), quienes mencionan que la ansiedad debe principalmente a factores cognitivos: detección, evaluación e interpretación de situaciones; estos factores dependerán de la forma en que el individuo conceptualice el peligro y de la valoración que éste haga de sus propios recursos de afrontamiento. Es importante señalar que el aprendizaje tiene un papel importante en cómo los estudiantes de nuestro estudio, aprendieron a percibir las situaciones amenazantes, su forma de percibir de acuerdo a los modelos cognitivos de procesamiento de la información. Al igual que los modelos de condicionamiento, lo que se aprende no son asociaciones simples entre los estímulos, sino representaciones simbólicas de los estímulos y las respuestas que

con el tiempo dan lugar a estructuras complejas de información almacenadas en la memoria.

De este modo, la ansiedad dependerá de cómo percibimos una situación, y la cognición será reforzada positiva o negativamente con la experiencia (Cano Vindel, 1989), lo que se refleja en la puntuación alta de las respuestas: pensamientos negativos sobre sí mismo, preocupación, inseguridad, indecisión, miedo, dificultad para concentrarse y miedo a la crítica; obtenidas ante situaciones cotidianas, como lo señalan Briley (1991), Consejo de Salubridad General (2010) y Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1994); también está de acuerdo con los resultados de Robles et al. (2008) de la investigación realizada en la Universidad Iberoamericana de México, en donde también se obtuvieron puntuaciones altas en el área cognitiva, principalmente ante la evaluación.

Otros factores que se relacionan con la respuesta de ansiedad cognitiva son la situación y las características personales, es decir, de cómo aprendió a comportarse la persona ante una determinada situación (escapar, evitar, enfrentar, etc.), y cómo aprendió a asociar estímulos con peligro. La personalidad por tanto, favorece el desarrollo del trastorno de ansiedad pero no lo determina. Su desarrollo requiere, además de la personalidad, de procesos específicos de aprendizaje.

Por otro lado, la prevalencia de ansiedad que encontramos en los estudiantes de los primeros semestres de Medicina (92%), fue superior a la obtenida por Bates et al. (2000) en estudiantes de segundo año de medicina (41%), lo que indica que a menor grado académico, mayor prevalencia de ansiedad, lo que contradice a lo planteado por Elkhafaifi (2005) y Jerez, Rioseco, Valdivia, Vicente y Vielma (1996), en donde a mayor grado académico, se presentó menor índice de ansiedad.

En cuanto a la ansiedad total por carrera, la carrera de Biología presentó el nivel más alto de ansiedad general, lo cual se correlaciona con los niveles altos de ansiedad cognitiva, contrario a lo obtenido por Rosete (2003, citado en Rosete, 2006) en FES Zaragoza, en donde Biología obtuvo el nivel más bajo de ansiedad,

Las diferencias obtenidas en la ansiedad total entre Biología y Odontología, podrían explicarse por la diferencia de exigencia curricular, a pesar de que Odontología tiene cuatro materias más que Biología, el contenido de éstas, así como las prácticas realizadas, tienen un nivel de complejidad mayor en Biología.

La carrera de Medicina obtuvo mayor ansiedad total que la carrera de Odontología; otros estudios apoyan este resultado (Jerez et al., 1996), no así con los obtenidos por Kamali, Lowry y Newbury-Birch (2002), en donde Odontología obtuvo un nivel mayor de ansiedad que la carrera de Medicina; diferencia que puede ser explicada por la variable grado de semestre, ya que dicho estudio fue realizado con una muestra de estudiantes universitarios de quinto semestre.

Así mismo, en esta investigación, la carrera de Psicología obtuvo una puntuación mayor de ansiedad total (127) a la carrera de Odontología (108), lo que coincide con lo reportado por Rosete (2003, citado en Rosete, 2006) en la investigación realizada en FES Zaragoza, donde ella obtuvo que los estudiantes de Psicología, presentaron mayor índice de ansiedad autopercebida y por ende, acudían con mayor frecuencia a Servicio de Salud Mental y Psicoterapia de la UNAM.

Por otro lado, en relación al segundo y tercer objetivo, la ansiedad fisiológica y motora se presentaron en menor nivel que la ansiedad cognitiva, sin embargo, presentaron niveles similares entre sí en todas las carreras, lo que coincide con los resultados obtenidos por Álvarez, Aguilar y Lorenzo (2012), en donde las manifestaciones de ansiedad fisiológica y motora, tenían niveles similares (17% y 13% respectivamente). En nuestra investigación, los niveles de ansiedad fisiológica y motora son ligeramente mayores en Biología, lo que muestra una posible relación entre el nivel de ansiedad cognitiva y el nivel de ansiedad fisiológica y motora, esto es que al alterarse la parte cognitiva, también se afectan las áreas fisiológica y motora, en nuestros resultados ambas áreas son afectadas de forma similar. Cabe aclarar que el área afectada (fisiológica, cognitiva o motora) dependerá de las situaciones, de la personalidad del estudiante, de las actividades que realice y de sus estrategias para afrontarlas.

Por otro lado, Odontología obtuvo el menor promedio de ansiedad fisiológica y motora, lo que coincide con el promedio de ansiedad general, por lo que podría inferirse, de acuerdo a los resultados de nuestra investigación, que a menor ansiedad fisiológica y motora, menor ansiedad general.

En esta investigación, los resultados obtenidos, indican la presencia de ansiedad, caracterizada por la combinación de factores cognitivos, fisiológicos y motores, lo que coincide con la teoría de los cuatro factores de Eysenck (1997; Eysenck y Eysenck, 2007), en donde el nivel de ansiedad proviene de cuatro fuentes de información: la estimulación ambiental –en este caso el ambiente universitario–, la activación fisiológica interna, la conducta y las cogniciones. Cuando una persona presenta niveles altos de ansiedad, las personas tienen la tendencia de atender selectivamente a estímulos amenazantes y no a estímulos neutros, además de interpretar las situaciones ambiguas como amenazantes, e incluso dedican una gran cantidad de tiempo a observar sus síntomas de ansiedad somática, confundiendo los síntomas de activación fisiológica producidos por la ansiedad, con problemas más serios.

Cabe aclarar que la diferencia en la prevalencia de ansiedad entre los estudiantes de las diferentes carreras de este estudio, respecto a otros, puede deberse a diferencias metodológicas, así como el tamaño de la muestra empleado en este estudio, que es menor al empleado por Rosete (2003, citado en Rosete, 2006), y al tipo de instrumento.

Se ha demostrado que los estudios sobre ansiedad, difícilmente pueden ser comparados, por el uso de instrumentos de medición de confiabilidad y validez baja, por lo que no exploran los síntomas generales de la ansiedad, confundiéndolos así con depresión (Serrano, Rojas y Ruggero, 2013).

En este estudio, se aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), el cual evalúa situaciones cotidianas específicas en los tres niveles de respuesta de ansiedad (cognitivo, fisiológico y motor), sin embargo, la mayoría de los estudios reportados en esta investigación, utilizaron: Cuestionario

de Salud General de Goldberg (1999), Inventario de Ansiedad de Beck (2011) e Inventario de Ansiedad de Hamilton (1986).

El Cuestionario de Salud General de Goldberg (1999) a diferencia del ISRA, empleado en este estudio, mide a través de una subescala de siete ítems, la intensidad de respuestas de insomnio, irritabilidad y pensamientos negativos; estas respuestas al plantearse de manera inespecífica y sin contexto, pueden ser producto de múltiples causas no asociadas con ansiedad. Por otro lado, el instrumento no mide frecuencia, intensidad, ni duración de respuesta: factores importantes en la diferenciación entre ansiedad y ansiedad patológica (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005; Schlatter, 2010). Así mismo, el Inventario de Ansiedad de Beck (2011) mide intensidad y no frecuencia de situaciones sin contexto, lo que puede producir que las respuestas registradas se deban a otras causas ajenas a ansiedad; en estudiantes universitarios, el planteamiento de situaciones inespecíficas puede modificar los resultados en función del momento de aplicación, por ejemplo, temporada de evaluación o final de semestre. En el Inventario de Ansiedad de Hamilton (1986), a pesar de medir frecuencia, intensidad y duración de respuestas, así como cambios de patrones conductuales, las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras se presentan en bloques, lo que impide conocer el nivel real de cada sistema de respuesta.

Por otro lado, los resultados de nuestra investigación sobre el índice de ansiedad cognitiva y ansiedad total mostrada por los estudiantes de todas las carreras, siendo mayor en los estudiantes de Biología, apoyan las hipótesis del estudio:

1. Los estudiantes que presenten distorsiones cognitivas, presentarán mayor ansiedad.
2. Los alumnos de las carreras con mayor exigencia académica, presentarán mayor ansiedad.

Así mismo, los datos obtenidos en nuestro estudio, demuestran que la ansiedad es un desorden de alta prevalencia en la población universitaria y considerando que el sistema universitario requiere autonomía, distribución de tiempo y toma de decisiones como lo plantea Dávila et al., (2011), los niveles altos de ansiedad cognitiva, podrían afectar el rendimiento académico de los estudiantes, como lo demostró en su estudio Aguirre et al., (2011), generando agotamiento, poco interés frente al estudio (Montorio et al., 2001), y de acuerdo a los resultados de Fernández-Castillo y Gutiérrez (2009) un deterioro de memoria e incluso, conllevar la deserción académica, debido a la incapacidad del alumno para responder funcionalmente a las demandas del medio en el que se encuentra, como lo aseveran los estudios de Montorio et al., (2001); Riveros, Hernández y Rivera, (2007), otros estudios indican la dificultad en muchos de los casos, su integración a la comunidad estudiantil de su carrera o de otras carreras (Riveros et al., 2007).

Sin embargo, en niveles bajos, la ansiedad puede beneficiar a los alumnos en concentración, como reporta Villaseñor-Ponce, (2010) en su estudio realizado en FES Zaragoza, pero, ante tareas simples, las personas con altos niveles de ansiedad tienen mejor rendimiento, sin embargo, en tareas complejas, estas personas tienen una ejecución menor (Contreras et al., 2005).

Con base en nuestros resultados, es importante continuar con investigaciones sobre la ansiedad en semestres posteriores y evaluar si los efectos son los mismos o diferentes en la manifestación de ésta en los estudiantes de la FESI, ya que la ansiedad puede alterar los procesos cognitivos como el razonamiento, la memoria o la atención y por ende puede disminuir el rendimiento académico del alumno, como lo mencionan Gaudry & Spielberger (1971), quienes han observado que algunos estudiantes tienen ejecuciones académicas bajas y deficientes, cuando presentan grados elevados de ansiedad, provocando que el alumno repruebe, postergue o abandone definitivamente sus estudios. Así, la alteración de los tres niveles de ansiedad (cognitiva, motora y fisiológica) puede influir de forma negativa en el rendimiento académico.

CONCLUSIONES

El análisis de nuestros resultados, nos permite concluir que la ansiedad es una respuesta condicionada adaptativa a diversas situaciones, que se manifiesta como respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras. Este tipo de respuesta se presenta en todas las personas en menor o mayor grado, y cuando rebasa los límites considerados normales puede tornarse patológica.

También que los alumnos de los primeros semestres de licenciatura, presentan niveles altos de ansiedad general, la cual es proporcional al nivel de ansiedad cognitiva. La ansiedad cognitiva se reflejó en respuestas como: pensamientos negativos sobre sí mismo, preocupación, inseguridad, indecisión, miedo, dificultad para concentrarse y miedo a la crítica; y puede tener como efecto, que los estudiantes tengan un rendimiento académico pobre, así como tendencia al fracaso escolar.

Así mismo, en nuestra investigación, se demostró que existe una correlación entre la exigencia académica (de contenido y de práctica) y los niveles de ansiedad cognitiva, es decir, a mayor exigencia académica, mayor nivel de ansiedad cognitiva, como se observó en los resultados de ansiedad mostrada por los estudiantes de Biología y por ende, cuando la exigencia académica (de contenido y práctica) es menor, el índice de ansiedad cognitiva también es menor.

De acuerdo con lo anterior, la ansiedad es una variable importante que se debe considerar en el rendimiento académico de los estudiantes, ya que se ha demostrado que puede afectar su aprendizaje, atención, memoria, etc.

Por otro lado, las diferentes conceptualizaciones de la ansiedad, así como la metodología empleada en los estudios revisados en esta investigación sobre ansiedad en universitarios, impiden la comparación efectiva de nuestros resultados con los de ellos y por ende, la detección de ansiedad y creación de programas de intervención dirigidos a esta población.

Ya que se ha demostrado en diferentes investigaciones que la terapia conductual es la más efectiva en el tratamiento de trastornos de ansiedad,

podemos decir que, si la ansiedad se conceptualiza operacionalmente, desde el enfoque conductual y se mide de forma cuantitativa a través de instrumentos que permitan obtener información sobre intensidad, frecuencia, topografía, duración y latencia de las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, se podrán crear programas de intervención grupales (por carrera) e individuales, para disminuir los niveles de ansiedad, mejorar el rendimiento académico de los estudiantes y prevenir la deserción escolar.

Los resultados de la presente investigación dan respuesta en parte a las cuestiones planteadas al inicio del trabajo. Sin embargo, un aumento en la muestra de participantes podría incrementar la potencia estadística con el fin de confirmar las tendencias que fueron marginales en nuestros estudios. Se recomienda que para futuras investigaciones sobre esta línea, así como que se tomen en cuenta variables como la historia conductual del estudiante (familia, nivel socioeconómico, cultura, lugar donde vive, etc.).

REFERENCIAS

- Aguirre, R., López, J. y Flores, C. (2011). Prevalencia de la Ansiedad y Depresión de Médicos Residentes de Especialidades Médicas. *Revista Fuente*, (8), 28-33.
- Alarcón, R., Mazzotti, G. y Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría*. Washington, D.C.: Manual Moderno.
- Álvarez, J., Aguilar, J. y Lorenzo, J. (2012). La ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios: relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10 (26), 333-354.
- Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, M., Cova, F., Hernández, M. y Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 105-112.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Washington, D.C.: APA.
- Amézquita, M., González, R. y Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (4), 341-356.
- Artiles, M., Martín, O., Kappel, J., Poliak, J., Rebagliati, P. y Sánchez, A. (1995). *Psicología Humanista: aportes y orientaciones*. Argentina: Editorial Docencia.
- Azzam, A., Chandavarkar, U. y Mathews, C. (2007). Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Research Article Depression and Anxiety*, 24, 103-111.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and Its Disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.

- Bates, L., Dorian, M., Greig, H., Pickard, M. y Saint, D. (2000). Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Blackwell Science Ltd. Medical Education*, 34, 148-150.
- Beck, A. (1985). Capítulo I. Aspectos Teóricos y Clínicos. En A., Beck, G., Emery y R., Greenberg. (2014). *Trastornos de Ansiedad y Fobias: una perspectiva cognitiva*. España: Descleé de Brower.
- Beck, A. y Steer, R. (2011). *Manual BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación Española: Sanz, J.). España: Pearson Educación. Test.
- Beidel, D., Turner, S. y Morris, T. (1995). A New Inventory to Assess Childhood Social Anxiety and Phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7 (1), 73-79.
- Breuer, J. y Freud, S. (1895). *Estudios sobre la Histeria*. Obras completas Tomo II, Argentina: Amorrortu, 1996.
- Briley, M. y File, S. (1991). *New Concepts in Anxiety*. Great Britain: WBC Print.
- Bulacio, J. (2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica: un enfoque moderno, humanista e integral*. Argentina: Librería Akadia Editorial.
- Cano Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad. Un estudio centrado en la ansiedad*. Tesis Doctoral. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Caraveo-Anduaga, J. y Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23 (5), 10-19.
- Carrillo, I. y Castro, A. (s/f). Convergencias entre Ansiedad y Depresión en Universitarios. *Reporte de Investigación*. Comité Universitario para la Salud en la UACJ, 35-18.
- Casado, M. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. Tesis de Licenciatura. España: Universidad Complutense de Madrid.
- Cedillo, B. (2008). *Efecto del contexto en el desarrollo de la tolerancia y tolerancia cruzada a los efectos ansiolíticos del diazepam y midazolam*. Tesis Doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Consejo de Salubridad General. (2010). *Guía de Práctica Clínica: diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. México: Gobierno Federal.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polaino, A. y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas*, 1(2), 183-194.
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L. y Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20 (2), 147-172.
- Dupont, M. (1999). *Manual Clínico de Ansiedad*. México: JGH Editores.
- Echegaray, E. (1887). *Diccionario General Etimológico de la Lengua Española*. Tomo I. España: Álvarez Hermanos Impresores.
- Edelman, R. (1992). *Anxiety: Theory Research and Intervention in Clinical and Health Psychology*. UK: University of Surey.
- Elkhafaihi, H. (2005). Listening comprehension and anxiety in the Arabic language classroom. *Modern Language Journal*, 89 (2), 206-220.
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. UK: Psychology Press.
- Eysenck, M. W. y Eysenck, W. (2007). La teoría de los cuatro factores y los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 13, 291-302.
- Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado el 9 de noviembre, 2015 de <http://www.iztacala.unam.mx/>.
- Fernández-Castillo, A. y Gutiérrez, R. (2009). Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7 (17), 49-76.
- Fisher, S. y Hood, B. (1987). The stress of the transition to university: a longitudinal study of vulnerability to psychological disturbance and home-sickness. *British Journal of Psychology*, 78, 425-441.
- García, C. (1999). Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg. *Revista Cubana de Medicina General integral*, 15 (1), 88-97.

- García-Fernández, J., Martínez-Monteagudo, M. e Inglés, J. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico?. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4 (1), 63-76.
- García-López, L., Olivares, J. y Vera-Villarroel, P. (2003). Fobia Social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 151-160.
- Gaudry, E. y Spielberg, C. D. (1971). *Anxiety and educational achievement*. New York: Wiley.
- Goode, W. y Hatt, P. (1979). *Métodos de Investigación Social*. México: Trillas.
- Goodwin, D. (1986). *Anxiety*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Heinze, G. y Camacho, P. (2010). *Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Hull, C. L. (1921). Quantitative aspects of the evolution of concepts: An experimental study. *Psychological Monographs*, 28, 123.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton Century-Crofts.
- Ingles, C., Méndez, F., Dolores, M., Rosa, A. y Orgiles, M. (2003). Cuestionarios, Inventarios y Escalas de Ansiedad para Adolescentes: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 1-21.
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Jerez, M., Rioseco, P., Valdivia, S., Vicente, B. y Vielma, M. (1996). Nivel de salud mental en los estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista de Psiquiatría*, 13 (3), 158-165.
- Juárez, J. (2013). Uno de cada tres mexicanos desarrolla una enfermedad mental. CNN México. Recuperado el 9 de noviembre, 2014 de <http://mexico.cnn.com/salud/2013/10/10/las-enfermedades-mentales-mas-comunes-en-mexico>.
- Kamali, F., Lowry, R. y Newbory-Birch, D. (2002). The changing patterns of drinking illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in

- a UK dental school: a longitudinal study. *British Dental Journal*, 192, 646-649.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J. M. Shlien (Ed.), *Research in Psychotherapy* (Vol. 3). Washington, DC: American Psychological Association.
- Llavona, L. (1998). La entrevista conductual. En: J. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide.
- López, A. y Díaz, I. (2011). Análisis Estadístico de las Causas de Estrés en Estudiantes Universitarios. Diagnóstico para Acciones Tutoriales. *XI Congreso Nacional de Investigación Educativa*. Ponencia.
- MacIntyre, P. D., y Gardner, R. C. (1989). Anxiety and second-language learning: Toward a theoretical clarification. *Language Learning*, 39, 251-275.
- May, R. (1975). *O significado de ansiedade*. Brasil: Zahar.
- McLean, P. y Woody, S. (2001). *Anxiety Disorders in Adults*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Martín, A. (2013). *Manual Práctico de Psicoterapia Gestalt*. España: Desclée de Brouwer.
- Miguel-Tobal, J. y Cano-Vindel, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA): manual*. España: TEA.
- Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A. y Márquez, M. (2001). Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. *MAPFRE MEDICINA*, 12 (1), 19-25.
- Morganstein, K. P. (1993). Entrevista Conductual. En A. Bellack y M. Hersen. *Manual Práctico de Evaluación de Conducta*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Morillo, C., Jiménez, A., Belloch, A., Lucero, M., Carrió, C. y Cabedo, E. (2003). Pensamientos intrusos en obsesivos subclínicos: contenidos, valoraciones y estrategias de control. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 23-38.
- Norton, P. (2012). *Group Cognitive-Behavioral Terapy of Anxiety: A Transdiagnostic Treatment Manual*. New York: The Guilford Press.

- O'Brien, C. P. (1996). Adicción y Abuso de Sustancias. En Goldman, L. y Gilman, G. L. (Eds). *Las bases Farmacológicas de la Terapéutica*. México: McGraw-Hill.
- Pérez, A. y Pérez, A. (1990). Procedimiento efectivo de "contingencia cero" para la extinción de la evitación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31 (1), 65-90.
- Pimentel, L. y de Freitas, L. (2006). Ansiedade e Gestalt-Terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 12 (1), 267-277.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.
- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R. y Román-Álvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17 (1-2), 30-35.
- Rivas, F. (1977). *El proceso de enseñanza-aprendizaje en la situación educativa*. Barcelona: Ariel Planeta.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI*, 10 (1), 91-102.
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Álvarez, M. y Páez, F. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16 (2), 54-62.
- Rosete, M. (2006). Salud Mental VS. Rendimiento Académico en Alumnos de Educación Superior. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 9 (1-2), 18-29.
- Salgado, J., Moscoso, S. y Gorriti, M. (2004). Investigaciones sobre la Entrevista Conductual Estructurada (ECE) en la Selección de Personal en la Administración General del País Vasco: meta-análisis de la fiabilidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 20 (2), 107-139.
- Sanders, S. K. y Shekhar, A. (1995). Regulation of anxiety by GABA_A receptors in the rat amygdale. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 52, 701-706.

- Sassenfeld, A. y Moncada, L. (2006). Fenomenología y Psicoterapia Humanista-Existencial. *Revista de Psicología*, 15 (1), 91-106.
- Schlatter, J. (2010). Capítulo VIII. Trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos (I). En: F., Ortuño. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Serrano, C., Rojas, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15 (1), 47-90.
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E subjetividade*, 3 (1), 10-59.
- Skinner, B. F. (1979). *Contingencias de reforzamiento: un análisis teórico*. México: Editorial Trillas.
- Stella, G. (1998). Joseph Wolpe (1915-1997). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30 (1), 165-167.
- Sparks, R. y Ganschow, L. (2007). Is the foreign language classroom anxiety scale measuring anxiety or language skills?. *Foreign Language Annals*, 40(2), 260-287.
- Sue, D. (1996). *Comportamiento anormal*. México: McGraw-Hill.
- Téllez, J., López-Torres, J., Boix, C., Villena, A., Párraga, I. y Morena, S. (2007). Revisión Clínica del Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2 (2), 76-83.
- Tirado, J., Ortega, S., Díaz, V. y Martín, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 589-608.
- Villaseñor-Ponce. (2010). Correlación entre ansiedad y bienestar psicológico en estudiantes que ingresan a la universidad. *Revista Mexicana de Psicología Educativa (RMPE)*, 1 (1), 41-48.
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G. y Villaseñor, S. (2005). Los Trastornos de Ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-11.

- Watson, J. B., y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wolpe, J. (1979). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University.
- Zubeidat, I., Fernández, A. y Sierra, J. (2006). Ansiedad y Fobia Social: Revisión de los Autoinformes más Utilizados en Población Adulta e Infanto-Juvenil. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 71-86.

N.º 150

ISRA

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil (V o M)
 Otros datos Fecha

INSTRUCCIONES

| SITUACIONES | RESPUESTAS | | | | | | | OBSERVACIONES | ΣS |
|---|------------|---|---|---|---|--|--|---------------|----|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante. | | | | | | | | | |
| 2. Cuando voy a llegar tarde a una cita. | | | | | | | | | |
| 3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer. | | | | | | | | | |

Evaluación del componente cognitivo

| SITUACIONES | RESPUESTAS | | | | | | | | | | OBSERVACIONES | ΣS | |
|---|------------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---------------|----|--|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | |
| 1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante. | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Cuando voy a llegar tarde a una cita. | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer. | | | | | | | | | | | | | |

Evaluación del componente fisiológico

| SITUACIONES | RESPUESTAS | | | | | | | OBSERVACIONES | ΣS |
|---|------------|---|---|---|---|--|--|---------------|----|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante. | | | | | | | | | |
| 2. Cuando voy a llegar tarde a una cita. | | | | | | | | | |
| 3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer. | | | | | | | | | |

Evaluación del componente motor

| CARRERA | SEMESTRE | |
|-------------|--|---|
| | PRIMERO | SEGUNDO |
| Biología | Modelos Físicoquímicos | Biomoléculas |
| | Geobiología | Historia de la Biología y Fundamentos de la Educación Ambiental |
| | Metodología Científica-1 | Metodología Científica II |
| | Modelos Matemáticos I | Modelos Matemáticos II |
| Odontología | Módulo de Generalidades | Módulo de Laboratorio I |
| | Módulo de Introducción | Módulo Sistema Masticatorio |
| | Módulo de Instrumentación | Módulo de Relación-Control |
| | Odontología Preventiva I | Operatoria Dental I |
| | Anatomía Dental | Odontología Preventiva II |
| | Materiales Dentales | Radiología I |
| | | Optativa |
| Enfermería | Los Sistemas Sociales del Hombre | Los Procesos Homeostáticos de la Persona |
| | El Entorno del Hombre | Interacción Hombre-Entorno |
| | Conocimiento y Métodos de Atención en Salud | Modelos de Atención a la Salud |
| | Introducción al Cuidado de Enfermería | Modelos y Teorías de Enfermería |
| Psicología | Psicología Experimental Teórica I. (Conducta Animal) | Psicología Experimental Teórica II. |
| | Psicología Experimental Laboratorio I | Psicología Experimental Laboratorio II |
| | Métodos Cuantitativos I | Métodos Cuantitativos II |
| | Psicología Aplicada al Laboratorio (Práctica de Campo) | Psicología Aplicada al Laboratorio II |
| Medicina | Introducción | Sistema Nervioso |
| | Generalidades | Sistema Osteomioarticular |
| | Instrumentos (Laboratorio I) | Sistema Endocrino |
| | Práctica Clínica I | Laboratorio II |
| | | Práctica Clínica P77 o Práctica Clínica II |

Anexo 2. Materias de los dos primeros semestres de las carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. <http://www.iztacala.unam.mx/>.