



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Respuesta de Ansiedad en 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)**

Itzel Erandi Mejía Guzmán

Directora: Dra. **Benita Cedillo Ildfonso**

Dictaminadores: Mtra. **Susana Meléndez Valenzuela**

Mtro. **Osmaldo 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.

“Once we accept our limits, we go beyond them”

-Albert Einstein

A mis papás:

Gracias por estar conmigo en todo momento de mi vida, por apoyarme, impulsarme y estar incondicionalmente demostrándome su amor e interés en cada actividad que realizo. Gracias por ser un gran ejemplo de vida, por no solo exigirme, sino demostrarme que soy capaz de lograr grandes cosas. Por su confianza, entrega y esfuerzo para hacer de mí una mujer de valores, responsable y comprometida conmigo y con los demás. Siempre estaré agradecida por brindarme las herramientas necesarias para afrontar los retos que se me presentan día con día y que me permiten alcanzar todas mis metas; por las enseñanzas, el apoyo y el afecto que me brindan.

Gracias por cumplir un sueño más a mí lado. Los amo infinitamente.

A mi hermano:

Por ser mi ejemplo a seguir a lo largo de los años y enseñarme que debo superarme día con día, por ser, por estar y por acompañarme en todo momento de mi vida. Te amo.

A mi familia:

Por ser un pilar importante en mi formación, por confiar en mí y acompañarme desde siempre en todos los momentos de mi vida. Gracias por dejarme aprender de cada uno de ustedes. Los quiero mucho.

A mi asesora:

Por acompañarme, apoyarme y trasmitirme su conocimiento desde el inicio de mi etapa universitaria hasta el final, por confiar en mí y exigirme día con día para crecer personal, profesional y académicamente. Gracias por preocuparse y dar un extra como profesora enseñándome las bases éticas, teóricas y metodológicas que guiarían mi transcurso por la facultad. Por brindarme la oportunidad de aprender de forma extracurricular y ayudarme siempre que lo requerí.

Orgullosamente Universitaria
“Por mi raza hablará el espíritu”
Itzel Erandi Mejía Guzmán

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. Ansiedad	6
1.1. Definición de ansiedad	6
1.2. Conceptos básicos	9
1.2.1. Ansiedad	9
1.2.2. Miedo	10
1.2.3. Estrés	11
1.2.4. Depresión	13
2. Perspectivas teóricas de la ansiedad	15
2.1. Perspectiva Psicoanalítica	15
2.2. Perspectiva Conductual	17
2.3. Perspectiva Cognitivo-Conductual	20
3. Ansiedad a nivel clínico	23
3.1. Ansiedad clínica	23
3.2. Clasificación de la Ansiedad clínica	24
3.3. Técnicas de afrontamiento	27
4. Áreas de la ansiedad	33
4.1. Área Cognitiva	33

4.2. Área Fisiológica	34
4.3. Área Motora (Conductual)	35
5. Factores que generan ansiedad	37
5.1. Académicos	37
5.2. Biológicos	41
5.3. Psicosociales	43
6. Investigaciones sobre ansiedad en estudiantes universitarios	46
7. Instrumentos que evalúan la ansiedad	53
JUSTIFICACIÓN	57
8. Estudio empírico	59
8.1. Objetivo general	59
8.2. Objetivos particulares	59
8.3. Definición de variables	59
8.4. Hipótesis	59
MÉTODO	60
RESULTADOS	62
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIONES	77

REFERENCIAS

79

ANEXOS

89

RESUMEN

La ansiedad, es una emoción que está presente en todos los individuos, es una respuesta adaptativa que se manifiesta a nivel cognitivo, fisiológico y motor-conductual, por lo que se puede definir como un estado emocional que prepara al individuo a responder ante situaciones que asocia con el peligro. Sin embargo, cuando se superan los límites adaptativos se puede llegar a presentar la ansiedad patológica, interfiriendo con las actividades cotidianas de la persona. De acuerdo a diversas investigaciones, dentro de la población estudiantil universitaria, sobrepasar los niveles adaptativos de ansiedad es factor que podría interferir con el rendimiento académico y pleno desenvolvimiento del estudiante en sus actividades diarias. La presente investigación, tuvo como objetivo comparar la respuesta de ansiedad fisiológica, cognitiva y conductual, así como identificar el nivel de ansiedad de los estudiantes. Participaron 152 estudiantes de los primeros semestres de las carreras de Medicina, Enfermería, Odontología, Psicología y Biología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala: 39 hombres y 113 mujeres. A todos se les aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Los resultados obtenidos, mostraron que la carrera de Biología obtuvo mayores niveles de ansiedad comparadas con las otras carreras. Lo que nos permite inferir, que existe relación entre la carga académica teórico-práctica con el nivel de ansiedad; así mismo, se encontró que son las mujeres quienes presentan mayor ansiedad en comparación con los hombres.

Palabras clave: ansiedad, estudiantes universitarios, cognitivo, fisiológico, motor-conductual.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la educación tiene un papel esencial para el desarrollo de todo individuo, pues marca la pauta para superarse y obtener el éxito y satisfacción personal que marcarán un futuro con mejores oportunidades a nivel intelectual, social, laboral y económico. De esta manera, el principal reto que los estudiantes universitarios enfrentan es tener éxito en sus estudios, esto es, aprobar semestre tras semestre las asignaturas que cursan para concluir la carrera, titularse y poder insertarse en el mercado laboral (Aragón-Borja, Contreras-Gutiérrez, Tron-Álvarez, 2011). Dicho éxito, depende tanto de factores económicos como de factores personales y psicológicos; estos últimos pueden contribuir al rendimiento académico tanto positiva como negativamente (Aragón, 2011).

Dentro de los contextos educativos ha existido un interés permanente por comprender los factores cognitivos y comportamentales que favorecen o dificultan el desempeño del estudiante en sus labores académicas y cómo éste se relaciona con su desarrollo integral (Contreras, Espinosa, Esguerra, Haikal, Polania, Rodríguez, 2005). La psicología de la educación ha desarrollado una gran cantidad de investigaciones al respecto del aprendizaje del estudiante durante su instrucción profesional. Una de las variables sustanciales que influyen en el aprendizaje de los estudiantes son los factores relativos a los aspectos personales, lo que implica hablar de los aspectos relacionados con la percepción que cada uno tiene de sí mismo como aprendiz (autoestima, motivación, estrés, bienestar psicológico, entre otros). Entre las variables que se han estudiado relativas a los atributos personales de los estudiantes se ha encontrado a la ansiedad como un factor que puede facilitar y obstaculizar el aprendizaje (Villaseñor-Ponce, 2010).

La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva,

mal-adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades (Reyes-Ticas, 2006).

Dentro del concepto de ansiedad se agrupan tanto los síntomas psíquicos o cognitivos como los conductuales y físicos; siendo denominado en el DSM-V (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos), como trastorno de angustia resaltando, entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas.

Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. Existe una ansiedad normal, ligada a las situaciones que vivimos, que cumple una función adaptativa y prepara al individuo para la ejecución de tareas o alerta frente a posibles amenazas. Sin embargo, la ansiedad puede ser patológica cuando no se presenta como respuesta proporcionada frente a un estímulo o si su intensidad y duración exceden de los límites aceptables. En tales condiciones pierde su función de adaptación y se convierte en un problema para el individuo (Reyes-Ticas, 2006).

La ansiedad clínica tiene varios conceptos relacionados como el miedo y las fobias. Siendo, en el primer caso, ante una situación de amenaza real mientras que en el segundo ante un peligro no real o sobredimensionado. El análisis de la ansiedad como emoción negativa implica un triple nivel de respuesta: fisiológico, cognitivo y motor (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García, Oblitas, 2008).

A nivel fisiológico, la ansiedad se manifiesta a través de la activación del Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros como el Sistema Nervioso Central, el Sistema Endocrino y el Sistema Inmune; de esta manera el individuo percibe cambios en la frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión, mareos, entre otras manifestaciones físicas. Mientras que a nivel cognitivo, se hacen presentes sentimientos de malestar, preocupación, tensión, miedo, presencia de pensamientos negativos, entre otros. Finalmente, a nivel motor o conductual, la ansiedad se manifiesta como hiperactividad,

movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), así como la presencia de respuestas de evitación de la situación que produce la ansiedad (Álvarez, Aguilar. Lorenzo, 2012).

Las investigaciones realizadas en estudiantes universitarios, han reportado, por un lado, que los estudiantes de primer ingreso muestran niveles bajos de ansiedad, tal es el caso de Villaseñor-Ponce (2010), con su estudio realizado a alumnos de primer ingreso a la universidad en diversas carreras de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, indica que los alumnos que ingresan a nivel superior presentan niveles bajos de ansiedad, lo que favorece su rendimiento académico.

Por otro lado, otros estudios obtuvieron resultados opuestos al estudio anterior, esto es, los estudiantes de primer ingreso de la Facultad de estudios Superiores Iztacala muestran más ansiedad (Ramírez, 2016), sobre todo en el área cognitiva. Así mismo, Banda (2016) reportó que los estudiantes de primer ingreso de Psicología también mostraron altos niveles de ansiedad. Otro estudio que contribuye a afirmar que estudiantes de primeros semestres presentan un nivel superior de ansiedad, es el de Celis, Bustamante, Cabrera, Cabrera, Alarcón, Monge (2001), en el que encontraron mayor ansiedad estado (reacción situacional y transitoria, caracterizada específicamente por un estado cognoscitivo de preocupación recurrente por el posible fracaso o mal rendimiento en la tarea) y ansiedad rasgo (característica relativamente permanente de personalidad, que se refleja en la tendencia a reaccionar con el estado de ansiedad), debido a factores como el grado de las demandas (dificultad de la tarea), de la capacidad para controlar los efectos que interfieren con las propias preocupaciones, así como factores académicos asociados con la ansiedad como la insatisfacción con la carrera, dificultades en las relaciones con compañeros y docentes, y el estrés generado por las responsabilidades académicas (Riveros, Hernández y Rivera, 2007).

Es importante resaltar, que se han encontrado diferencias en el nivel de ansiedad reportado entre hombres y mujeres (Álvarez et al., 2012), ellos mencionan más niveles de ansiedad en mujeres que en hombres. Apoyando esto, Sandin,

Valiente, Chorot y Santed (2005), al aplicar dos cuestionarios de ansiedad a 726 estudiantes de la Universidades de Madrid y Pamplona, obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en las mujeres en comparación con los hombres.

Destacando la importancia que tiene la ansiedad dentro de cualquier ámbito de la vida cotidiana, el presente trabajo identificará y comparará los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) de la ansiedad dentro del ámbito estudiantil a nivel universitario. Definiendo lo que es la ansiedad y haciendo hincapié en conceptos básicos como el miedo, estrés y depresión dentro del primer capítulo. Continuando con la concepción de la ansiedad partiendo de diferentes perspectivas teóricas en el capítulo segundo; mientras que en el tercero se abarcará la ansiedad a nivel clínico y la clasificación de la misma. Dentro del capítulo cuatro se encuentran descritas las áreas de la ansiedad, posteriormente, en el capítulo cinco, se puntualizan algunos de los factores que generan la misma.

Así mismo, se exponen las investigaciones sobre ansiedad en estudiantes universitarios, así como los instrumentos con que se puede evaluar a la misma, dentro del sexto y séptimo capítulo, respectivamente. Para concluir con el estudio empírico en donde se describe el reporte de investigación, la metodología, los resultados obtenidos, así como las conclusiones.

1. ANSIEDAD

La ansiedad es la respuesta más común entre los seres humanos y es una de las principales causas que lleva a las personas a consultas médicas, siendo detonante de múltiples enfermedades y padecimientos a nivel cognitivo, fisiológico y conductual. De ahí la relevancia de esclarecer el término “ansiedad” y tener un concepto mejor definido para poder identificarla con mayor precisión y saber en qué consiste la misma.

Teniendo claro lo anterior, es importante destacar que, de acuerdo a McReynolds (1975), la aparición del concepto data del periodo helenístico griego (c.a.350 a. J.), y elabora la hipótesis de que las condiciones culturales, la importancia que se le da al término y la relevancia que adquiere la personalidad a lo largo de los años, son detonantes para el realce del estudio de la ansiedad, siendo incorporado en la psicología por Freud en 1926 (Ansorena, Cobo & Romero, 1983).

1.1. Definición de ansiedad

La ansiedad es la más común y universal de las emociones, forma ya parte de la existencia humana, ya que todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. El concepto de ansiedad ocupa un lugar destacado en los estudios psicológicos, pero todavía no se ha adoptado una definición única (Martínez-Otero, 2014). De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Sierra, Ortega & Zubeldat, 2003). Dicho correlato es referido a aquella emoción no expresada que al paso del tiempo

va generando diversos malestares a nivel fisiológico, motor-conductual o cognitivo; sin embargo, su principal incidencia es de forma física.

Generalmente, el término ansiedad se define como un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos (Sarason & Sarason, 1996).

Al formar parte de la estructura cognitiva, física y conductual de las personas, el concepto de ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. En primer lugar, éste se ha considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta. La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real (Mowrer, 1939).

Por su parte, Miguel-Tobal & Cano (1997) indican que “Se denomina ansiedad a la respuesta, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos”. Los autores consideran que la ansiedad puede ser producida tanto por estresores externos o situacionales, como por estímulos internos (como pensamientos e ideas), que son percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes, agregando, así, al concepto de ansiedad el factor estrés o estímulo estresor, mismo que hasta la fecha se mantiene vigente. De esta manera, identificamos que la ansiedad es considerada como un estado emocional displacentero vinculado a pensamientos negativos que involucra la evaluación cognitiva que un individuo hace acerca de la situación que percibe como amenazadora (Villaseñor-Ponce, 2010).

Se trata, por tanto, de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí. La respuesta emocional emitida engloba aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo (tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar

decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.), aspectos corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc.), y aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.). (Sierra et al., 2003). Es decir, conforma aspectos cognitivos, fisiológicos y motores (conductuales), siendo estas las categorías o áreas principales que permiten identificar la ansiedad, En consecuencia, el análisis de la ansiedad como emoción negativa implica un triple nivel de respuesta: fisiológico, cognitivo y motor (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García, Oblitas, 2008).

En términos conductuales, de acuerdo a Estes & Skinner (1941), la ansiedad es definida como un estado emocional que surge en respuesta de algún estímulo actual, el cual, en el pasado había sido asociado por un estímulo perturbador, por lo tanto, la ansiedad es aprendida, teniendo un estímulo que predice la aparición de una respuesta asociada con un estímulo que por sí solo genera la respuesta de ansiedad. El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (*drive*) que provoca la conducta del organismo. Así, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que eliciten a la misma en forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a

través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado (Sierra et al., 2003).

Wolpe (1979), propuso a partir de la psicopatología experimental una definición operacional; éste viene a definir la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo y que, de forma natural, posee la facultad de provocar dolor y daño en el individuo (por ejemplo, una descarga eléctrica); en términos de aprendizaje, la ansiedad sería tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada, pudiendo ser las respuestas de ansiedad ante los estímulos condicionados superiores incluso a las producidas ante los estímulos incondicionados.

1.2. Definición de conceptos básicos

Existe un sinfín de definiciones para la ansiedad; sin embargo, el detonante del problema conceptual de la ansiedad es que comúnmente se le confunde como conceptos como miedo, estrés o depresión. Diferenciándose el primero de la ansiedad al presentarse únicamente ante un estímulo real; mientras que el segundo es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio, es decir, se desencadena de la ansiedad. Por último, la depresión es un estado interno de tristeza y desánimo que se ve reflejado en distintos niveles e imposibilita a la persona a la realización de sus tareas. A continuación se explican de manera general cada uno de los conceptos, así como sus diferencias con la ansiedad.

1.2.1. Ansiedad

La ansiedad puede presentarse principalmente de tres maneras distintas: La primera, es la *ansiedad normal*, en la que hay manifestaciones afectivas como respuesta a un estímulo tanto del mundo exterior como interior; la segunda, es la *ansiedad patológica*, donde, a diferencia de la normal, no hay un estímulo previo; y,

por último, la *ansiedad generalizada*, que se caracteriza por miedos prolongados vagos e inexplicables sin relación con un objeto (Sarason & Sarason, 1996).

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Siendo, de esta manera, una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (Bulbena, Casquero, de Santiago, del Cura, Díaz et al., 2008).

1.2.2. Miedo

El miedo como evitación está presente tanto en los humanos como en los animales, la diferencia radica en que sólo los primeros realizan una gestión cultural del mismo transformando la emoción en sentimiento, e incorporando así la interpretación cultural (Hurtado, 2015). En consecuencia, el miedo es considerado por Barbería, Martín, Tobal y Fernández (1996) como una emoción primaria de defensa provocada por una situación de peligro que puede ser real y específica, anticipada por la previsión y evocado por el recuerdo, o bien, ser producto de la fantasía. Teniendo como objetivo desordenar los estados de ánimo y estructuras cognitivas en las personas hasta perturbar la estabilidad de la vida cotidiana, induciéndolos a situaciones de angustia, temor y de sensación de estar en peligro (Hurtado, 2015). En este sentido, es importante distinguir entre miedos evolutivos o “normales” y miedos clínicos o fobias, ya que los primeros remiten

espontáneamente, mientras que los segundos requieren tratamiento (García, Martínez e Inglés, 2013).

A menudo se ha definido la ansiedad como una emoción cercana al miedo o como un subtipo de miedo. Uno de los criterios para diferenciar 'ansiedad' y 'miedo' es el de proporcionalidad, es decir, el miedo sería una reacción más proporcionada al peligro real que la ansiedad (Martínez-Otero, 2014).

Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sierra et al., 2003).

1.2.3. Estrés

El estrés, al igual que la ansiedad, supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia; sin embargo, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus y Folkman, 1984 citado en Sierra et al., 2003).

De acuerdo a Sarason & Sarason (1996), el término estrés se refiere a aquellas experiencias emocionales negativas con cambios conductuales, bioquímicos y psicológicos que están relacionados con retos agudos o crónicos percibidos, mientras que los factores estresantes son eventos que estimulan dichos cambios. Para que una cierta situación sea estresante depende de cómo se aprecia un evento y como se califica la habilidad para manejarlo.

Siendo entendido el estrés dentro de los trabajos de Lazarus (1969) como estímulo y como respuesta. Como estímulo es definido como una circunstancia externa a la persona que le supone demandas extraordinarias o inusuales. Mientras que, como respuesta, pueden usarse, principalmente, cuatro indicadores: autoinformes, conductas motoras, cambios inadecuados del funcionamiento cognitivo y cambios fisiológicos.

De esta manera, la respuesta de estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio. Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer, debido a que el sujeto percibe como excesivas dichas demandas y que no cuenta con los recursos para dar una respuesta adecuada a ellas (Aragón et al., 2011).

Por tanto, el estrés es entendido como algo negativo, perjudicial o nocivo para el ser humano, ya que produce dolores de cabeza, indigestión, resfriados frecuentes, dolor de cuello y espalda e infelicidad en las relaciones personales más cercanas (Olga & Terry, 1997 citado en Sierra et al., 2003); además, el estrés puede incapacitar al individuo en el ámbito laboral, provocar crisis nerviosas recurrentes, depresión, ansiedad o incluso dar lugar a la muerte por un ataque al corazón; sin embargo hay personas que lo identifican como positivo y benéfico a sus actividades cotidianas impulsándolos a tener un mejor rendimiento.

Por tanto, Martínez-Otero (2014) ubica el término estrés como la sobrecarga emocional que se produce por una fuerza externa prolongada que pone al sujeto al borde del agotamiento, distinguiéndolo así de la ansiedad.

Barrio (1996 citada por Argón et al., 2011) menciona que muchos no logran diferenciar entre estrés y ansiedad; sin embargo, ella ubica al estrés como un estímulo desencadenante de la ansiedad (estresores) y la ansiedad para la situación

de alteración emocional del sujeto (estrés subjetivo). Las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, tanto en respuesta al estrés como a la ansiedad son similares, en el estrés el estímulo es real, los sucesos que las desencadenan son externos, se llaman estresores y están bien identificados, mientras que en la ansiedad el peligro o la amenaza pueden ser tanto externos como internos, no reales, o bien desencadenar una respuesta exagerada en intensidad en relación con el estímulo que la provoca, pudiendo de esta forma el estrés convertirse en ansiedad.

1.2.4. Depresión

Los trastornos de ansiedad y depresión son enfermedades mentales que tienen una alta prevalencia en la población general, y en estudios de poblaciones específicas estos valores han sido mayores (Bohórquez, 2007).

El concepto de depresión es entendido como un conjunto de síntomas afectivos, tales como la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, así como, en mayor o menor medida, síntomas de tipo cognitivo, volitivo e incluso somático (Alberdi et al., 2006). De esta manera, podemos delimitar que la depresión es un estado interno de tristeza y desánimo en diferentes niveles, tanto cognitivos como conductuales, que influyen significativamente en todas sus actividades del individuo (Osornio-Castillo & Palomino-Garibay, 2009).

Por otro lado, Bohórquez (2007) la define como una alteración del estado de ánimo que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente, es persistente en tiempo y se refleja en el pensamiento, en conducta, en actividad psicomotora, en manifestaciones somáticas y en la forma en que el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente.

Se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido o de pérdida de interés en todas o casi todas las actividades cotidianas, en un periodo de por lo

menos dos semanas. Estos síntomas se acompañan también de cambios de apetito o peso, en el sueño, en la actividad psicomotora, en disminución de energía, se presentan sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, para concentrarse o tomar decisiones; o presenta pensamientos recurrentes de muerte, ideas, planes o intentos de suicidio (Díaz-Ramírez, 2012).

La depresión es un problema que tiene mucho que ver con aspectos cognitivos, mientras que la ansiedad se presenta, en mayor frecuencia, de forma conductual y por medio de síntomas físicos, ambos problemas pueden presentarse a lo largo de la vida, desde la niñez hasta la vejez, por lo que resulta de suma importancia prevenir este problema a una temprana edad como lo es en la etapa de la juventud (Flores, Jiménez, Pérez, Ramírez y Vega, 2007).

Es así como podemos identificar que coexiste una estrecha relación entre conceptos que guardan similitud en características con la ansiedad tales como el miedo, el estrés y la depresión, generando confusión en su estructura conceptual al momento de definirlos; sin embargo, son parteaguas para identificar un nivel de ansiedad fuera de los límites normativos ya establecidos, siendo así precursores o antecesores de la misma.

De esta manera, se reconoce a la ansiedad como una característica propia y funcional para el individuo, teniendo carácter anticipatorio, es decir, es la respuesta que tiene el ser humano para prevenir, identificar o señalar que se aproxima un peligro o amenaza para el propio individuo. Diferenciándose, así, del miedo, el estrés y la depresión.

2. PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE LA ANSIEDAD

La ansiedad, definida por Cano-Vindel (1989) como aquella emoción que puede manifestarse en tres tipos de sistemas de respuesta independientes, pero íntimamente relacionadas: pensamiento, fisiología y conducta; sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas (Sierra et al., 2003). Mismas que conciben a la ansiedad desde un enfoque distinto, algunas serán explicadas en el presente capítulo.

2.1. Perspectiva Psicoanalítica

La Perspectiva Psicoanalítica surge de la preocupación por explicar los acontecimientos ocurridos dentro de la práctica clínica, en donde Freud comienza a elaborar teorías en respuesta a la necesidad de conocer lo acontecido dentro de la psicología clínica; por ende, Freud elabora su compleja teoría de la personalidad, dándole al concepto de *ansiedad* una posición prioritaria (Ansorena et al., 1983).

En ese contexto, la teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego; por tanto, es concebida como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos. Así mismo, sostiene que el carácter adaptativo de la ansiedad actúa como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza (Sierra et al., 2003).

Freud definió la ansiedad como una respuesta al peligro percibido y distinguió entre dos clases de situaciones que provocan ansiedad. En la primera, la ansiedad es causada por una estimulación que excede la capacidad del organismo para manejarla (ej. el nacimiento). En la otra, Freud supuso que la energía psíquica (libido) se acumula si las inhibiciones y tabúes evitan que se exprese. Esta energía

acumulada puede aumentar hasta el punto en que pueda abatir los controles del yo, de esta manera, cuando esto sucede, se produce un estado traumático o de pánico. Los psicoanalistas creen que estos estados traumáticos es probable que ocurran en los infantes y niños que no saben cómo controlar gran parte de su ambiente. Con frecuencia, la ansiedad surge como anticipación del peligro, en lugar de ser posterior a una situación peligrosa y cumple con una función protectora al indicar la cercanía del peligro y al advertirnos que preparemos nuestras defensas (Sarason & Sarason, 1996).

Freud (1971), identifica tres teorías sobre la ansiedad:

- 1) En primer lugar, coloca a la *ansiedad real* que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea.
- 2) En segundo lugar, habla de la *ansiedad neurótica*, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; pero se le relaciona con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, lo que permite reconocer la superioridad de esta ansiedad respecto a la objetiva diferenciación entre peligro real externo y peligro de origen interno y desconocido; es decir, que la ansiedad neurótica ocurre cuando el yo intenta satisfacer los instintos del *ello*, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado y el sujeto teme que el yo no pueda controlar al ello.. (Spielberger, 1966; Spielberger, Krasner y Solomon, 1988, citado en Sierra et al., 2003).
- 3) Por último, la *ansiedad moral* es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el *super-yo* amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos. Para Freud, toda psiconeurosis es un trastorno emocional expresado en el plano psíquico, con o sin alteraciones somáticas

4) y con una leve deformación afectiva del sentido de la realidad, que se manifiesta en las relaciones sociales e interpersonales como la expresión de otros conflictos psicológicos. Cualquier tipo de psiconeurosis (neurosis) presenta una característica común: la ansiedad.

De igual manera, desde las teorías de la personalidad, la ansiedad es concebida en términos de rasgo y estado. El rasgo de ansiedad se entiende como una característica de personalidad o tendencia a reaccionar de forma ansiosa, con independencia de la situación. En cambio, el estado de ansiedad es un concepto que se refiere a una situación y un momento. Se trata de un estado emocional transitorio y fluctuante, determinado por las circunstancias ambientales (Cattell, y Scheier, 1961 citado en Arcas & Cano, 1999). Ambos conceptos (rasgo y estado) son interdependientes, pues las personas con un elevado rasgo ansioso están más predisuestas al desarrollo de estados de ansiedad, al interactuar con los estímulos ansiógenos del entorno. Es decir, en términos psicoanalíticos la ansiedad es vista como emoción, que está regulada por la manera en la que el sujeto percibe la situación en la que se encuentra inmerso.

Es así como dentro del psicoanálisis el término ansiedad es y ha sido utilizado como estímulo, como respuesta, como constructo y como fuerza motivacional global, siendo muy difícil reconstruir la concepción concreta del término en la actualidad (Ansorena et al., 1983).

2.2. Perspectiva Conductual

Alrededor del conductismo existen múltiples mitos y creencias que ponen en tela de juicio su eficacia; sin embargo, el enfoque conductista es el que más investigaciones clínicas controladas tiene; dentro del área de los tratamientos de la ansiedad, ha sido el que mayor éxito ha alcanzado con sus métodos terapéuticos (Rivadeneira, Dehab & Minici, 2009).

La perspectiva conductista se desarrolló en parte porque los psicólogos consideraron que muchas de las ideas de Freud sobre la mente eran vagas, complicadas e inestables. Para John B. Watson (1878-1958), psicólogo fundador del conductismo, el desarrollo era un asunto mecánico. Toda la personalidad, es decir, el sistema de conducta manifiesta, se forma a partir del proceso de condicionamiento, en donde la persona aprende una conducta específica a partir de determinados estímulos. Es así como se identifica que los psicólogos conductistas centran su atención en el aprendizaje, considerando la conducta como un producto de la asociación estímulo-respuesta (E-R) y estímulo-respuesta-reforzador (E-R-C) (Sarason & Sarason, 1996).

De esta manera, partimos del punto que el conductismo tiene una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (*drive*) que provoca la conducta del organismo. Siendo Watson y Rayner (1920), en los años veinte, quienes realizan los primeros intentos de explicar la ansiedad como una respuesta condicionada, condicionando una respuesta de ansiedad a un niño, demostrando que los miedos estaban específicamente relacionados con las historias individuales de aprendizaje. Desde esta perspectiva, Hull (1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada.

Así, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que eliciten a la misma en forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado. En general, supone un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, sean cuales sean las consecuencias que deriven de ella, un escape de la situación sin permitir su desarrollo, o la evitación del peligro percibido por el individuo una vez que se propone iniciar la conducta; a esto se le conoce por reacción de lucha y huida.

Puede derivar en inhibición de la conducta, en comportamientos agresivos, en evitación de situaciones futuras que sean similares, en bloqueos momentáneos o en hiperactividad, según se trate de un individuo u otro (Sierra et al., 2003).

Así, los modelos de condicionamiento asumen que los trastornos de ansiedad son conjuntos de respuestas aprendidas a través de procesos de condicionamiento, siendo los más destacados el clásico y el aprendizaje de evitación. El primero, explica que la respuesta de ansiedad es producto de la asociación entre estímulos neutros propios del contexto y estímulos incondicionados, mismos que son el suceso traumático. El segundo, indica que se producen asociaciones típicas del condicionamiento clásico entre una señal neutra y un estímulo aversivo, y asociaciones típicas del condicionamiento instrumental, es decir, se responde de manera evasiva ante al estímulo aversivo siendo reforzado por otro estímulo o por la evitación misma (Viedma, 2008).

Para contrarrestar los efectos que produce la ansiedad en el individuo, dentro del conductismo surgen múltiples técnicas de afrontamiento, siendo destacados la *Desensibilización Sistemática*, cuyo objetivo es extinguir una respuesta condicionada, consta de tres partes: aprender una respuesta antagónica de la ansiedad mediante la exposición imaginaria (p.ej. relajación muscular profunda), posteriormente se construye una jerarquía de estímulos que generan ansiedad y, finalmente, se conduce al individuo a reproducir escenarios que generan ansiedad acorde al orden establecido con el fin de ir eliminando uno a uno; la conducta de *evitación* y *escape*, que se centran en la idea de que la conducta de evitación es reforzada por la disminución de la ansiedad que produce, superando, así, la situación o estímulo que detona las respuestas de ansiedad. Acto mismo producido por la conducta de escape; en ambas se generan respuestas a nivel motor y cognitivo, siendo reforzadas por la disminución de la ansiedad que genera que las conductas se mantengan (Rivadeneira et al., 2009).

Otro tratamiento utilizado desde la teoría conductista, es el *Tratamiento de exposición (flooding, exposición intensiva, inundación)*, en donde se rescata la exposición a las situaciones-estímulo que disparan la ansiedad, siendo una técnica

de afrontamiento directa. Por otro lado, desde el condicionamiento clásico, se ha comprobado que tanto palabras como imágenes mentales pueden cumplir el papel de estímulos, elicitando respuestas condicionadas, de esta manera, a través de la *refocalización atencional* se aprende a orientar la atención a otros estímulos, lo que provocará la disminución de la ansiedad. Así mismo, se trabaja a través del entrenamiento en habilidades sociales para el tratamiento de la ansiedad al momento de interactuar con otros (Rivadeneira et al., 2009).

El enfoque conductista, 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 (respuestas) (Viedma, 2008). Debido a que el conductismo es la línea de investigación centrada en determinar las relaciones específicas existentes entre los estímulos que desencadenan respuestas, en este caso de ansiedad, tales respuestas, así como su mantenimiento (Ansorena et al., 1983), podemos finalizar, destacando la relevancia que tiene el conductismo en el estudio, conceptualización y tratamiento de la ansiedad, siendo sus aportes innumerables y trayendo consigo beneficios a corto plazo para los individuos con algún trastorno de ansiedad.

2.3. Perspectiva Cognitivo-Conductual

Es a partir de los años sesenta cuando empiezan a introducirse variables cognitivas dentro del enfoque Cognitivo-Conductual, modificando el concepto de ansiedad y dándole una significación cognitiva (Viedma, 2008). La perspectiva cognitiva centra la atención en la forma en que las personas adquieren e interpretan la información y la emplean en la resolución de problemas. Cada persona desarrolla esquemas que contienen información sobre los distintos aspectos de su vida y ayudan a procesar la información y al desarrollo de estrategias (Sarason & Sarason, 1996).

Desde la perspectiva Cognitivo-conductual, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe desestimarse para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). De esta manera, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad.

Así mismo, surge la teoría tridimensional de Lang (1968) que especifica que las manifestaciones de ansiedad, de miedo, o de cualquier otra emoción se pueden observar a tres niveles diferentes (experiencia, cambios somáticos y conducta), pudiendo darse el caso de la falta de concordancia entre las manifestaciones observadas en los tres canales de respuesta (cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor), teniendo, así, tres canales de respuesta parcialmente diferentes.

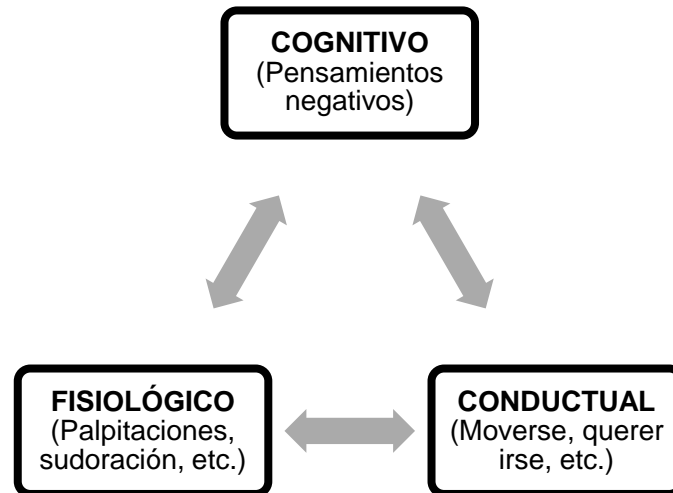


Figura 1. Tres canales de respuesta de la teoría tridimensional de Lang: cognitivo, fisiológico y conductual.

Esta teoría, ha traído consigo el que se comience a estudiar a la ansiedad como un fenómeno complejo, centrándose en sus tres componentes principales, ya antes mencionados, ligados a situaciones específicas. Teniendo un gran número de implicaciones a nivel clínico con respecto a comprender la naturaleza de la ansiedad, cómo se desarrolla, su evaluación, así como la elección del tratamiento pertinente (Viedma, 2008). Siendo, así, punto clave en la conceptualización de la ansiedad.

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

Por tanto, la terapia cognitivo-conductual debería considerarse como el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños y adolescentes. Este tipo de intervención, sola o en combinación con intervención familiar, se ha mostrado eficaz frente a condiciones de control y otros tratamientos, manteniéndose los logros terapéuticos en el tiempo (Orgilés, Méndez, Rosa & Inglés, 2003).

3. ANSIEDAD A NIVEL CLÍNICO

La ansiedad a nivel clínico cobra gran relevancia al estar presente en la mayoría de los trastornos psicológicos de las personas, influyendo, de esta manera, para el desarrollo de determinadas patologías o trastornos de ansiedad, mismos que se clasifican acorde a sus características específicas y se explican en este capítulo.

3.1. Ansiedad clínica

La ansiedad es un elemento central en la Psicopatología, ya que es una de las principales causas que lleva personas a las consultas médicas de atención primaria, debido a que es un elemento presente en la mayoría de los trastornos psicológicos y somáticos (García & Cano, 2014); sin embargo, no es sino a partir de los años sesenta que se comienza a tomar consciencia acerca de la relación que existe entre la ansiedad y la enfermedad, concluyendo que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o a la potenciación de determinadas patologías o trastornos en el ser humano (Sierra et al. 2003).

De esta manera, la ansiedad puede ser entendida como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa, misma que es referida como ansiedad clínica o ansiedad patológica; la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella (Spielberger, Pollans y Wordan, 1984 citado en Sierra et al., 2003).

En la misma línea, Reyes-Ticas (2006) explica que existe una ansiedad normal, ligada a las situaciones que vivimos, que cumple una función adaptativa y prepara al individuo para la ejecución de tareas o alerta frente a posibles amenazas. Sin embargo, la ansiedad puede ser patológica cuando no se presenta como respuesta proporcionada frente a un estímulo o si su intensidad y duración exceden de los

límites aceptables. En tales condiciones pierde su función de adaptación y se convierte en un problema para el individuo.

Por tanto, Millon (2001) refiere que los individuos poseen una personalidad sana cuando se muestran capaces de afrontar las exigencias ambientales de un modo flexible y cuando sus percepciones y conductas fomentan una mayor satisfacción personal; mientras que un patrón patológico o desadaptativo se identifica cuando las personas responden a las dificultades de la vida de forma inflexible o cuando sus percepciones y conductas den lugar a un malestar personal o a una reducción de las oportunidades para aprender y crecer.

3.2. Clasificación de ansiedad clínica

Dada la relevancia de esta emoción como un trastorno que afecta negativamente la vida y actividades de la persona, se han creado manuales para una mayor comprensión y explicación de esta. El más usado y reconocido es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión V (DSM-V, por sus siglas en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), en este se clasifican los Trastornos de Ansiedad en diferentes tipos, detallando sus características y especificaciones, para proporcionar un mejor diagnóstico. Mismos que Tortella-Feliu (2014) simplifica en la siguiente tabla:

Cuadro 1. Presentación resumida de los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico (*)
TA por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.	El miedo o la ansiedad deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).	Duración mínima de 1 mes (no aplicable en el primer mes que se va a la escuela).
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad.	Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: Animal, entorno natural, Sangre-heridas-inyecciones, Situacional, Otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
TA Social	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.	Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

<p>Trastorno de Angustia</p>	<p>Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.</p>	
<p>Agorafobia</p>	<p>Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.</p>	<p>El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes mínimo 6 meses.</p>
<p>TA Generalizada</p>	<p>Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultad para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.</p>	<p>La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.</p>
<p>TA Inducido por sustancias / medicación</p>	<p>El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.</p>	<p>No se dan exclusivamente durante el <i>delirium</i>.</p>
<p>TA debido a otra enfermedad médica</p>	<p>El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.</p>	<p>No se dan exclusivamente durante el <i>delirium</i>.</p>

<p>Otros TA especificados</p>	<p>Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.</p> <p>Se especifica la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.</p>	<p>Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días.</p>
<p>TA no especificado</p>	<p>Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.</p> <p>No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e. g. en urgencias).</p>	

Nota. TA = trastorno de ansiedad.

(*) En esta columna se omiten los criterios que tienen que ver con: (a) no se explica mejor por otro trastorno psicopatológico u otras patologías médicas – ingesta de sustancias y (b) causan malestar psicológico significativo y/o deterioro en el funcionamiento social, laboral/escolar o en otras áreas.

3.3. Técnicas de afrontamiento

Cuando el psicólogo detecta, a través de diversas vías (Instrumentos de evaluación, entrevistas, etc.), la sintomatología correspondiente a la ansiedad o la ansiedad manifiesta, procede a realizar el diagnóstico pertinente a la emoción, para implementar un tratamiento eficaz que sea coherente con el tipo de ansiedad que se presenta, así como con el factor o área dominante de la misma, ya sea fisiológico, cognitivo o motor-conductual.

Un tratamiento o técnica de afrontamiento se refiere a las estrategias que ayudan al individuo a conocer, afrontar y controlar la ansiedad, y así tener un mejor estilo de vida y desempeño dentro de sus actividades cotidianas.

Gantiva, Luna y Salgado (2010), identifican tres dimensiones básicas dentro de las técnicas de afrontamiento: 1) el método empleado, dentro del que se distinguen el afrontamiento activo, el pasivo y el evitativo; 2) la focalización del afrontamiento,

es decir, la manera en la que se va a afrontar el problema, la respuesta emocional y cómo se va a dirigir el individuo a modificar la evaluación inicial de la situación; y 3) la actividad movilizada del afrontamiento, dentro de la que destacan el afrontamiento cognitivo y conductual.

Hasta el día de hoy, las investigaciones han demostrado que el abordaje terapéutico cognitivo conductual ha sido el que mayores y mejores resultados ha presentado al utilizar sus técnicas de afrontamiento, algunas de las más relevantes dentro del tratamiento de la ansiedad son las técnicas de relajación y meditación, la solución de problemas, la terapia racional emotivo-conductual, la desensibilización sistemática y la técnica de exposición.

• **Terapia racional emotivo-conductual**

La terapia racional emotivo-conductual (TREC) se deriva de una teoría que establece que los desórdenes psicológicos tienen su fundamento en ideas irracionales del pensamiento. Fue desarrollada por Albert Ellis en 1957, quien establecía que lo que un individuo se dice a sí mismo influye en la manera en la que se siente y se comporta. En la terapia se busca cambiar las cogniciones para producir cambios en las emociones y en la conducta, ya que se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de los individuos, de la interpretación que hacen de la realidad (Soria & Olvera, 2016).

Dentro del TREC se encuentra el modelo ABC de Ellis, el que se considera como marco de referencia para llevar a cabo la terapia racional emotivo-conductual. Dentro del modelo, A, hace referencia al *acontecimiento activador*, es decir, aquel suceso real y externo que perturba a la persona (qué sucedió, cómo lo percibe y cómo evalúa lo que sucedió). Por otro lado, B, hace alusión al *sistema de creencias* que presenta la persona con respecto al suceso o situación en cuestión, es decir, las auto-verbalizaciones que se hace la persona. Por ende, deben buscarse los “debería” y los “tendría qué” para iniciar el cambio de ideas irracionales a

pensamientos racionales. Finalmente, la C, refiere a las consecuencias emocionales y conductuales de la persona, es decir, el resultado de las creencias (B) que se tienen del acontecimiento (A). Sin embargo, hoy en día se considera un elemento D, que abarca la intervención terapéutica para erradicar o disminuir los pensamientos irracionales y un elemento E, en donde se evalúa la situación y los resultados de la terapia (Soria & Olvera, 2016).

• **Técnicas de relajación y meditación**

Las técnicas de relajación y meditación refieren a ciertos ejercicios físicos que facilitan el control de los efectos fisiológicos que genera una situación negativa, en específico, la ansiedad; aminorando los efectos fisiológicos y haciendo manejable la sintomatología orgánica que genera la ansiedad y la libera. Existen diversas técnicas, una de las más conocidas es la relajación progresiva de Jacobson de 1929, que consiste en la tensión-distensión de los grupos musculares del cuerpo. Otra técnica, es la relajación autógena de Schultz, que propuso en 1932, en donde se genera una representación cognitiva de las consecuencias motoras de respuesta, sensaciones que disparan o aminoran la ansiedad (Coffin & Salinas, 2016).

Por otro lado, desde la perspectiva cognitivo-conductual se hipotetiza que la meditación es una técnica eficiente en el control del flujo de la actividad cognitivo-verbal, producida por el estilo de razonamiento del individuo y la estimulación interna-externa, permitiendo disminuir los niveles de ansiedad y llegar a un estado óptimo de relajación (Coffin & Salinas, 2016).

• **Desensibilización sistemática**

La técnica de *desensibilización sistemática*, fue elaborada por Wolpe en 1958; en su aplicación pueden distinguirse tres fases: a) Entrenamiento en relajación muscular: en la que se utiliza una versión abreviada de la relajación progresiva de Jacobson (ya antes descrita), que se enseña y aprende en seis sesiones de práctica.

b) Construcción de una jerarquía de las situaciones ansiógenas: en esta fase se elabora una lista con estímulos o situaciones referentes a un tema en específico, mismos que se ordenan acorde a la intensidad de la respuesta de ansiedad que elicitan. Y, por último, la c) Desensibilización: en esta fase se lleva a cabo la exposición imaginaria o real a las situaciones ansiógenas de la jerarquía realizada en la fase anterior, mientras el paciente se encuentra profundamente relajado. Esta técnica puede desglosarse en los tres elementos componentes siguientes: exposición a las situaciones ansiógenas, relajación y emparejamiento de ambos. Es precisamente el emparejamiento de la visualización de situaciones ansiógenas y la relajación profunda lo que produce, en teoría, la eliminación de la ansiedad (Villamarín, 1990).

• Solución de problemas

El objetivo del entrenamiento en resolución de problemas (ERP) es ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida, así como enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas (D'Zurilla, 1986). Enfatizando en la identificación y resolución de problemas antecedentes actuales que están relacionados con estas respuestas, ya que es más probable que esta estrategia produzca cambios duraderos y generalizados. Buscando siempre respuestas de afrontamiento mediante las cuales la persona intente reducir, minimizar, controlar o prevenir cierta situación. Siendo así la resolución de problemas un proceso cognitivo-afectivo-conductual mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir una solución o respuesta de afrontamiento eficaz para un problema particular (Bravo & Valadez, 2016).

En consecuencia, Bados & García (2014) indican que existen cuatro fases para llevar a cabo la resolución de problemas; sin embargo, antes de dar inicio con ellas es necesario la orientación o actitud hacia los problemas, es decir, identificar junto con la persona el problema, así como la magnitud del mismo. Posteriormente se debe dar paso a desarrollar las habilidades básicas de resolución de problemas,

dividiéndose en las siguientes fases: a) Definición y formulación del problema, en donde se comprende este y se establece una meta a seguir. b) Generación de soluciones alternativas, en donde se dan distintas soluciones al mismo problema de manera jerárquica. c) Toma de decisión, identificar cuáles podrían ser los resultados, qué beneficios se obtendrán, elección de un plan de solución y elaboración de un plan de acción. Finalmente, d) Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad, en donde se pone en práctica el plan de acción, se lleva a cabo un autorregistro, una autoevaluación, un autorreforzamiento, así como la corrección de detalles.

Siguiendo el procedimiento que enmarca D'Zurilla (1986), la persona será capaz de afrontar diversas situaciones de la vida cotidiana, así como problemas más graves, pues ya habrá adquirido las habilidades necesarias para darles solución, mediante decisiones efectivas que den respuesta a sus necesidades.

• **Técnica de exposición**

Consisten en afrontar, de forma sistemática y deliberada, situaciones o estímulos internos que generan ansiedad u otras emociones negativas, hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente. Antes de comenzar con las exposiciones, se entrena a la persona para que adquieran estrategias que faciliten la técnica de exposición, es decir, en primera instancia se utiliza la relajación y la reestructuración cognitiva que consiste en modificar las ideas irracionales por racionales (Bados & García, 2011).

De acuerdo a Bados & García (2011) existen varios tipos de exposición: a) Exposición en vivo: que consiste en exponerse a una situación real para afrontar el problema, usualmente es el último de los pasos. b) Exposición en imaginación: esta implica imaginar que se afronta el estímulo o situación que genera el problema. c) Exposición interoceptiva: que consiste en exponerse a las sensaciones corporales que se temen y que son inducidas a través de diversos medios. d) Exposición

mediante ayudas audiovisuales: aquí se utilizan videos, audios, etc., para simular la situación. e) Exposición utilizando la escritura o los juegos: consiste en escribir sobre los sucesos que generan ansiedad y leerlo para sí mismo y/o delante del terapeuta. f) Exposición simulada: es también conocida como ensayo conductual o *role playing* y consiste en la exposición a situaciones sociales problemáticas que son simuladas o reproducidas en la sesión terapéutica.

4. ÁREAS DE LA ANSIEDAD

Hasta ahora se ha identificado que la ansiedad puede ser explicada de múltiples maneras y todas cobran relevancia desde el enfoque desde el que se aborde. Para un mejor entendimiento de la presente investigación, es necesario explicar tres grandes áreas: la cognitiva, la fisiológica y la motora-conductual. Las cuales refieren a los cambios característicos que se pueden percibir en el organismo para identificar la ansiedad, y en las que se ven reflejadas las respuestas del individuo, mismas que pueden aparecer en mayor o menor intensidad o incluso puede que no se experimente alguna de ellas, ya que existen diversos factores que influyen para que estas se vean reflejadas en el individuo, es decir, depende de los recursos tanto externos como internos que posea la persona, así como de lo amenazante que sea la situación (Baeza, Balager, Belchi, Coronas y Guillamón, 2008).

4.1. Área Cognitiva

Se entiende por cognitivo cualquier proceso efectuado por el cerebro que incluya un proceso psicológico superior (atención, pensamiento, lenguaje, aprendizaje, inteligencia), por tanto, a nivel cognitivo, la ansiedad se manifiesta en sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, dificultad para decidir, presencia de pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras debilidades, dificultades para pensar, estudiar, concentrarse, percepción de fuertes cambios fisiológicos, entre otros (Álvarez, Aguilar. Lorenzo, 2012). Así mismo, pueden manifestarse olvidos, descuidos de parte del individuo en su vida cotidiana y, en casos más extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio (Bulacio, 2004).

De esta manera, el efecto que suscita cualquier situación estresante (operación, problema médico, etc.) va a depender de tres procesos cognitivos: la evaluación primaria (sería el primer mediador psicológico del estrés y daría lugar a evoluciones

del tipo amenaza, daño/ pérdida, desafío o beneficio); la evaluación secundaria (correspondiente a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación y que sería determinante para la respuesta de estrés, ya que dependerá de que el individuo se sienta desafiado, asustado u optimista que la emoción sea de ira, miedo o placer) y, por último, la re-evaluación (procesos que acontecen cuando se ha puesto en marcha alguna de las soluciones a los problemas presentados) (Lazarus & Faulkman, 1986).

Como ya se mencionó, estas respuestas subjetivas tienden a afectar la vida cotidiana de los individuos, en el caso de los estudiantes, esto puede mermar su desempeño académico, a causa de la falta atencional, estrés, pérdida de memoria y su preocupación excesiva.

4.2. Área Fisiológica

Se entiende por fisiológico a la reacción que tiene el cuerpo ante ciertos estímulos, por consecuente, a nivel fisiológico, la ansiedad se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros como el Sistema Nervioso Central, el Sistema Endocrino y el Sistema Inmune. De estos cambios o alteraciones los sujetos sólo perciben algunos como son el aumento en la frecuencia cardiaca (palpitaciones), sudoración, contracturas musculares, náuseas, diarrea (Cía, 2002) el aumento en la frecuencia respiratoria, tensión muscular, dificultad respiratoria, sequedad de la boca, dificultad para tragar, sensaciones gástricas, entre otros. A su vez, estos cambios fisiológicos, pueden acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como dolores de cabeza, insomnio, mareos, disfunción eréctil, etc. (Álvarez, Aguilar. Lorenzo, 2012).

Así, a nivel fisiológico, la activación está mediada por dos sistemas interrelacionados: el sistema nervioso autónomo (SNA) y el sistema neuroendocrino

(SNE). El SNA es el primero en activarse en cuestión de segundos, una vez identificada cualquier amenaza, siendo capaz de responder a las exigencias del medio de un modo prácticamente automático e involuntario (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García, Oblitas, 2008).

Cuando estas respuestas fisiológicas impiden una buena ejecución del individuo en su medio, se pierde el valor adaptativo y, hasta cierto punto positivo, de la ansiedad, generando una reacción emocional contra el organismo. En consecuencia, al presentarse de manera continua los malestares fisiológicos, el cuerpo comienza a presentar desórdenes psicofisiológicos transitorios como lo son dolores de cabeza o el insomnio (Del Pino & Tenorio, 2008), siendo puntos clave para identificar la ansiedad en niveles fuera de la norma.

4.3. Área Motora (Conductual)

Las respuestas motoras son conductas orientadas hacia el afrontamiento de una situación determinada para conseguir un mayor bienestar (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García, Oblitas, 2008), son respuestas observables en el comportamiento del individuo. Por tanto, a nivel motor, la ansiedad se manifiesta como: hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitación de situaciones temidas, elevado consumo de alimentos o sustancias (como café y/o tabaco), llanto, tensión en la expresión facial, quedarse en blanco, presencia de respuestas de evitación de la situación que produce la ansiedad (Álvarez, Aguilar. Lorenzo, 2012); así como la manipulación continua de objetos, tocarse el cabello, morderse las uñas, etc. (Odrizola 1992).

Las áreas de la ansiedad ya antes descritas son posibles de controlar (Cano, 2002), siendo la motora-conductual la más sencilla en apariencia, debido a que posee mayor grado de manipulación voluntaria sobre los músculos que sobre los órganos internos; sin embargo, existe la posibilidad de regular tanto las respuestas

fisiológicas, como las cognitivas mediante técnicas psicológicas (Amodeo y Perales, 2013).

Dejando en claro las manifestaciones que pudiesen aparecer junto con la ansiedad dependiendo su área de predominancia o incidencia, es más claro entender los procesos que vive el individuo con ansiedad, sin llegarlos a confundir con algún otro trastorno o síntoma. Cobrando relevancia en el estudio de la ansiedad, para identificar a la ansiedad dentro de los tres niveles de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor-conductual.

5. FACTORES QUE GENERAN ANSIEDAD

Hasta esta sección se han citado las características, tipos y formas de respuestas de la ansiedad, siendo el eje de la presente investigación. En la siguiente sección se abordará la ansiedad en la población estudiantil, puesto que ésta representa un problema de salud pública para la juventud, debido a su alta prevalencia y sus consecuencias negativas en los ámbito académico (García, Espinoza, Padilla, Álvarez & Paéz, 2008), es importante aclarar que existen múltiples factores que determinan la ansiedad, tales como la genética, bioquímica del cerebro, circunstancias estresantes de la vida cotidiana, comportamientos aprendidos, familiares con trastornos de ansiedad, entre otros (Espinoza, Orozco e Ybarra, 2015).

El ingreso en la Universidad conlleva cambios significativos en las actividades cotidianas de los estudiantes (separación del núcleo familiar, aumento de responsabilidades, reevaluación de las actividades que realizan, etc.). En sí mismo, el mundo universitario presenta características y exigencias organizativas y académicas que en ocasiones conducen al joven estudiante hacia reacciones adaptativas generadoras de ansiedad y considerable perturbación psicosocial con disminución del rendimiento (Arco, López, Heilborn y Fernández, 2005); por lo que es de suma relevancia destacar algunos de ellos, como lo son los factores académicos, biológicos, así como psicosociales.

5.1. Académicos

El mundo universitario presenta características y exigencias organizativas y académicas significativamente distintas a las de los niveles educativos anteriores, dejando a los jóvenes desprovistos de las habilidades y herramientas necesarias para afrontar esta nueva etapa. El ingreso en la Universidad, por ejemplo, al igual

que sucede con el tránsito del Colegio al Instituto, constituye un momento crucial en la vida del estudiante (Martínez-Otero, 2014).

De esta manera, nos encontramos con que los factores académicos están estrechamente relacionados con las situaciones a las que se enfrentan día con día los estudiantes, en específico, los universitarios, quienes se encuentran cotidianamente inmersos en situaciones académicas estresantes, como evaluaciones, realización de tareas, trabajos, exposiciones, entre otras, viéndose directamente relacionado su rendimiento académico (escolar) (Jadue, 2001), convirtiéndose en temas centrales la preocupación la ansiedad y el estrés (Newton, Angle, Schuette & Ender, 1984).

Chadwick (1979 citado en Gisbert, 2015), definió al rendimiento académico como la expresión de capacidades y características psicológicas de los estudiantes desarrollados y actualizados a través del proceso enseñanza-aprendizaje que le posibilita obtener un nivel de funcionamiento y logros académicos a lo largo de un periodo o semestre.

Por otro lado, el término ansiedad escolar se puede definir como un patrón desadaptativo de respuestas de ansiedad ante situaciones escolares, no llegando a considerarse un miedo extremo o psicopatológico, es decir, una fobia (García et al., 2013); presentándose cada vez más en los escolares problemas de esta índole (Doll & Lyon 1998). Por lo que es importante, tener en cuenta que el constructo ansiedad escolar puede estar originado por situaciones diversas producidas en el ambiente escolar (ansiedad ante el fracaso y castigo escolar, ante la agresión, ante la evaluación social o escolar), manifestándose a nivel cognitivo, psicofisiológico o conductual (García et al., 2014).

Lo que indica que las situaciones académicas que enfrentan de manera cotidiana los estudiantes les demandan poner en práctica habilidades, capacidades y actitudes necesarias para conseguir adaptarse o ajustarse de manera eficiente al ámbito universitario, así como a diferentes contextos; lo que facilita que sus conductas sean socialmente adecuadas ante las tareas académicas. Sin embargo,

los altos niveles de competencia, las cargas excesivas de trabajo, la presión de profesores y compañeros, deseos y necesidades personales, demandas de otros, incluyendo sus entornos familiares, generan en el estudiante altos niveles de ansiedad. Ejemplos de lo anterior son: convertirse en el primer profesionalista de la familia, resolver los problemas financieros de la misma, entre otros (Contreras, Chávez, Velázquez, 2014). Por ende, podemos identificar que toda demanda del ambiente genera un estado de tensión o amenaza que requiere de un cambio o adaptación al mismo, generando así ansiedad adaptativa o trastornos de ansiedad en algunos individuos; en consecuencia, podemos observar que la presión que sienten los alumnos por obtener un buen rendimiento escolar puede provocar en ellos una exacerbación de la ansiedad (Jadue, 2001).

A lo anterior, García et al. (2013) aluden a la existencia de una relación curvilínea entre ansiedad y rendimiento, lo que apuntaría que la ansiedad juega un rol facilitador del rendimiento hasta un determinado punto, pero si el nivel de ansiedad sobrepasa ese punto, el rendimiento empieza a verse obstaculizado.

Algunas investigaciones, como la de Tejero (2006), indican que un factor determinante para generar ansiedad dentro de los estudiantes es su regularidad como alumnos, es decir, un estudiante que nunca ha reprobado se encuentra bajo mayores niveles de ansiedad por miedo al fracaso y castigo escolar (“repetir curso”, “afrontar exámenes”, “las sanciones del profesorado”) que uno que ya ha pasado por un recursamiento, examen final o extraordinario. Así mismo, Shirom (1986) demuestra que los temores más intensos son los relacionados con la evaluación, lo que sugiere a la ansiedad como una condición producto de la percepción individual de posibilidades de daño o perjuicio a sí mismo.

También, cabe mencionar que el cúmulo de responsabilidades que implica la participación y las exposiciones en clase, trabajar en equipo, el esfuerzo invertido en la elaboración de tareas, el tiempo limitado que se posee tanto para la realización de trabajos como para cumplir con las actividades académicas, las evaluaciones y exámenes, además de los posibles problemas o conflictos que se llegan a presentar con los maestros y compañeros, así como la competitividad que se establece entre

estos últimos, son algunos de los estresores que se presentan en el ámbito académico y que pueden provocar ansiedad en los estudiantes universitarios (Aragón et al., 2011).

Los estudios han reportado que los altos niveles de ansiedad reducen la eficiencia en el aprendizaje, ya que disminuyen la atención, la concentración y la retención, con el consecuente deterioro en el rendimiento escolar. Los muy ansiosos tienen dificultades para poner atención, se distraen con facilidad. Utilizan pocas de las claves que se otorgan en las tareas intelectuales. A medida en que van procesando la información, no organizan ni elaboran adecuadamente los materiales y tienden a ser poco flexibles para adaptarse a los procesos de aprendizaje (Newcomer, 1993 citado en Jadue, 2001).

También se ha reportado que, si la ansiedad es intensa, el estudiante muestra respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras como es una excesiva sensibilidad y temores, incluyendo temor a la escuela, vergüenza, timidez, sensaciones importantes de inseguridad y síntomas somáticos. Los alumnos intensamente ansiosos padecen de una extraordinaria tendencia a preocuparse excesivamente por su competencia cognoscitiva y rendimiento escolar, exteriorizando intranquilidad, trastornos del sueño, dolores de estómago, alteraciones conductuales, etc. Asimismo, sienten temor de no gustarle a los demás, sufren la sensación de que sus compañeros se ríen de ellos y se muestran aprensivos frente a actividades que otros alumnos realizan con entusiasmo (Jadue, 2001).

A pesar de que las demandas de la vida académica son similares para todos los estudiantes, no lo son la manera en como ellos las perciben a nivel cognitivo, por lo que diverge la manera de afrontar los retos y las dificultades aunadas a la vida escolar, siendo distintas sus estrategias emocionales y cognoscitivas (Aragón et al., 2011).

Un factor importante, a nivel académico, es el semestre que cursa el alumnado, teniendo mayor incidencia los trastornos de ansiedad en los primeros semestres,

así como en los últimos, ya que el alumno suele estabilizarse conforme pasan los semestres, después de sufrir un periodo adaptativo (Erazo & Jiménez, 2012).

Por ende, se determina que el principal reto de los estudiantes universitarios es tener éxito en sus estudios, esto es, aprobar semestre tras semestre las asignaturas que cursan para concluir la carrera, titularse y poder insertarse en el mercado laboral. Dicho éxito depende tanto de factores económicos y personales, así como de psicológicos o emocionales (Argón et al., 2011).

El ambiente universitario es exigente y cambiante para los alumnos que ingresan en él, lo que puede impactar en su salud mental y en su desempeño académico; se trata de una experiencia nueva ante la que el alumno se encuentra confuso y que exige poner en marcha habilidades personales de ajuste psicosocial (Pérez et al., 2011).

5.2. Biológicos

Los factores biológicos son aquellos que están relacionados con las funciones orgánicas de los individuos, así como aquellas que diferencian a hombres y mujeres, tales como la edad, el sexo, las hormonas, etcétera. Dentro de los factores biológicos se ha encontrado una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico (parientes en primer grado de cuatro a siete veces más vulnerables), trastorno obsesivo compulsivo (en gemelos homocigotos) y fobia social (parientes en primer grado) (Reyes, 2006).

Apoyando lo anterior, el estudio de Salamanca et al. (2014), encontró que el factor edad es un determinante importante para que la ansiedad esté presente, sus resultados mostraron que entre los 18 a 25 años de edad, hay mayor presencia de la misma. Así mismo, se identificó que las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad (Arenas & Puigcerver, 2009).

Continuando con la línea anterior, Clark y Beck (2012) indican que las mujeres tienden a presentar mayor nivel de incidencia en los trastornos de ansiedad exceptuando el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Mientras que, en nuestro país, Medina-Mora, et al. (2003) probaron que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes en mujeres, y los trastornos por abuso de sustancias en los hombres. Continuando con esta línea de investigación, Robles, Caballo, Salazar y el Equipo CISO-A México (2007 citado en Robles et al., 2008), demostraron que las mujeres mexicanas, en comparación con los hombres, presentan una mayor intensidad de ansiedad social, y que son diferentes las situaciones que provocan malestar significativo a uno y otro sexo.

Por su parte, Craske (2003) señala que las mujeres pueden presentar índices superiores de trastornos de ansiedad debido a un aumento de vulnerabilidad a causa de verse inmersas en una sociedad machista, donde, por lo general, se les educa a ser empáticas, pero menos asertivas, controladoras ante los retos cotidianos, y sumisas, aumentando su sensibilidad a las amenazas, recurriendo mayoritariamente a la evitación, preocupación excesiva, miedo y angustia. Situación que vivimos en México, en donde la cultura favorece al hombre y lo dota, en apariencia, de mayor número de herramientas de afrontamiento. En las sociedades occidentales es común que se espere que la mujer sea socialmente más activa que el hombre, por lo mismo, el hombre puede ser capaz de evitar ciertos tipos de situaciones sociales con mayor facilidad que la mujer, sin ser hostigado por su ausencia y sin experimentar tanta presión de los otros en su vida cotidiana (Robles et al., 2008). En consecuencia, el sexo también es un factor biológico determinante para presentar niveles de ansiedad mayores; existiendo tanto diferencias fisiológicas, psicológicas, biológicas y culturales entre hombres y mujeres (Arenas & Puigcerver, 2009).

5.3. Psicosociales

En cuanto a los factores psicosociales, los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, entre otras, se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada, así como enfrentar factores traumáticos, siendo estos los principales detonantes de ansiedad (Reyes-Ticas, 2006).

Entre las variables demográficas y psicosociales que se han asociado con la presencia de la ansiedad social destacan el sexo, el *estatus* laboral y de pareja, la dependencia emocional y ciertas distorsiones cognitivas, como lo serían las ideas irracionales ante cierta situación (Robles et al., 2008).

Dentro de los factores personales se encuentran las condiciones de salud, tiempo dedicado al estudio, esfuerzo, dedicación a sus actividades escolares y personales, capacidad de trabajo, entre otros, mientras que dentro de los psicológicos o emocionales que influyen de manera positiva o bien interfiriendo con el rendimiento académico, se encuentran la inteligencia, la motivación, las preocupaciones, el estrés, la ansiedad y en casos extremos la depresión, mismos que interfieren con la salud y la capacidad de concentración en los estudios (Aragón et al., 2011)

Asimismo, la autopercepción positiva se ha vinculado con la salud mental a largo plazo y con el equilibrio emocional. Aquellos individuos cuya autoestima no se ha desarrollado suficientemente pueden mostrar signos somáticos de ansiedad. También, el autoconcepto académico, definido como “la parte de sí mismo que se relaciona más directamente con el rendimiento académico”, juega un rol fundamental en el rendimiento académico del estudiante (Arancibia, Maltes y Álvarez 1990), que está estrechamente relacionado con el factor ansiedad; es decir, la manera en que el alumno se define como estudiante y se coloca dentro del aula. Si tienen una autopercepción mejor, su rendimiento es más elevado.

Es importante señalar, que la estabilidad personal y emocional está ligada con la tolerancia a la frustración. En general, el alumno que posee antecedentes de inestabilidad emocional tiene menos posibilidades de resistir los efectos de la frustración que aquellos emocionalmente estables. Por lo tanto, el alumno que sufre ansiedad está en alto riesgo de trastornos conductuales asociados a su inestabilidad emocional (Jadue, 2001).

Otro factor, que se ha asociado con la presencia de psicopatología en general (y ansiedad social en particular) es el estatus de pareja y el éxito laboral. Las personas que tienen una pareja estable son más sanas física y mentalmente en comparación con aquellas que viven solas. Aquellos sin pareja estable y sin trabajo presentaron mayores puntuaciones de ansiedad social, sea de fobia social o de criterios diagnósticos como lo cita Robles et al. (2008) en su estudio en estudiantes mexicanos universitarios. También, señalan que los factores psicológicos, el miedo a la evaluación negativa por parte de los demás y la dependencia emocional tuvieron mayor incidencia en las mujeres en comparación con los hombres, observándose la siguiente relación: a mayor miedo a la evaluación negativa de los demás había más dependencia emocional (Robles et al., 2008).

Así mismo, el contexto familiar se ha revelado como un indicador sobresaliente del bienestar emocional y del ajuste psicológico del estudiante, viéndose inmersos el estilo educativo, la relación con los padres, así como los vínculos familiares. Siendo objeto de análisis los factores sociales y ambientales inmersos en el mismo contexto (Balanza, Morales, Guerrero, 2009), así como el desarrollo de habilidades y competencias para resolver los problemas cotidianos (D'Zurilla y Sheedy, 1991), las relaciones positivas con compañeros y profesores, y el afrontamiento eficaz de las transiciones de la vida.

De igual manera, se ha estudiado el papel que toma la carga de trabajo, así como los recursos económicos sobre la salud psicológica y física de los estudiantes, indicando que si bien poseen un impacto evidente no son tan decisivos como otros factores que ya se han indicado, y que, en cualquier caso, su relación con otras

prácticas y hábitos como el consumo de alcohol o drogas explicaría en mayor grado su influencia en el detrimento de la salud de los estudiantes (Carney, McNeish, y McColl, 2005).

Uno de los factores que inciden en las condiciones de salud mental de sus habitantes son las condiciones económicas de los países (Díaz-Ramírez, 2012). En el contexto actual, en el que se vive una crisis económica creciente, es importante tomar en cuenta la presencia constante del aumento en la tasa de desempleo entre los jóvenes, pudiendo generar mayor presión por la búsqueda del éxito al obtener un título universitario para mitigar las carencias y aspirar a mejores expectativas al finalizar la enseñanza del nivel superior (Martínez-Otero, 2014).

Con lo anterior podemos identificar que existen muchos factores que se ven inmersos, así como directamente relacionados para detonar la ansiedad de algún tipo, siendo el ámbito académico y el contexto escolar un medio favorecedor para el desarrollo de dicho trastorno, por lo que es importante tener en cuenta que hay un sinfín de factores, estímulos y variables ligados a la ansiedad.

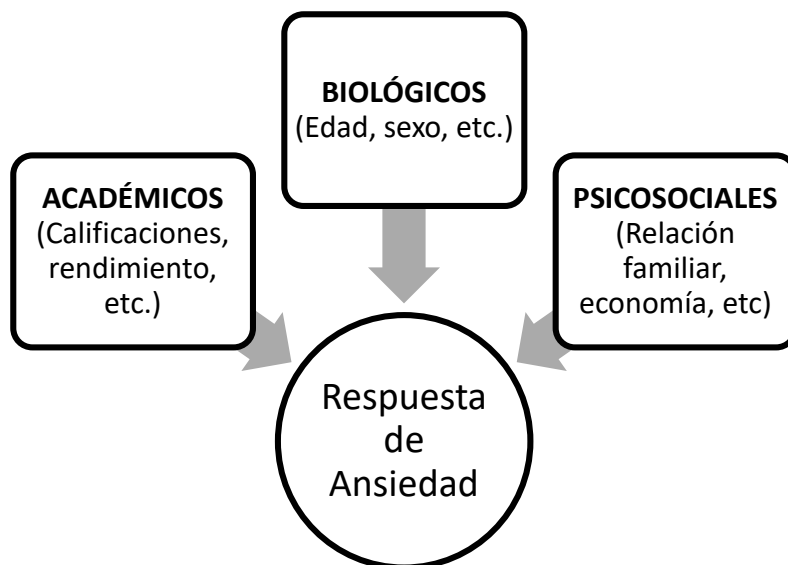


Figura 2. Factores que influyen en la respuesta de ansiedad de los estudiantes.

6. INVESTIGACIONES SOBRE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

La frecuencia de trastornos mentales en general, y la ansiedad en particular, es mayor en poblaciones con factores de riesgo sociales, clínicos y ambientales, mismos que presentan una frecuencia diferente según la población estudiada, aspecto que resalta la necesidad de desarrollar investigaciones en poblaciones específicas (Cardona-Arías et al., 2015). Por lo que es relevante hacer énfasis en las investigaciones realizadas en estudiantes universitarios, pues conforman una sección prioritaria en la sociedad hoy en día.

Los estudiantes universitarios que presentan altos niveles de ansiedad, constituyen uno de los grupos de mayor interés para el estudio de esta, porque corren el riesgo de presentar problemas de salud mental como trastornos depresivos, suicidio, abuso de alcohol y drogas, entre otros (Bohórquez, 2007). Como ya se mencionó, son numerosos los estudios realizados en jóvenes, en específico, en universitarios. A continuación, se citarán algunas investigaciones realizadas en el extranjero y, posteriormente, a nivel nacional.

Diversos estudios se han realizado en torno a estudiantes de diversas carreras, por lo general, evalúan la ansiedad y el desempeño académico de los mismos. Tal es el caso de Newbury-Birch, Lowry y Kamali (2002), quienes compararon los niveles de ansiedad de estudiantes ingleses de Odontología y Medicina, utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale). Encontraron que, en la carrera de Odontología, la prevalencia de ansiedad durante el segundo año fue de 47%, mientras que en el quinto año había un aumento a 67% y decrementaba a 16% una vez titulados. Mientras que en la carrera de Medicina la prevalencia fue de 47% en segundo año, de 26% en quinto año y de 30% una vez concluida la carrera.

Por otro lado, García-Batista et al. (2014), realizaron una investigación en donde compararon la ansiedad presentada en 160 estudiantes de Medicina en República Dominicana y España, todos de 18 años de edad. Aplicaron el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) a 80 estudiantes de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra en República Dominicana, en donde participaron 40 hombres y 40 mujeres. Mientras que en España se realizó en la Universidad Complutense de Madrid, participando 40 mujeres y 40 hombres, respectivamente. Como resultados encontraron diferencias estadísticamente significativas por género y en los tres sistemas de respuesta (motor-conductual, cognitivo y fisiológico). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al contexto-nacionalidad.

En la misma línea de investigación, Celis et al. (2001), realizaron un estudio transversal en el que encuestaron a 98 estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú, utilizando el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y el Inventario de Estrés Académico en los estudiantes de primer y sexto año de medicina; el objetivo fue determinar la *ansiedad estado* y la *ansiedad rasgo*, así como el estrés académico en los estudiantes, quienes tenían una edad promedio de 19 a 24 años. Como resultados, obtuvieron que el 64.2% de los estudiantes de primer año y el 57.8% de sexto año, presentaban niveles moderados de *ansiedad estado*; mientras que el 54.7% de los estudiantes de primero y el 48.9% de sexto presentaba niveles moderados de *ansiedad rasgo*. Siendo el dato más relevante que el 26.4% de los estudiantes de primer año y el 8.9% de sexto año, tenían un estado severo de ansiedad; concluyendo que los alumnos que presentan mayores niveles de ansiedad son los de los primeros semestres.

En otra investigación, Bohórquez (2007) realizó un estudio acerca de la prevalencia de depresión y ansiedad según las Escalas de Zung y la evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, en 600 estudiantes de medicina de primer a décimo semestre, en Bogotá, Colombia. Encontró puntuaciones compatibles de

ansiedad (60.33%) y depresión (49.95%), siendo las mujeres quienes mayor grado de ansiedad presentan.

Por otro lado, Gutiérrez & Avero (1995) realizaron un estudio con 36 estudiantes universitarios de España de la carrera de Psicología (18 ansiosos y 18 no ansiosos), los cuales contaban con las puntuaciones más altas y más bajas en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg. A los estudiantes se les dieron tres materiales de lectura, de aproximadamente 800 palabras cada texto. Los sujetos ansiosos de manera significativa volvían a leer las partes previas del texto con mayor frecuencia que los no ansiosos, además de que también leyeron más lento. Cuando se les dio tiempo libre de lectura, no existieron diferencias significativas en cuanto a comprensión, pero cuando se les dio un tiempo predeterminado, los sujetos ansiosos tuvieron un índice menor de comprensión lectora; es decir, para obtener la misma eficacia en comprensión, los ansiosos emplearon otros recursos, como relectura y más tiempo que los sujetos con ansiedad baja y cuando tales recursos no pudieron ser empleados, su nivel de comprensión lectora fue inferior que el de los no ansiosos. De esta manera, dichos autores argumentan que en situaciones de estrés, las personas ansiosas presentan pensamientos de preocupación acerca de su ejecución en exámenes, entrevistas, hablar en público, etc., lo cual a su vez genera que inviertan más recursos de procesamiento que las personas no ansiosas, reduciendo transitoriamente su capacidad de memoria operativa y provocando por tanto que su eficiencia sea menor, como en el caso de la lectura, lo cual a su vez producirá menor rendimiento académico.

Asimismo, Salamanca, Vega y Nilo (2014), realizaron una evaluación con el Inventario de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, a 120 estudiantes de psicología, pertenecientes a la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia: 87 mujeres y 33 hombres de primer y décimo semestre. Encontrando que las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad estado con un 18.6%, que los hombres quienes obtuvieron un 5.1%, así como de ansiedad rasgo, 22% en mujeres y 3.4% en hombres.

En otra investigación, (Sandin, Valiente, Chorot y Santed, 2005), aplicando el mismo inventario y otro de Índice de Sensibilidad a la Ansiedad [Anxiety Sensitivity Index, ASI], a una muestra de 726 estudiantes de la Universidades de Madrid y Pamplona, con edad de 18 a 34 años, de los cuales 523 fueron mujeres (72%) y 203 hombres (28%). Encontraron puntuaciones significativamente más elevadas en las mujeres en comparación con los hombres en las puntuaciones totales del índice de ansiedad, así como en las escalas somática y cognitiva, pero no así en la escala social, lo cual ellos mencionan que es congruente con las diferencias entre hombres y mujeres respecto a que las fobias sociales son escasas y mucho menores que otro tipo de trastornos de ansiedad.

Se habla de que los universitarios constituyen un grupo de riesgo para la ansiedad por estar expuestos a exigencias psicológicas, sociales, académicas y un elevado estrés. Por lo que otro estudio, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Medellín, Colombia y su asociación con aspectos sociodemográficos y académicos. El método de estudio de prevalencia se llevó a cabo con 200 estudiantes seleccionados mediante muestreo probabilístico estratificado. Se aplicó la Escala de Zung. Los resultados evidencian que la prevalencia de ansiedad fue 58%, siendo igual según el sexo y la edad; no se encontró asociación con el ciclo de formación, tampoco con el programa académico, ni con la edad, ni con los créditos matriculados, ni la ocupación. La ansiedad fue estadísticamente menor en los estudiantes de clase media. Se encontró una elevada prevalencia de ansiedad, lo que pone de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias educativas, identificar estudiantes de mayor riesgo e iniciar intervenciones en salud de manera oportuna (Cardona-Arías et al., 2015).

En México, Aragón et al. (2011), realizaron un estudio en el que participaron 140 estudiantes en un rango de edad de 17 a 28 años, de los que 90 fueron mujeres (57%) y 67 fueron hombres (43%), de los semestres 1°, 2°, 3°, 7°, 8° y 9°; de diferentes licenciaturas, entre las que se encontraban Ingeniería Agrícola, Ingeniería en Computación, Ingeniería Química, Químico Farmacobiólogo, Médico Cirujando,

Veterinaria, Relaciones Internacionales y Ciencias Políticas; pertenecientes la Universidad Nacional Autónoma de México, de las Facultades de Estudios Superiores: Acatlán, Aragón, Cuautitlán y Zaragoza. Utilizando el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), encontraron que el 86% de la población presentó de ansiedad baja a aceptable, mientras que el 14% de la muestra obtuvo niveles mayores de ansiedad. Concluyen que se pudo identificar que a mayor grado escolar es mayor la carga de trabajo que presentan los alumnos, incrementando el número de materias y la complejidad de las mismas; a lo que el contexto les demanda mayor y mejor uso de sus herramientas y habilidades, pudiendo generar un nivel más alto de ansiedad.

Estudios más recientes sobre el proyecto de ansiedad en la FES Iztacala, como el de Banda (2016), donde comparó las respuestas de ansiedad a nivel fisiológico, cognitivo y motor-conductual entre estudiantes de sexto semestre de bachillerato (68 alumnos), y 63 alumnos del primer semestre de la carrera de psicología de la FES Iztacala, con el Inventario de Situaciones y Respuestas (ISRA). Los resultados mostraron que ambas poblaciones presentaban mayor nivel de ansiedad en el área cognitiva en comparación a la fisiológica y motora-conductual; de igual manera, mostró que los hombres se ubicaban con mayor ansiedad que las mujeres.

Por otro lado, Bautista (2016), evaluó la correlación existente entre el semestre que se cursa y el grado de ansiedad de los alumnos (177) de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en el primer (59), tercer (32), quinto (33) y séptimo (53) semestre. Para lo que utilizó el Inventario de Situaciones y Respuestas (ISRA), encontrando mayor incidencia de ansiedad en el primer y séptimo semestre de la carrera. En la misma línea de investigación, Ramírez (2016), aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas (ISRA) a 147 estudiantes de la carrera de Psicología en la FES Iztacala de ambos sexos de 1°, 3°, 5° y 7° semestre, con la finalidad de encontrar la correlación entre el nivel de ansiedad y el semestre que se cursa, encontrando que hay menor ansiedad conforme transcurren los semestres; así mismo, encontró que a lo largo de la carrera el nivel de ansiedad

cognitiva se mantiene elevado con respecto a las otras áreas (fisiológica y motora), siendo este mayor en los primeros semestres.

En un estudio de García y de la Peza (2005), se exploró la correlación entre el rendimiento académico total y por materias medido a través del promedio de los alumnos por semestre y la ansiedad medida a través del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), en una muestra de 151 alumnos del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Querétaro, encontrándose una correlación significativa negativa entre las variables académicas y ansiedad; esto es, aquellos alumnos que presentaron las puntuaciones más altas en ansiedad, presentaron a su vez menor rendimiento académico que aquéllos con puntuaciones bajas en ansiedad.

Otro estudio realizado en la FES Iztacala, fue el de Aragón, Chavéz & Flores (2009), con el objetivo de describir las características de personalidad de los estudiantes de las carreras de Biología, Psicología y Odontología; se aplicó el Cuestionario 16 PF de Cattell a una muestra de 1170 estudiantes de los cuatro años escolares de dichas carreras (67.1% mujeres y 32.9% hombres). Algunos rasgos de personalidad encontrados fueron que los estudiantes de toda la muestra son desobligados, inconstantes y desacatan las normas del grupo; los estudiantes de Biología, tanto hombres como mujeres, son reservados e indiferentes a las relaciones sociales, siendo los hombres quienes, a partir de la mitad de la carrera y hasta que concluyen, se vuelven poco sociables y retraídos. En tanto las mujeres de Psicología y todos los estudiantes de Odontología poseen poco autocontrol y fuerza de voluntad. Respecto a la estabilidad emocional, los resultados mostraron que son poco estables y maduros los estudiantes mujeres y los hombres de Psicología, en tanto que los hombres de Biología lo son en los tres primeros años; los hombres de Odontología lo son en los años intermedios, y las mujeres de Biología en la primera mitad de la carrera. Finalmente, en cuanto al rasgo de ansiedad, las mujeres de Psicología y Biología la presentan a lo largo de toda la carrera, las mujeres de Odontología en los tres últimos años, los hombres biólogos

en el tercer año de estudios, los psicólogos a partir de la segunda mitad de la carrera y los odontólogos en los años intermedios.

Por otro lado, en el estado de Nayarit, se realizó una investigación por Aguirre et al. (2011), en la que se evaluó a 71 residentes médicos de seis especialidades, a través de un estudio transversal, utilizando la Escala de Ansiedad de Hamilton (1986). En este estudio encontraron que la prevalencia de la ansiedad fue de 59.1%, siendo que la ansiedad leve y moderada se presentó en el 7% y 52.1%, respectivamente. Y la ansiedad entre hombres y mujeres fue de 48.5% y 68.4%, respectivamente.

Con referencia a las investigaciones ya citadas, podemos identificar que la ansiedad es un desorden clínico común y de gran incidencia en estudiantes universitarios; de igual manera, la prevalencia de la ansiedad tiene mayor presencia en mujeres, así como en los primeros y últimos semestres de las respectivas licenciaturas cursadas.

Existe una gran variedad de estudios realizados en universitarios, en donde se refleja la variedad de instrumentos, así como las variaciones existentes dentro de un mismo grupo poblacional. Lo que hace destacar la importancia de continuar con los estudios y ampliar los resultados ya encontrados.

7. INSTRUMENTOS QUE EVALÚAN LA ANSIEDAD

La evaluación es un proceso continuo que permite identificar la naturaleza y elementos de la problemática del individuo (Morganstein, 1993). Los instrumentos de evaluación son una herramienta indispensable para la evaluación, detección y análisis de factores, variables e indicadores que den señales, en este caso, de la presencia de cierto nivel de ansiedad. Existen diversas formas para evaluar esta emoción a nivel cognitivo, fisiológico y motor-conductual. Algunos de los más utilizados son los siguientes:

- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene.**

Se trata de un autoinforme compuesto por 40 ítems que evalúa la presencia de ansiedad en adultos y adolescentes, con dos escalas de autoevaluación separadas, que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de ansiedad: la escala Ansiedad Rasgo (AR) y la escala Ansiedad Estado (AE); cada una de ellas consta de 20 ítems en un sistema de respuesta Likert de 4 puntos: nada, algo, bastante, mucho, para la subescala AE, y casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre, para la subescala AR. En las que se pide a los individuos, describir cómo se sienten tanto generalmente (rasgo) como en un momento específico (estado); es utilizado para identificar individuos que sean propensos a la ansiedad; además es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitorio experimentado por pacientes; las características esenciales que pueden evaluar la escala de A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión. La aplicación puede ser individual o colectiva, tanto para adolescentes como para adultos. No tiene límite de tiempo para su aplicación, aunque generalmente tiene una duración entre 20 a 30 minutos (Salamanca, Vega & Niño).

- **Inventario de Ansiedad de Beck (1988).**

Este inventario evalúa síntomas de ansiedad clínica y está diseñado para aplicarse a personas mayores de 13 años de edad, ya que requiere un nivel básico de lectura; consta de 21 ítems tipo Likert de cuatro puntos (de 0 a 3) y se puede aplicar en un período muy breve de tiempo (Beck y Steer, 2011).

- **Escala de Zung para la ansiedad (1965).**

Es una prueba de tamizaje de los trastornos de ansiedad, en donde se presentan una serie de afirmaciones (20 ítems) a las que debe responder el participante de acuerdo a la frecuencia con la que ocurren. Las frases giran en torno a síntomas somáticos y cognitivos. Su escala de medición es numérica, con un intervalo de 25 a 100 puntos, el punto de tamizaje positivo de ansiedad es menor a 45.

- **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)**

Un instrumento de fácil manejo y de una eficacia contrastada para la detección inicial de trastornos de depresión y/o ansiedad que ha sido ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos y en Atención Primaria con fines diagnósticos y preventivos. Esta escala se trata de un instrumento exploratorio y de *screening* útil para la orientación del diagnóstico, ya que puede servir de guía de entrevista, aunque sólo indique “casos probables” (Balanza, Morales, Guerrero, 2009).

- **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 fisiológicas e intelectuales, así como la autoevaluación referente al establecimiento y cumplimiento de metas en adultos (García, 1999).

•Inventario de Situaciones y Respuestas (ISRA) de Miguel-Tobal y Cano (1986)

El ISRA es un inventario S-R (Situación-Respuesta) preciso, de evaluación de las respuestas cognitivas de ansiedad y un primer detector de las respuestas psicofisiológicas y motoras a través de 69 ítems tipo Likert repartidos en tres escalas: ansiedad cognitiva, ansiedad fisiológica y ansiedad motora-conductual, que se cruzan con 23 situaciones categorizadas en cuatro diferentes tipos: situaciones relacionadas con evaluación y asunción de responsabilidades en la escuela, situaciones que implican relaciones interpersonales y sexuales, situaciones de tipo fóbico y situaciones habituales de la vida cotidiana, proporcionando cuatro medidas de ansiedad: cognitiva, fisiológica, motora-conductual y total.

Ante cada situación, se presentan diferentes respuestas correspondientes a las modalidades cognitiva, fisiológica o motora-conductual; el sujeto tiene que ponderarlas y anotar con qué frecuencia le ocurre esa combinación situación-respuesta: casi nunca, pocas veces, unas veces sí y otras veces no, muchas veces o casi siempre; a mayor frecuencia de ocurrencia mayor puntuación, lo que indicaría mayor intensidad de la ansiedad medida. Tanto las situaciones como las respuestas, aparecen descritas de forma específica y precisa, de igual manera, las situaciones están más relacionadas al entorno habitual de los individuos, lo que permite validar fácilmente la información obtenida (Miguel-Tobal & Cano, 1994).

Por ende, una vez realizado el diagnóstico pertinente mediante una entrevista conductual y el uso de algún instrumento para la detección de la ansiedad, es indispensable proseguir con el tratamiento de mayor eficacia y de mayores resultados para el individuo. Por lo que es indispensable, identificar el área con mayor incidencia en los niveles de ansiedad, por ejemplo, si se presenta un nivel

mayor en el área fisiológica el tratamiento correspondiente estaría orientado a una técnica de relajación. En consecuencia, es indispensable un buen manejo y elección del instrumento a utilizar.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad los problemas de salud mental se consideran un asunto de salud pública dado su alto impacto social y económico. El estudio y comprensión de la ocurrencia de los trastornos psicológicos implica la movilización de esfuerzos provenientes de diferentes áreas del saber, sea ésta la biológica, psicológica o social, así como aquellas que se encuentran interrelacionadas (Díaz, 2012).

Debido a que la ansiedad constituye un factor importante para la incidencia de otras enfermedades, es indispensable focalizar la atención e investigación en ella, para lograr la prevención y disminución de los trastornos asociados, así como el tratamiento adecuado para ellos. En específico, es importante visualizar a los estudiantes como un factor de riesgo, debido a que, en la mayoría de los casos, se adjudica un estado de salud óptimo e integral a la población joven; sin embargo, es importante destacar que no siempre es así.

El periodo de la vida universitaria, constituye una etapa de la vida que implica la planeación, formación y consolidación de proyectos de vida, se adquiere la mayoría de edad, se asumen nuevas responsabilidades y aumentan las presiones familiares, psicosociales y académicas, lo que puede redundar en una mayor vulnerabilidad frente a trastornos psicosociales como el síndrome ansioso. Lo que influye de manera poco satisfactoria al rendimiento académico, además de influir en la pérdida de motivación hacia el aprendizaje mismo (Elkhafaifi, 2005; Sparks & Ganschow, 2007).

Realizar un estudio acerca de la ansiedad que presentan los estudiantes de nuevo ingreso al nivel superior cobra eminente relevancia debido a que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en atención primaria, influyendo en el resultado final de múltiples enfermedades. Siendo el primer semestre la piedra angular para que el alumno continúe o deserte con su carrera, se ubica al estudiante universitario como población en riesgo debido a que está expuesto a múltiples

variables que propician la aparición de niveles de ansiedad fuera de la norma, tales como el cambio de contexto, el plan curricular, las tareas, los exámenes, entre otras. Lo que nos lleva a cuestionarnos acerca de qué carreras presentan niveles más altos de ansiedad tomando en cuenta la complejidad de las materias, de contenidos curriculares, así como el número de horas invertidas en la escuela.

8. ESTUDIO EMPÍRICO

8.1 Objetivo general

El objetivo de la presente investigación fue comparar la respuesta de ansiedad fisiológica, cognitiva y conductual entre los estudiantes de los primeros semestres de las carreras de Psicología, Biología, Medicina, Odontología y Enfermería de la FES Iztacala en la UNAM.

8.2 Objetivos particulares

1. Detectar qué carrera presenta mayor nivel de ansiedad.
2. Identificar y evaluar cuál área presenta mayor nivel de ansiedad (Cognitiva, fisiológica o motora).
3. Detectar quiénes presentan mayor nivel de ansiedad entre hombres y mujeres.

8.3 Definición de variables

Variable Independiente: Carreras de la FES Iztacala y género del estudiante.

Variable Dependiente: Nivel de ansiedad dentro de los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor (conductual).

8.4 Hipótesis

1. Los estudiantes con mayor exigencia dentro de su plan curricular, presentarán mayor nivel de ansiedad.
2. De acuerdo a las diferencias biológicas, psicológicas y culturales, las mujeres presentarán un nivel más elevado de ansiedad.

MÉTODO

Participantes

Participaron, de manera voluntaria, 152 estudiantes, tanto hombres como mujeres; de las carreras de Psicología (N=32), Odontología (N=32), Enfermería (N=32), Medicina (N=33) y Biología (N=23) de la FES-Iztacala, con una edad promedio de 19 años.

Escenario

La investigación de la respuesta de ansiedad en estudiantes de las diferentes carreras de la FES-Iztacala, se llevó a cabo en los salones o laboratorios correspondientes a cada carrera.

Instrumento

Para evaluar el nivel de ansiedad se aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), que fue desarrollado por los profesores Juan José Miguel Tobal y Antonio Cano Vindel en 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 aquéllas en las que solemos reaccionar con ansiedad, así como otro conjunto de respuestas, que constituyen los principales síntomas de esta emoción. Se evalúan en una escala de 0 a 5. El instrumento consta de 23 reactivos para cada área siendo en total 69 reactivos.

Procedimiento

Se informó a los participantes el objetivo de la investigación, así como que los resultados de los datos se manejarían de manera anónima y solo para fines de investigación, 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 lo decidieran. Posteriormente, se leyeron las instrucciones del instrumento y se les indicó la manera en la que tenían que responder a cada rubro, resolviendo las dudas pertinentes.

Se aplicó y calificó de manera individual el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) para obtener los niveles de ansiedad en las áreas correspondientes en forma individual (cognitiva, fisiológica y motor-conductual), así como la clasificación del nivel de ansiedad (mínimo, moderado, severo o extremo).

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences 20.0*) que permite administrar bancos de datos de manera eficiente y desarrollar perfiles de usuarios, hacer proyecciones y análisis de tendencias que permitirán planificar actividades a largo plazo y, en general, hacer un mejor uso de la información capturada en forma electrónica (Castañeda y Cabrera, 2010).

Se realizó la prueba estadística ANOVA de un factor para saber si existían o no diferencias estadísticamente significativas. En caso de encontrar diferencias a nivel estadístico se aplicará una prueba *post hoc* Tukey, para diferencias entre grupos.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran, de forma general, que los estudiantes de la carrera de Biología se colocan en un nivel más elevado de respuestas de ansiedad total (154) respecto a los universitarios de las otras licenciaturas. Colocándose en segundo lugar Medicina (140), seguido de Enfermería (138), en ambas carreras, los estudiantes muestran niveles similares de ansiedad, siguiéndole Psicología (127) y Odontología (109), quienes obtuvieron el nivel más bajo de respuestas de ansiedad total. Al aplicar una prueba ANOVA de un factor para comparar los niveles de ansiedad entre los estudiantes universitarios de cinco carreras de la FES-Iztacala, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $F(1,155)=4; (p>0.05)$ (Ver Figura 3).

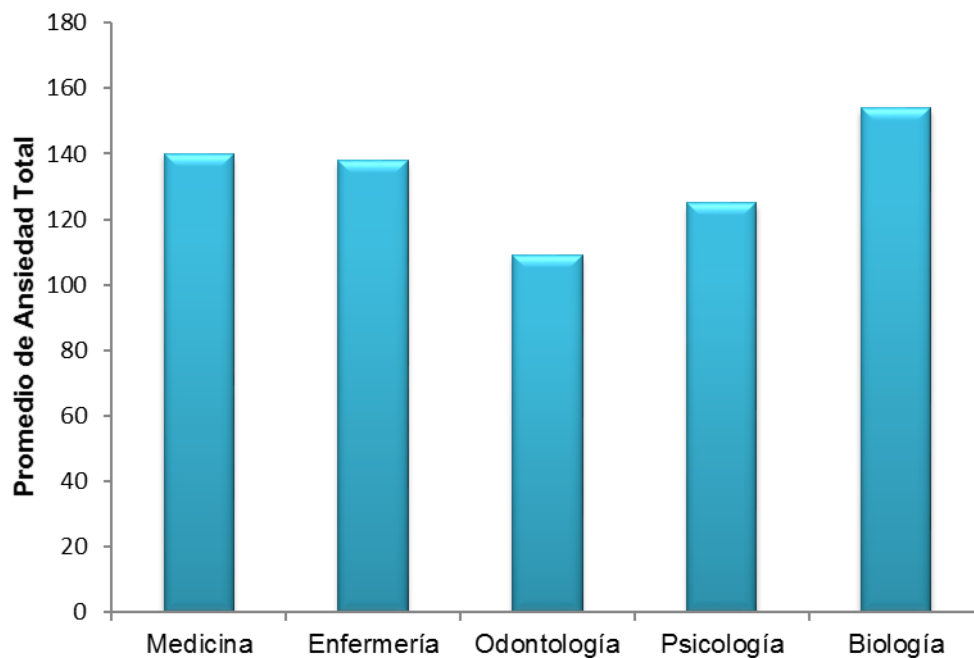


Figura 3. Comparación del promedio de Ansiedad Total entre las diferentes carreras de la FES-Iztacala, $p>0.05$

De los 152 universitarios evaluados, 113 fueron mujeres, conformando el 74.34% de la muestra y 39 fueron hombres, es decir, el 25.66% de la población evaluada. De los cuales, el 95.4% (146) fueron solteros, el 2.63% (4) casados y el 1.24% (2) vivían en unión libre.

En la Figura 4, se observa que son las mujeres de la FES-Iztacala, quienes muestran un promedio de ansiedad por encima del género masculino. Sin embargo, en la carrera de Enfermería los hombres (141) presentan mayor nivel de ansiedad en comparación con las mujeres (137). En las otras licenciaturas, las estudiantes (mujeres) muestran más niveles de ansiedad comparada con la de los hombres, ocupando el primer lugar Biología (163) mujeres y (119) hombres, seguido de Medicina (145 y 127), Psicología (120 y 58), Enfermería (137 y 141) y, por último, Odontología (126 y 80) respectivamente.

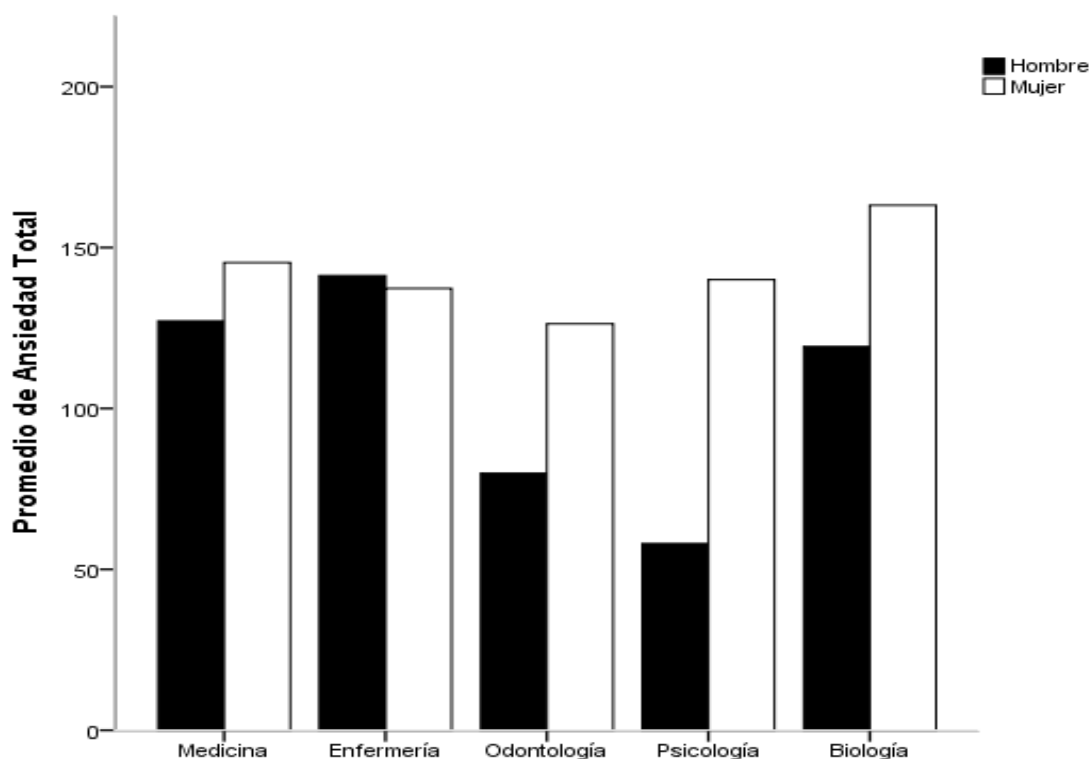


Figura 4. Comparación del promedio de Ansiedad Total entre las diferentes carreras de la FES-Iztacala, entre hombres y mujeres, $p > 0.05$

La Figura 5, muestra el promedio de respuesta de ansiedad por carrera de las tres áreas de ansiedad evaluadas (cognitivo, fisiológico y motor). El gráfico muestra que el área cognitiva fue la que mostró niveles por encima del área fisiológica y motora, en todas las carreras, siendo la licenciatura de Biología (73) la que presentó el mayor nivel, y los estudiantes de Psicología (53), quienes tuvieron menor ansiedad dentro del área cognitiva, junto con los alumnos de Odontología (54). En tanto que los estudiantes de Medicina (58) y Enfermería (63), presentaron niveles intermedios de ansiedad dentro del área cognitiva.

Por otro lado, dentro del área fisiológica, fueron los alumnos de Medicina (44), quienes obtuvieron los puntajes más altos de ansiedad, dentro de esta área, seguido de Enfermería (41), Biología (37) y Psicología (37), y con el nivel más bajo de ansiedad en el área fisiológica, Odontología (27). En cuanto a la ansiedad motora (conductual), Biología se posicionó con los niveles más altos de ansiedad (43), seguido de Medicina (39); mientras que Psicología (36) y Enfermería (34), ocuparon el tercer y cuarto lugar, respectivamente. Se observa que los estudiantes de Odontología, presentaron niveles bajos de ansiedad a nivel motor (30).

Así mismo, se observa que los promedios tanto del área fisiológica, como del área motora, fueron muy similares en todos los universitarios, presentándose un puntaje ligeramente mayor dentro de la licenciatura de Medicina (44 y 39), seguido de Biología (37 y 43), mientras que Enfermería (41 y 34) y Psicología (37 y 36), se colocaron en un nivel intermedio, y, finalmente, obteniendo el nivel más bajo de ansiedad en ambas áreas, Odontología (29 y 30) (Ver Figura 5).

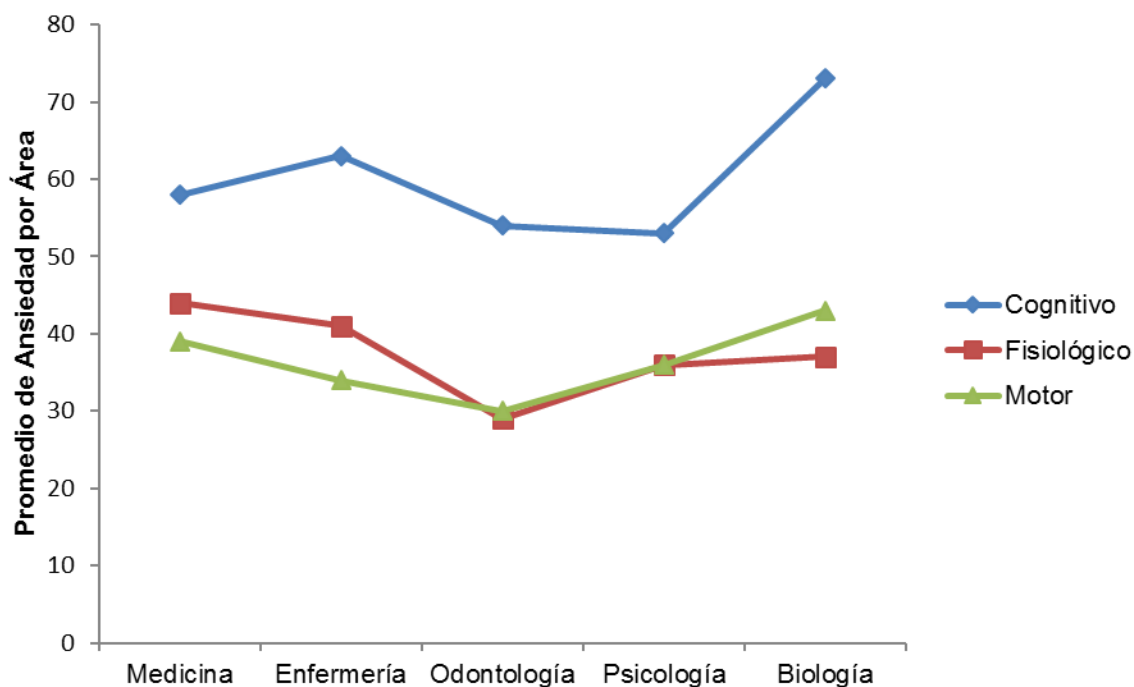


Figura 5. Promedio de respuestas de ansiedad por área (cognitiva, fisiológica, motor-conductual) de los estudiantes de diferentes carreras de la FES-Iztacala, $p > 0.05$.

Respecto a los niveles de ansiedad (mínimo, moderado, severo y extremo), se encontró que la mayoría de los estudiantes de todas las carreras se encuentran en un nivel moderado de ansiedad, presentándose mayor número de casos, en los estudiantes de Medicina (16) y Psicología (16). En Enfermería se presentaron más casos de ansiedad severa (5) y extrema (1), seguido de Medicina (3 y 3), al igual que en ansiedad extrema (3). En Odontología se concentró el mayor número de alumnos en ansiedad mínimo (17), seguido de Enfermería (12) y Psicología (11). Así mismo, identificamos que Medicina y Enfermería fueron las licenciaturas que tuvieron al menos un caso de ansiedad extrema (3) y (1), respectivamente; Psicología, Odontología no presentaron ningún caso. La carrera de Medicina (11) estudiantes en nivel mínimo, (16) en moderado, (3) en severo y (3) en extremo;

Enfermería (12, 14, 5, 1); Psicología (11, 16, 5, 0); Odontología (17, 11, 4, 0) y Biología (4, 14, 5, 0), respectivamente (Ver Figura 6).

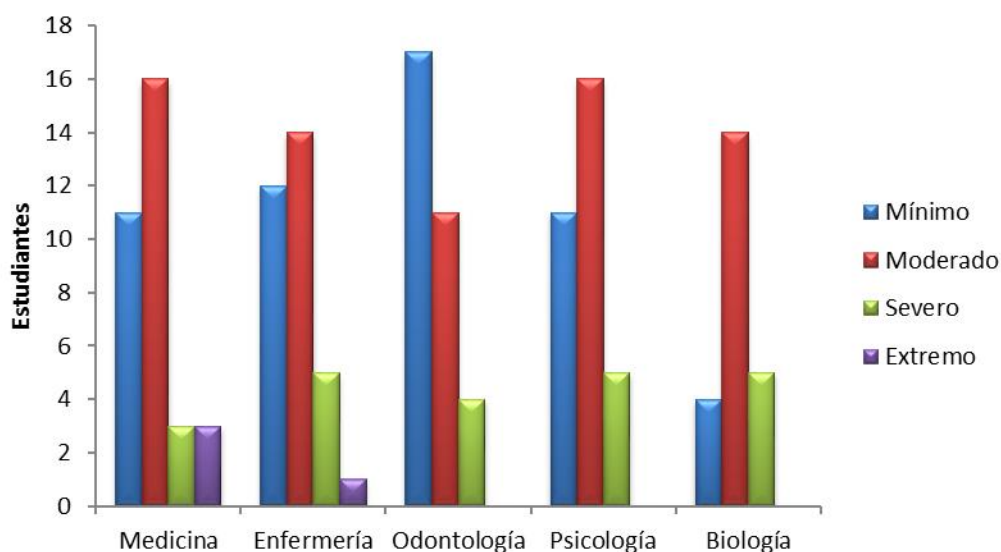


Figura 6. Clasificación de los estudiantes de las licenciaturas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de acuerdo a su nivel de ansiedad (mínimo, moderado, severo y extremo).

Respecto a los niveles de ansiedad por género, los resultados mostraron que las mujeres presentan niveles más altos de ansiedad, ubicándose la mayoría en un nivel moderado de ansiedad (54), seguido del nivel mínimo (37), severo (16) y extremo (6).

En los hombres, la mayoría se clasificó en el nivel mínimo (19), seguido de moderado (16), severo y extremo (2 y 2); siendo las mujeres quienes se ubican en los niveles más altos de ansiedad (Ver Figura 7)

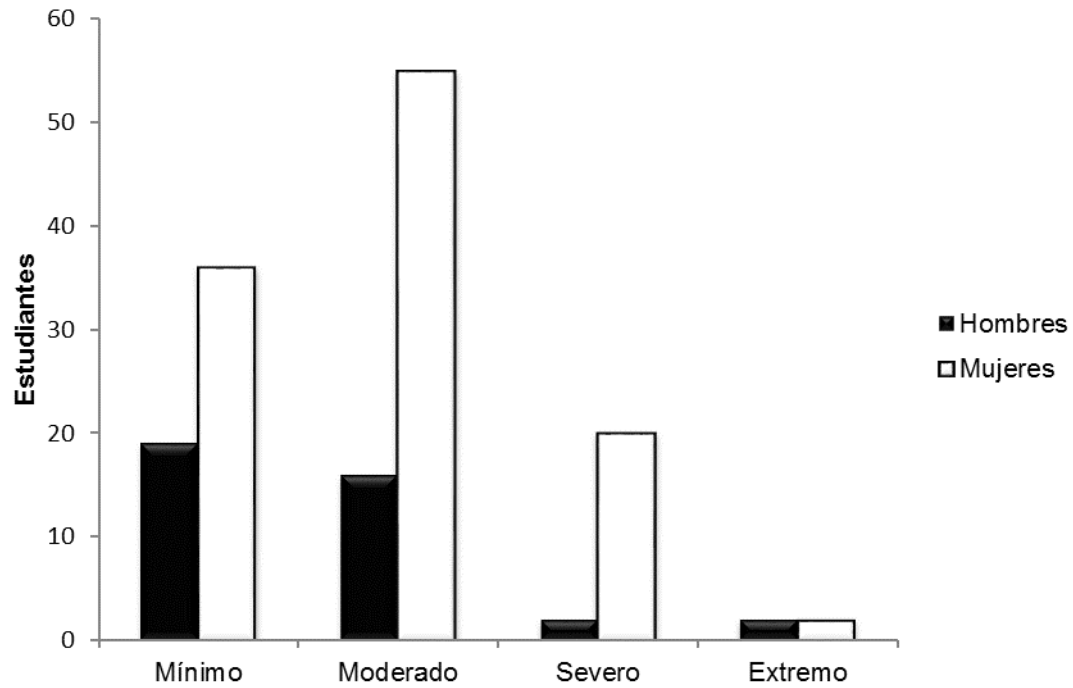


Figura 7. Clasificación de hombres y mujeres de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de acuerdo a su nivel de ansiedad (mínimo, moderado, severo y extremo).

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación permitieron cumplir con los objetivos planteados, en cuanto a comparar la respuesta de ansiedad fisiológica, cognitiva y conductual entre los estudiantes de los primeros semestres de las carreras de Psicología, Biología, Medicina, Odontología y Enfermería de la FES Iztacala en la UNAM.

Estos resultados mostraron que los niveles de la respuesta de ansiedad fueron más elevados en el área cognitiva, lo que coincide con otras investigaciones como la de Ramírez (2016) quien indica que los universitarios presentan mayores niveles de ansiedad en el área cognitiva a lo largo de la carrera, siendo mayor en los primeros semestres. Por lo que es importante retomar los datos obtenidos en la presente investigación, pues demuestran que dentro de la carrera de Biología existe un nivel más elevado de ansiedad total en comparación con las otras carreras evaluadas. Siendo importante resaltar que la ansiedad en jóvenes representa un problema de salud pública (García, Espinoza, Padilla, Álvarez & Paéz, 2008).

Respecto al primer objetivo particular, que fue detectar qué carrera presentaba mayor nivel de ansiedad, se identificó que fue la carrera de Biología, lo que puede ser consecuencia del nivel de dificultad y número de materias que cursan los estudiantes a lo largo de los primeros semestres de la carrera. Siendo la licenciatura (de las cinco evaluadas) que presenta mayor carga académica tanto de contenido teórico como práctico, ya que, durante los primeros semestres, cuenta con *siete* materias, una que abarca solo teoría, con carga en temas de historia y filosofía en relación a Biología, y el resto teórico-prácticas, cuya carga académica se ubica dentro de las temáticas de química, matemáticas, estadística, física, metodología científica, así como procesos geológicos; incluyendo dentro de su plan curricular una práctica de campo de tres días.

Lo anterior, coincide con los resultados de Argón et al. (2011) sobre que el número de materias y la complejidad de las mismas es un factor de incidencia para generar un nivel más alto de ansiedad en los estudiantes universitarios. Lo que al parecer implica más trabajo crítico, reflexivo y constante focalización (atención) en las tareas a realizar, pudiendo influir en los altos niveles de ansiedad presentados por los estudiantes universitarios.

Asimismo, Jadue (2001), indica que los universitarios se encuentran cotidianamente inmersos en situaciones académicas estresantes, por las evaluaciones, la realización de tareas, trabajos, exposiciones, entre otras, que son el foco principal para presentar ansiedad y estrés (Newton, Angle, Schuette & Ender, 1984). Así como los altos niveles de competencia, las cargas excesivas de trabajo, la presión de profesores y compañeros (Contreras, Chávez, Velázquez, 2014; Camey, McNeish, y McColl, 2005).

Por otro lado, el objetivo de identificar y evaluar cuál área presentaba mayores niveles de ansiedad (Cognitiva, fisiológica o motora-conductual), también se cumplió. Ya que se identificó que fue el área cognitiva donde se presentaron niveles elevados de ansiedad, comparados con el área fisiológica y conductual. Entendiendo por cognitivo cualquier proceso efectuado por el cerebro que incluya un proceso psicológico superior (atención, pensamiento, lenguaje, aprendizaje, inteligencia) (Álvarez, Aguilar. Lorenzo, 2012), manifestándose, en el estudiante, a través de ideas irracionales (auto-reproches, pensamiento referente a fracasar, pensar acerca de la crítica del otro, inseguridad, indecisión, miedo al fracaso, entre otras) frente alguna situación. Nuestros resultados apoyan que, con niveles elevados de ansiedad cognitiva, pueden manifestarse olvidos, descuidos por parte del individuo en su vida cotidiana y, en casos más extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio (Bulacio, 2004), viéndose afectados tanto su vida académica como personal, poniendo en riesgo su salud y la misma vida.

Los resultados mostraron, que los estudiantes de la carrera de Biología fueron los que obtuvieron mayores niveles de ansiedad en el área cognitiva, tal vez, como ya se mencionó anteriormente, están expuestos a altos niveles de exigencia

académica debido a su plan curricular, lo que, quizá, les genera pensamientos negativos que afectan su rendimiento académico y vida personal. En segundo lugar, dentro del nivel de respuesta de ansiedad del área cognitiva, se ubicaron los estudiantes de la licenciatura de Enfermería, quienes, al igual que los estudiantes de Biología, se enfrentan a un plan curricular teórico-práctico desde el inicio de la licenciatura, difiriendo en la carga temática y número de horas dentro de la práctica, ya que los primeros tienen materias de contenidos que exigen mayor grado de complejidad, mientras que los segundos tienen mayor número de horas prácticas, las cuales incluyen actividades de promoción de la salud dentro y fuera de la institución universitaria.

Así, identificamos que es de suma relevancia destacar el papel que tiene el aprendizaje en toda situación relacionada con la ansiedad, en este caso, el aprendizaje juega un papel muy importante en la manera en la que los estudiantes universitarios perciben ciertos estímulos y determinadas situaciones como amenazantes o de peligro, pues es a través de su historia de asociación de estímulos, tal como lo señalan los modelos de condicionamiento clásico y condicionamiento operante, se va generando una huella en la memoria de cada individuo que es la que, al percibir cierto estímulo, indica la acción a seguir, ya sea de evitación o de afrontamiento dependiendo de las herramientas y habilidades que posea la persona, en este caso, los universitarios; lo que coincide con lo descrito por Chadwick (1979).

Los resultados de ansiedad mostrados por los estudiantes de Medicina y Odontología, sobre todo en los primeros, que, por su influencia y estatus dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México, se esperaba que presentaran niveles mayores de ansiedad, así como por el número de materias cursadas en los primeros semestres, siendo *nueve* para Medicina y *doce* para Odontología; sin embargo, se posicionan en tercer y cuarto lugar, respectivamente. Una posible explicación, es su contenido curricular en las materias de los primeros semestres de la licenciatura: el módulo teórico se conforma de generalidades anatómicas, farmacológicas, instrumentación, aspectos metodológicos e históricos; limitándose a la relación y

práctica con compañeros de clase, excluyendo el contacto situacional real con pacientes. Así mismo, la mayor parte del tiempo la población estudiantil se concentra en las instalaciones universitarias, y por otro lado, al parecer los alumnos se habitúan a un grado de exigencia y presión constantes por parte de sus profesores, en consecuencia del ritmo acelerado que demanda la propia licenciatura, siendo factor de asociación con un nivel menor de ansiedad cognitiva. Lo que se explica a través de la respuesta adecuada ante la ansiedad, en donde el individuo responde adaptativamente a las exigencias del medio, y algunas veces beneficiando su rendimiento académico, jugando así, en algunos casos, la ansiedad, un rol facilitador en la vida del estudiante (Jadue, 2001; García et al. 2013).

En cuanto a los estudiantes de Psicología, los resultados mostraron el nivel más bajo de ansiedad cognitiva, una explicación a esto, podría ser la personalidad relajada tanto de profesores como del alumnado, ya que, de acuerdo a Argón, Chavéz & Flores (2009) los estudiantes poseen poco autocontrol, son poco estables e inmaduros, es decir, toman las situaciones con un grado mayor de desinterés al respecto. Por lo que se puede inferir que podrían tener un menor número de ideas irracionales al momento de presentarse alguna situación que pudiera ser detonante de la ansiedad, como el hablar en público, algún examen, entre otras. Aunado a lo anterior, los rasgos de personalidad aluden a un comportamiento más despreocupado y a una menor auto-exigencia a nivel académico, por lo que responden acorde a sus necesidades y a la percepción (Shiron, 1986) que se tiene de la situación. Así mismo, se debe evaluar la regularidad del alumnado, pues tal como indica Tejero (2006) en su investigación, la regularidad de los estudiantes es indicador para un mayor o menor nivel de ansiedad.

De igual forma, los resultados se podrían explicar por el número de materias (*seis*) a cursar durante los primeros semestres de la licenciatura con respecto a las otras carreras, ya que este es menor (una con respecto a Biología, tres con Medicina y seis con Odontología), exceptuando Enfermería. Punto en el que difieren es la exigencia teórico-práctica con la que dirigen al alumnado los profesores y con que

está establecido el plan curricular, ya que en Psicología los primeros semestres se abordan conceptos básicos y generalidades metodológicas, de igual manera se realiza una práctica de laboratorio en donde se encuentran en contacto con animales infrahumanos (roedores y pichones); a pesar de lo anterior sus niveles de ansiedad cognitiva se mantienen por debajo de las demás carreras, al parecer no es este un factor significativo que genere ansiedad en los universitarios de dicha licenciatura. Mientras que Enfermería desde los primeros semestres mantiene, en dos de sus materias, contacto constante con pacientes en situaciones reales dentro de sus prácticas. Por lo que la carga de trabajo es menor y la exigencia a nivel cognitivo difiere en comparación a los estudiantes universitarios de las otras carreras, en específico de Enfermería.

Debido a que el ambiente universitario es exigente y cambiante para los alumnos que ingresan, al ser una experiencia nueva ante la que el alumno se encuentra confuso (Pérez et al., 2011), un factor importante para que el área cognitiva sobresaliera de las demás, puede ser el semestre que cursan los estudiantes, ya que es al inicio de la carrera donde surgen pensamientos de duda si se eligió bien o no la carrera a estudiar, si se tendrá éxito en la etapa universitaria, si se concluirá de manera satisfactoria la educación superior, etcétera. De esta manera, identificamos que en los primeros semestres asaltan dudas y se mantienen presentes pensamientos de angustia y preocupación a lo largo del proceso de adaptación a esta nueva etapa, siendo los primeros semestres la piedra angular para continuar o no los estudios dentro de la universidad; nuestros resultados apoyan los planteamientos de otros autores quienes indican que los trastornos de ansiedad tienen mayor incidencia en los primeros y últimos semestres; buscando siempre el éxito semestre tras semestre (Celis et al., 2001; Erazo & Jiménez, 2012; Bautista, 2016).

De igual manera, los factores psicosociales destacan para que el área cognitiva presentara mayor índice de ansiedad comparados con los del área fisiológica y motora, debido a la presencia constante de pensamientos (como el ser el primer profesional de la familia, concluir con éxito los estudios universitarios, no debo

reprobar materias, etc.) que orillan a mantener cierto estatus tanto académico como social, la presión familiar y personal, así como la búsqueda del éxito (Martínez-Otero, 2014) y realización personal, influyen para la constante aparición y mantenimiento de ideas irracionales (si fracaso decepcionaré a mi familia, no tendré éxito laboral, debo pasar el examen para no irme a extraordinario, debo salir bien o no obtendré el lugar que quiero en mis prácticas) que se ven involucradas en un nivel mayor de respuesta de ansiedad, aspectos que coinciden con lo reportado por Robles et al. (2008), quienes indican que la ansiedad se debe principalmente a factores cognitivos de detección, evaluación e interpretación de determinada situación, denotando así la manera en la que el individuo piensa y racionaliza la valoración de la situación o estímulo ante la que se encuentra, así como la manera en la que hace frente a través de sus herramientas y habilidades de afrontamiento con las que cuenta.

De esta manera, de acuerdo a nuestros resultados identificamos que la prevalencia de altos niveles de ansiedad cognitiva puede ser consecuencia de distintas variables, dentro de las que destacan: la exigencia académica, la carga de contenido escolar (número de materias y prácticas), trabajos en equipo, tipo de enseñanza, hábitos de estudio, pocas horas de sueño y habilidades personales de afrontamiento. Factores que, al ser planeados, estructurados y trabajados en pro del desarrollo de herramientas de afrontamiento, favorecerían a la disminución de los niveles de la ansiedad cognitiva en determinadas situaciones. Lo que se sustenta con la investigación realizada por Gutiérrez & Avero (1995), quienes identificaron que ante situaciones de estrés, las personas ansiosas presentan pensamientos de preocupación acerca de su ejecución en exámenes, entrevistas, hablar en público, etc., lo cual a su vez genera que inviertan más recursos de procesamiento que las personas no ansiosas, reduciendo transitoriamente su capacidad de memoria operativa y provocando por tanto que su eficiencia sea menor, como en el caso de la lectura, lo cual a su vez producirá menor rendimiento académico (García & de la Paeza, 2005).

Con respecto a la ansiedad fisiológica y a la ansiedad motora-conductual, se encontraron niveles muy similares en ambas áreas, siendo la carrera de Odontología en donde se encontró el promedio más bajo en ambas áreas con respecto de las demás carreras, debido tal vez a que la mayoría de sus clases son más de lectura, porque los primeros semestres son teóricos y sus prácticas solo consisten en enseñarles cómo sería el primer acercamiento con pacientes e instrumentos dentales.

En el área fisiológica, los resultados mostraron diferencias en las carreras de Medicina y Enfermería, mostrando mayor nivel de ansiedad con respecto a las otras carreras. Lo que pudiera deberse al mayor y más amplio conocimiento de los procesos fisiológicos que presenta el hombre, por lo que los estudiantes dentro esta licenciatura identifican de manera más puntual los procesos por los que pasa el cuerpo ante determinada situación, es decir, los signos vitales, palpaciones, contracciones, aumento de la frecuencia cardíaca, tensión muscular, entre otros.

Por otro lado, dentro del área motora se identifica la prevalencia de un mayor nivel de ansiedad en Biología, respecto a las otras carreras, lo que refuerza la idea de centrar la atención en la intervención con los universitarios, ya que es claro indicador de que carecen de habilidades, estrategias y conductas orientadas hacia el afrontamiento de una situación determinada para conseguir un mayor bienestar (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García, Oblitas, 2008), por lo que es indispensable el trabajo con el alumnado para reforzar sus habilidades de afrontamiento a nivel motor, lo que facilitará el decremento de los niveles de ansiedad en los estudiantes, ya que, de acuerdo a Cano (2002), el área motora es la más fácil de controlar, debido a que son conductas observables.

Finalmente, con respecto al último objetivo particular que refería a detectar quiénes presentan mayor nivel de ansiedad entre hombres y mujeres, se identificó que son las mujeres quienes responden de mayor manera a un nivel elevado de ansiedad, lo que coincide con los resultados de diferentes estudios (Arenas & Puigcerver, 2009; Medina-Mora et al., 2003; Aguirre et al., 2011), exceptuando la carrera de Enfermería. Aunado a lo anterior, Clark y Beck (2012) indican que las

mujeres tienden a presentar mayor nivel de incidencia en los trastornos de ansiedad exceptuando el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

El que las mujeres se encuentren con un mayor nivel de ansiedad coincide con la investigación realizada por Robles, Caballo, Salazar y el Equipo CISO-A México (2007 citado en Robles et al., 2008), quienes demostraron que las mujeres mexicanas, en comparación con los hombres, presentan una mayor intensidad de ansiedad social, así mismo, indicaron que las situaciones que provocan un malestar significativo es distinto entre ambos sexos; por lo que un factor de incidencia pudiera ser de tipo biológico y socio-cultural, es decir, consecuencia de la presión colocada a lo largo de la historia sobre las mujeres, ya que es a través del contexto histórico que se han generado expectativas para que la mujer se desempeñe académica y profesionalmente a la par del hombre. Nuestros resultados también coinciden con la investigación realizada por Craske (2003), quien indica que las mujeres pueden presentar niveles mayores de ansiedad debido a un aumento de vulnerabilidad a causa de verse inmersas en una sociedad machista, donde, por lo general, se les educa a ser empáticas pero menos asertivas, controladoras ante los retos cotidianos, y sumisas, aumentando su sensibilidad a las amenazas, recurriendo mayoritariamente a la evitación, preocupación excesiva, miedo y angustia. A su vez, los resultados de la presente investigación, difieren con los reportados por Banda (2016), quien encontró que los hombres de primer semestre de la carrera de Psicología de la FES Iztacala son los que se posicionan en niveles mayores de ansiedad con respecto a las mujeres, resultados que difieren con los encontrados en la mayoría de las investigaciones, lo cual pueda deberse, de acuerdo a la autora, al contexto psicosocial bajo el que se encuentran los hombres dentro de la carrera de psicología.

Haciendo referencia a la diferencia encontrada dentro de la carrera de Enfermería con relación a las otras licenciaturas. Son los hombres quienes se colocan ligeramente arriba de las mujeres dentro de los niveles totales de ansiedad, pues estos deben desarrollar las habilidades o herramientas necesarias para desempeñarse de igual o mejor manera que las mujeres en una carrera que se ha

feminizado a lo largo de los años, ya que a través del contexto histórico son las mujeres quienes se han destacado dentro de la licenciatura de Enfermería, siendo los estereotipos entorno a la carrera los que influyen como factor determinante en la presencia de la ansiedad en los hombres. Resultado que difiere con lo reportado por Robles et al. (2008), quien indica que en México la cultura favorece al hombre dotándolo de mayor número de herramientas de afrontamiento, siendo capaz de evitar mayor número de situaciones sociales que la mujer, sin experimentar la misma presión que ella. En consecuencia, el sexo también es un factor biológico determinante para presentar niveles de ansiedad mayores; existiendo tanto diferencias fisiológicas, psicológicas, biológicas y culturales entre hombres y mujeres (Arenas & Puigcerver, 2009).

Nuestros resultados coinciden con los de diversos autores quienes encontraron en sus investigaciones diferencias en cuanto al género dentro de los tres sistemas de respuesta evaluados (cognitivo, fisiológico, motor-conductual), siendo las mujeres quienes presentan niveles más elevados de ansiedad (García-Batista et al., 2014; Bohórquez, 2007; Salamanca, Vega y Nilo, 2014; Cardona-Arías et al., 2015), siendo más notable en los índices de ansiedad somática y cognitiva (Sandin, Valiente, Chorot y Santed, 2005).

Por lo que los datos obtenidos en el presente estudio, demuestran que la ansiedad en los estudiantes universitarios es un desorden de alta prevalencia en la población joven, lo que puede afectar su rendimiento académico (García & de la Paeza, 2005) vida personal, de pareja (Robles et al., 2008; et al., 2011), familiar (Balanza, Morales, Guerrero, 2009) y social, incluso causar repercusiones a su salud (Carney, McNeish, y McColl, 2005), pues, como se identificó, la ansiedad incapacita a los alumnos para responder adecuadamente a las demandas del ambiente en el que se desenvuelve. Siendo indispensable dotar al alumnado de las herramientas necesarias para resolver problemas cotidianos (D'Zurilla y Sheedy, 1991), a través del aprendizaje y uso de diversas técnicas de afrontamiento que permitirán al estudiante conocer, afrontar y controlar la ansiedad a través del reforzamiento y desarrollo de habilidades.

CONCLUSIONES

El análisis de la presente investigación permite hacer múltiples conclusiones, entre las que se consideran más importantes en nuestro estudio: que la ansiedad es un fenómeno de adaptación, es decir, es una respuesta condicionada adaptativa con la que el individuo hace frente a determinada situación; y esta se manifiesta a través de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, las cuáles varían dependiendo de la persona, marcando la diferencia entre una respuesta de ansiedad normal (adaptativa) y una fuera de la norma o patológica (ansiedad clínica).

Otra es que estudiantes universitarios dentro de los primeros semestres de la licenciatura, manifiestan un mayor nivel de ansiedad cognitiva con respecto de la ansiedad fisiológica y motora, viéndose reflejado en la dificultad para concentrarse, en la autocrítica negativa, miedo (al fracaso, a la crítica del otro, a no obtener el éxito, a no satisfacer las expectativas propias y de otros), inseguridad, preocupación por lo que piense el otro acerca de ellos; teniendo repercusiones en su salud psicológica, así como pudiendo afectar su rendimiento académico.

Por lo que además concluimos, que existe una correlación entre la exigencia académica y nivel en la respuesta de ansiedad, lo que se observó con los estudiantes de biología. Es decir, a mayor exigencia académica y carga curricular teórica y práctica, será más elevado el nivel de ansiedad cognitiva; mientras que a menor grado de exigencia académica, menos nivel de ansiedad cognitiva. Siendo, así, un factor importante a considerar para el rendimiento académico, así como para el éxito o fracaso escolar.

También se concluye que los niveles de ansiedad, son mayores en la población femenina, dentro de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor-conductual), debido tal vez a factores socio-culturales, históricos, así como factores

biológicos que hacen a la mujer más susceptible a presentar un trastorno de ansiedad.

Finalmente, se encontró que la mayoría de los universitarios se clasificaron dentro de un rango moderado de ansiedad total; sin embargo, es indispensable tomar medidas precautorias pues si se exceden los niveles de ansiedad adaptativos, y pasar a un nivel severo y extremo, esta comenzará a afectar de manera negativa la vida del estudiante y sus procesos de aprendizaje, concentración y memoria, repercutiendo directamente su vida académica, personal, así como su bienestar psicológico, físico y social.

Por lo que se sugiere implementar programas de intervención que incluyan técnicas que permitan el decremento y control de la ansiedad como lo son las técnicas de relajación y meditación, la técnica de solución de problemas, la desensibilización sistemática, entre otras; de la mano con la terapia cognitivo-conductual, que ha demostrado tener resultados más eficaces en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

De igual manera, se sugiere que en futuras investigaciones se aumente el tamaño de la muestra igualando en cantidad a hombres y mujeres, así como participantes en cada carrera. Así mismo, se recomienda tomar en cuenta otras variables como el promedio, la regularidad como estudiante, la familia, nivel socioeconómico, entre otras; con la finalidad de enriquecer la presente investigación.

REFERENCIAS

Aguirre, R., López, J. y Flores, C. (2011). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en Médicos Residentes de Especialidades Médicas. *Revista Fuente*, (8), 28-33.

Alberdi, J.; Taboada, O.; Castro, C. y Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1-6.

Álvarez, J., Aguilar, J., 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.

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders. Fifth edition, Washington, D. C., 129-144.

Amodeo, E. & Perales, S. (2013). Cuatro puntos clave en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad. *Revista der medicina de Familia y Atención Primaria*, 2(17), 1-5.

Ansorena, A.; Cobo, J. & Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, (16), 31-45.

Aragón, B. L. E., Chávez, L. R., & Flores, T. M. A. (2009). Perfil de Personalidad de los Estudiantes de Biología, Psicología y Odontología de la FES Iztacala. Ponencia presentada en el XXVIII Coloquio de Investigación de la FES Iztacala UNAM. 27 de agosto de 2009. Tlalnepantla, Edo. de México, México.

Aragón, L. (2011). Perfil de personalidad de estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. El caso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. *Perfiles Educativos*, 33(133), 68-87.

Aragón-Borja, L., Contreras-Gutiérrez, O. y Tron-Álvarez, R. (2011). Ansiedad y pensamiento constructivo en estudiantes universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(1), 43-56.

Arancibia, V.; Maltes y Álvarez (1990). *Test de Autoconcepto Académico. Estandarización para escolares de 1° y 4° años de Enseñanza Básica*. Santiago: PUC de Chile.

Arcas, S. & Cano, V. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de información. *Revista electrónica de psicología*, 3(1).

Arco, J., López, S., Heilborn, V. y Fernández, 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 (3), 589-608.

Arenas, M. & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 1 (3), 20-29.

Bados, A. & García, E. (2014). Resolución de problemas. *Revista Universidad de Barcelona*, 13 (4), 3-21.

Bados, S. & García, E. (2011). *Técnicas de exposición*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona, 1-83.

Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España, Díaz de Santos.

Balanza, S., Morales, I. & Guerrero, J. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clínica y Salud*, 2 (20), 177-187.

Balanza, S.; Morales, I. & Muñoz, J. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares. *Asociados Clínica y salud*, 20 (2), 177-187.

Banda Guerrero, I. (2016). "*Comparación de la respuesta de ansiedad entre estudiantes de educación media superior y superior*". (Tesis de licenciatura, FES-Iztacala, UNAM). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2016/enero/309091639/Index.html>

Barbería, E.; Martín, D.; Tobal, M. y Fernández, C. (1997). Prevalencia, consecuencias y antecedentes de miedo, ansiedad y fobia dental. *Boletín Asociación Odontológica Argentina para Niños*; 25 (4), 3-10.

Bautista, A. (2016). Nivel de ansiedad en los alumnos de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2016/agosto/308020683/Index.html>

Beck, A. & Steer, R. (2011). *Manual BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación Española: Saenz, J.) España: Pearson Education. Test.

Bohórquez, A. (2007). "*Prevalencia de depresión y ansiedad según las escalas de Zung y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana*". (Tesis para obtener el título de maestría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana). Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/medicina/tesis37.pdf>

Bravo González, M. & Valadez Ramírez, A. (2016) Solución de problemas. En Rentería, A. & Valladares, P. (Eds.), *Psicoterapia Cognitivo-Conductual: Técnicas y procedimientos* (89-132). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Bulacio, J. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Argentina, Akadia.

Bulbena, A.; Casquero, R.; de Santiago, M.; del Cura, M.; Díaz, P.; Fontecha, M.; García, A.; García, J.; Pereira, M.; Pozo, M.; Suarez, V.; Tello, M. y Torralba, V. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de*

Ansiedad en Atención Primaria. *Guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud*, 31-34.

Cano, A. (2002). *La ansiedad: claves para vencerla*. España, Arguval.

Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad. Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense.

Cardona-Arías, J., Pérez-Restrepo, D., Gómez-Martínez, J. y Reyes, A. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Diversitas*, 11 (1), 79-89.

Carney, C., McNeish, S. y McColl, J. (2005). The impact of part time employment on students' health and academic performance: a Scottish perspective. *Journal of Futher & Higher education*, 29 (4), 307-319.

Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W., Monge, E. (2001). Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62 (1), 25-30.

Cía, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires, Polemos.

Clark, D. & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Nueva York, Desclée de Brouwer.

Coffin Cabrera, N. & Salinas Rodríguez, J. (2016) Técnicas de relajación y meditación. En Rentería, A. & Valladares, P. (Eds.), *Psicoterapia Cognitivo-Conductual: Técnicas y procedimientos* (1-58). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Contreras, F., Espinosa, J., Esguerra, G., Haikal, A.; Polania, A. y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 183-194.

Contreras, O.; Chavez, M. & Velazquez, M. (2014). Pensamiento constructivo, adaptación y ansiedad en universitarios. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (2), 750-764.

Craske, M. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?*, Inglaterra, Elsevier.

D'Zurilla, T. J., Sheedy, C. F. (1991). Relation between social problem-solving ability and subsequent level of psychological stress in college students. *Journal of Personality & Social Psychology*, 61 (5), 841-846.

Del Pino, J. & Tenorio, D. (2008). *La presión: conceptualización táctico-psicológica y su entrenamiento*. España, Mc Sports.

Díaz Ramírez, N. (2012). *"Depresión y factores asociados en universitarios"*. (Tesis de maestría, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad de Colombia). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/6947/1/458553.2012.pdf>

Doll, B. & Lyon, M. (1998). Risk and Resilience: Implications for the Delivery of Educational and Mental Services in the Schools. *School Psychology Review* 27 (3): 348-363.

D'Zurilla, T. (1986). *Problem solving therapy*. Nueva York: Springer.

Elkhafafi, H. (2005). Listening comprehension and anxiety in the Arabic language classroom. *Modern Language Journal*, 89 (2), 206-220.

Erazo, M. & Jiménez, M. (2012). Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*, 5(1), 65-76.

Espinoza, M., Orozco, L. e Ybarra, J. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Revista salud mental*, 38 (3), 201-208.

Estes, W. K. & Skinner B. F. (1941) Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29(5), 390-400.

Flores, R.; Jiménez, S.; Pérez, S.; Ramírez, B. y Vega, C. (2007). Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10 (2), 94-105.

Freud, S. (1971). *Introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza.

Gantiva, D., Luna, V. & Salgado, M. (2010). Estrategias de frontamiento en personas con ansiedad generalizada. *Las tesinas de Belgrano*, (74), 1-55.

García, B. y Cano A. (2014). Estandarización y validación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) en la población de República Dominicana. *SUMMA PSICOLÓGICA UST*, 11(2), 81-99.

García, C. (1999). Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg. *Revista cubana de Medicina Integral*, 15 (1), 88-97.

García, G. E., & de la Peza, C. R. (2005). Relación de Variables Cognitivo-Emocionales y Rendimiento Académico. *Revista Iberpsicología*, 10, 7.

García, J.; Martínez, M. e Inglés, C. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista iberoamericana de psicología y salud*. 4(1). 63-76.

García, R.; Espinosa, R.; Padilla, A.; Álvarez, M.; Páez, F. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 2 (16), 54-62.

García-Batista, Z., Cano-Vindel, A. y Herrera-Martínez, S. (2014). Estudio comparativo de ansiedad entre muestras de estudiantes dominicanos y españoles. *Escritos de Psicología*, 7 (3), 25-32.

Gutiérrez, C. M., & Avero, P. (1995). Ansiedad, estrategias auxiliares y comprensión lectora: déficit de procesamiento versus falta de confianza. *Psicothema*, 7, 569-578.

Hull, C. L. (1952). *Principios del comportamiento*. Ed. Appleton Century-Crofts. Nueva York.

Hurtado, A. (2015). Antropología del miedo. *metodos.revista de ciencias sociale*, 3(2), 262-275.

Jadue, J. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios Pedagógicos*. (27), 111-118.

Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in Psychotherapy*, 3, 90-102. American Psychological Association.

Lazarus, D. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.

Lazarus, R. (1969). *Patterns of adjustment and human effectiveness*. Nueva York. McGraw-Hill.

Martínez-Otero, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: Estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 2(29), 63-78.

McReynolds, P. (1975). *Advances in psychological assessment*. San Francisco. Jossey-Bass.

Medina-Mora, M.; Borges, G.; Lara, C.; Benjet, C.; Blanco, J.; Fleiz, C.; Villatoro, J., et al. (2003). Prevalencia de Trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Revista Salud Mental*, 26 (4), 1-16.

Miguel-Tobal, J. (1990). La ansiedad. En Mayor, J. y Pinillos, J. L. (Eds.), *Tratado de Psicología General*, 8. Motivación y Emoción. Madrid: Alambra.

Miguel-Tobal, J. & Cano, A. (1986). Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.) Madrid: TEA Ediciones (1ª edición, 1986; 2ª edición, 1988; 3ª edición, 1994; 4ª edición, 1997; 5ª edición, 2002; 6ª edición, 2007).

Miguel-Tobal, J. & Cano, A. (1994). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Madrid: TEA Ediciones S.A. 1-48.

Miguel-Tobal, J. & Cano, A. (1997). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Madrid: TEA Ediciones, S. A.

Millon, T. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Ed. MASSON. Barcelona.

Morganstein, K. (1993). Entrevista Conductual. En A. Bellack y M. Hersen. *Manual Práctico de Evaluación de Conducta*. Bilbao: Descleé de Brower.

Mower, O. H. (1939). Un análisis de estímulo-respuesta de ansiedad y su papel como agente reforzador. *Revista de Psicología*, 46(6), 553-565.

Newbory-Birch, D., Lowry, R. y Kamali, F.(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.

Newton, F. B., Angle, S. C., Schuette, C.G. & Ender, S. C. (1984). The Assessment of College Students Needs: First Step in a Preventive Response. *The Personnel and Guidance Journal*, 62, 537-543.

Odriozola, E. (1992). *La depresión infantil en Madrid*. España, Ac. D.L.

Orgilés, M.; Méndez, X.; Rosa, A. & Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 19(2), 193-204.

Osornio-Castillo, L; Palomino-Garibay, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en medicina familiar*, 11(1), 1-2.

Pérez, C., Bonnefoy, C., Cabrera, A., Peine, S., Muñoz, C., Baquedano, M. y Jiménez, J. (2011). Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29 (1), 148-160.

Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.

Ramírez Morales, J. (2016). *Evaluación de la ansiedad en estudiantes de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala*. (Tesis de licenciatura, FES-Iztacala, UNAM). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2016/abril/308147489/Index.html>

Reyes-Ticas, J. (2006). *Trastornos de Ansiedad, guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Honduras, Editorial Pfizer.

Rivadeneira, Dehab & Minici (2009). La revolución conductual en el tratamiento de la ansiedad patológica. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, (16), 1-9.

Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1), 91-102.

Robles, R.; Espinoza, R.; Padilla, A.; Álvarez, M. & Páez, F. (2008). Ansiedad Social en Estudiantes Universitarios: Prevalencia y Variables Psicosociales Relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16 (2), 54-62.

Salamanca, Y., Vega, A. y Niño, S. (2014). Relación de personalidad patológica y ansiedad en estudiantes de psicología. *Psicología desde el Caribe*, 31 (3), 435-454.

Sandin, B., Valiente, R. M., Chorot, P., & Santed, M. A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 3 (17), 478-483.

Sarason, I., & Sarason, B. (1996). *Psicopatología: Psicología anormal; El problema de la conducta inadaptada* (7.a ed). México: Prentice Hall.

- Shirom, A. (1986). Students Stress. *Higher Education*, 15 (6) 667-676.
- Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e Subjetividade*, 3 (1), 10-59.
- Soria Trujano, R. & Olvera Méndez, J. (2016) Terapia racional emotivo-conductual. En Rentería, A. & Valladares, P. (Eds.), *Psicoterapia Cognitivo-Conductual: Técnicas y procedimientos* (165-210). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Sparks, R. & Ganschow, L. (2007) Is the foreign language classroom anxiety scale measuring anxiety or language skills? *Foreign Language Annals*, 40 (2), 260-287.
- Tejero, C. (2006). Temores vinculados a la vida escolar en estudiantes de secundaria: Un estudio empírico. *Organización y Gestión Educativa*, 14, 26-29.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*, (110), 62-69.
- Viedma, M. (2008). "Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: implicaciones clínicas". (Tesis doctoral, Universidad de Granada). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2017/1/17626791.pdf>
- Villamarín, F. (1990). Desensibilización sistemática: evidencia empírica y problemática teórica. *Quaderns de Psicologia*, 10, 161-176.
- Villaseñor-Ponce, M. (2010). Correlación entre ansiedad y bienestar psicológico en estudiantes que ingresan a la universidad. *Revista Mexicana de Psicología Educativa (RMPE)*, 1(1), 41-48.
- Watson, J. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wolpe, J. (1979). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University.

ANEXOS

ISRA

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

INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces si y otras no 3: Muchas veces 4: Casi siempre

Vea los ejemplos siguientes:

SITUACIONES	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
	1. Me desconcierto, no sé qué hacer.	2. Tengo la impresión de que soy un inútil.	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	4. Tengo dificultades para dormir.	5. Pierdo el apetito.	
1. Si un problema me preocupa mucho,						
2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima,						

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la núm. 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).



Autores: J.J. Miguel Tejada y A.P. Cano Vindel.

Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presenta otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTRUCE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campana: Daganza, 15 dpdo.; 28000 MADRID - Depósito legal: M- 5.757 - 1986.

M

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES, NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

RESPUESTAS

- Lloro con facilidad.
- Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.)
- Fumo, como o bebo demasiado.
- Trato de evitar o rehuir la situación.
- Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.
- Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
- Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
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.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

RESPUESTAS

1. Me preocupo fácilmente.
2. Tengo pensamientos negativos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, "torpe", etc.
3. Me siento inseguro de mí mismo.
4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.
5. Siento miedo.
6. Me cuesta concentrarme.
7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

C

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
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.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

F

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

RESPUESTAS

1. Siento molestias en el estómago.
2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.
3. Me tiemblan las manos o las piernas.
4. Me duele las manos o las piernas.
5. Me duele la cabeza.
6. MI cuerpo está en tensión.
7. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.
8. Me falta el aire y mi respiración es agitada.
9. Siento náuseas o mareo.
10. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	OBSERVACIONES	ΣS
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.												
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5. En mi trabajo o cuando estudio.												
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10. Si tengo que hablar en público.												
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13. Después de haber cometido algún error.												
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20. Al observar escenas violentas.												
21. Por nada en concreto.												
22. A la hora de dormir.												
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.												
ΣR											TOTAL	:2=

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO