



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Niveles de ansiedad y estrés académico,
resultado de clases virtuales en estudiantes
del colegio de bachilleres, Taxco el viejo, Gro.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARÍA MONSERRAT LANDA GERÓNIMO

TAXCO DE ALARCÓN, GRO.

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



CENTRO UNIVERSITARIO DE TAXCO
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8991-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Niveles de ansiedad y estrés académico,
resultado de clases virtuales en estudiantes
del colegio de bachilleres, Taxco el viejo, Gro.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARÍA MONSERRAT LANDA GERÓNIMO

DIRIGIDO:

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJÓN

SINODALES

LIC. CLAUDIA NARVAEZ CASTREJON _____

PRESIDENTE

LIC. IRMA ELIZABETH ALCOCER ARRIAGA _____

SECRETARIO

DRA. KAREN ITZEL RODRIGUEZ MATA _____

VOCAL

TAXCO DE ALARCÓN, GRO; SEPTIEMBRE DE 2022



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

AGRADECIMIENTO

Quiero comenzar dando gracias a Dios, primeramente, por permitirme llegar hasta este momento, porque me dio la sabiduría y la inteligencia para discernir y concluir con esta carrera profesional. Porque me fortaleció en las dificultades que se presentaron y sobre todo por haber puesto a las personas ideales para acompañarme durante este largo caminar de mi vida profesional.

Continúo agradeciendo a mis padres Leonso Landa García y Rosa Gerónimo Gómez por todo el apoyo incondicional que siempre me brindaron, por cada palabra de aliento, por celebrar conmigo cada uno de mis pequeños logros y por acompañarme en cada una de esas veces que más lo necesitaba; gracias papás por confiar en mí, gracias porque con su ejemplo y su lucha constante me mostraron que siempre estarían orgullosos de mí y sobre todo gracias por ser mi mayor y más preciada motivación.

Agradezco también a mi hermano Luis Alfredo Landa Gerónimo, quien también me apoyo siempre, porque con lo que podía y muy a su manera siempre me alentaba, gracias por ser siempre mi mejor compañero.

Agradezco a todas y cada una de las personas que de una o de otra manera me ayudaron para llegar a la meta, sin alguno de ustedes no hubiera logrado tanto. Gracias por poner no un granito, si no todo un arenal en mi vida.

Finalmente brindo un fraterno agradecimiento y toda mi gratitud al Centro Universitario de Taxco; en especial a todos aquellos catedráticos que colaboraron en mi vida profesional brindándome todas las herramientas y conocimientos necesarios para ser una Psicóloga formada hoy en día, por dejar enseñanzas académicas y sobre todo de vida en mí, porque siempre me inculcaron el esforzarme por ser mejor cada día y nunca sentir que es suficiente con lo que ya conozco, si no siempre estar dispuesta a aprender más. Sobre todo, quiero hacer mención de mi querido Profesor Ricardo quien me hubiese gustado estuviera como uno de mis sinodales al presentar esta tesis, así tal cual como eran los planes, gracias porque siempre busco el que diera lo mejor de mí, gracias por ser un ejemplo a seguir como profesionista y como ser humano, un abrazo hasta el cielo, gracias por impulsarme siempre. Y finalmente sin ser menos importante, agradezco a la Lic. Claudia Narvaez Castrejón quien fue mi asesora durante esta investigación, gracias por el tiempo, por la atención y dedicación, sobre todo gracias por su paciencia y por impulsarme a continuar y estar al pendiente de que avanzara, exigiéndome de una manera muy fraterna; gracias profesora es una excelente profesionista y con una calidad humana maravillosa.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

DEDICATORIA

La presente tesis quiero dedicarla primeramente a mis Padres, Leonso Landa y Rosa Gerónimo, ya que sin su apoyo esta etapa no la podría haber culminado, gracias por todo papás, este logro es tan mío como de ustedes.

También quiero dedicarla con mucho cariño a mi hermano Luis Alfredo quien espero también pueda lograr grandes cosas, gracias hermano por tu apoyo.

De manera especial la dedico con mucho cariño a mi mamá Luisa, mi bello ángel que seguramente hoy se alegra conmigo desde donde esta, sin duda ella fue de las primeras personas en enseñarme a luchar y a confiar en Dios para lograr grandes cosas, siempre presente en mi corazón, hasta el cielo este logro.

La dedico con profundo agradecimiento y aprecio a mis amigos y compañeros de vida, a mi gran familia espiritual; gracias por estar y fortalecerme de alguna u otra manera siempre.

Quiero dedicarla también de manera especial a todas las personas que lamentablemente se vieron a un más afectadas por la pandemia COVID – 19; a aquellas que perdieron algún familiar, aquellas que se quedaron sin empleo y a todos los docentes y alumnos, quienes hicieron de la educación algo posible a pesar de las dificultades que había. Mi reconocimiento y dedicatoria a todos aquellos héroes sin capa que estuvieron haciendo todo lo posible por salvar vidas y a aquellos que demostraron que aún existe algo de humanidad en este mundo, quienes salieron al encuentro de quien más necesitaba un poco de esperanza y les dieron alimento y/o ayuda ante ciertas necesidades que pudieron presentarse.

Y finalmente, quiero reconocer y dedicarme este logro a mí, cada uno sabe el proceso que tuvo que atravesar para llegar a la meta de algo, sin duda en el mío, se presentaron varias barreras, pero por gracia de Dios me vi fortalecida ante ellas y pude superarlas. Comparto este logro con mis compañeros de licenciatura, sin duda cada uno se esforzó a su manera para lograrlo.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

RESUMEN

La presente Tesis que lleva por nombre “Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el viejo, Gro” está constituido por tres capítulos de abordaje dentro de su marco teórico, los cuales son:

Capítulo 1.- “Ansiedad”.

Para Mateos y Caballero (1999), la ansiedad se puede definir como “un estado displacentero o aversivo que tiene una significación biológica, la cual es la detención rápida de signos incipientes de peligro, lo que posee un valor considerable de supervivencia”. Cabe aclarar, que la ansiedad según dichos autores, se encuentra relacionada en cómo el individuo piensa y lleva a cabo sus labores cotidianas, dado que si el individuo tiende a sobre preocuparse lo más probable es que se convierta en un individuo muy ansioso.

En este primer capítulo se analiza primeramente la ansiedad desde un abordaje histórico, consecutivamente desde un abordaje neurobiológico y finalmente desde un abordaje teórico, éste en base al Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM–V).

Capítulo 2.- “Estrés académico”.

Caldera, Pulido y Martínez (2007) definen el Estrés Académico como “aquel que se produce a partir de las demandas que exige el ámbito educativo”.

En este capítulo, por tanto, se redacta la historia del estrés, así como la nosología psiquiátrica del mismo, las orientaciones teóricas del estrés, las teorías basadas en la respuesta y en el estímulo; así mismo, se describen las teorías basadas en la interacción, el afrontamiento del estrés, el estrés académico y sus definiciones, por lo que se describe el modelo sistémico cognoscitivista del estrés académico y, por último, se dan a conocer los estresores académicos y sus síntomas.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Capítulo 3.- “Del aprendizaje en escenarios presenciales al aprendizaje virtual en tiempos de pandemia”.

Las clases virtuales son una modalidad de estudio a distancia que han sido aplicadas por más de 10 años. Son utilizadas principalmente en universidades para abarcar las necesidades de sus estudiantes que no pueden acceder al sistema presencial.

Al encontrarnos en una emergencia sanitaria por el COVID-19, la aplicación de las clases virtuales alrededor del mundo se volvió una obligación para precautelar la vida de los estudiantes. Bautista, I., Carrera, G., León, E., & Laverde, D. (2020, 8 de agosto).

Por tanto, en este último capítulo se da a conocer la situación educativa producto de la pandemia, así como el impacto de la pandemia en educación, los aprendizajes en tiempo de pandemia con apoyo en la educación virtual, los retos del aprendizaje virtual en tiempos de pandemia, se formula una propuesta de estrategias para el afrontamiento de estrés académico por educación virtual en tiempos de pandemia.

En él, también se abordan técnicas para que los estudiantes logren afrontar el estrés académico por el cual estén pasando desde (Berrío 2011); se da a conocer cómo evitar o prevenir el estrés académico por las clases virtuales (Diego Santos, 2015); y, se presentan estrategias para el manejo del estrés académico desde la orientación educativa.

Cada capítulo ha sido estructurado con la intención de brindar a detalle un conocimiento amplio de cada una de las variables tomadas en cuenta para llevar a cabo la presente investigación; de brindar pautas para identificar cuando un adolescente este presentando síntomas de posible ansiedad y estrés académico; y a su vez, se tiene la intención de brindar al lector una gama de herramientas para afrontar tanto la ansiedad como el estrés académico, sobre todo durante las clases virtuales debido a la pandemia por Covid-19.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

SUMMARY

The present thesis entitled "Levels of anxiety and academic stress, the result of virtual classes in students of the high school, Taxco el Viejo, Gro" consists of three chapters of approach within its theoretical framework, which are:

Chapter 1.- "Anxiety".

For Mateos and Caballero (1999), anxiety can be defined as "an unpleasant or aversive state that has a biological significance, which is the rapid arrest of incipient signs of danger, which has a considerable survival value". It should be clarified that anxiety, according to these authors, is related to how the individual thinks and carries out his daily tasks, since if the individual tends to worry too much, he is likely to become a very anxious individual.

In this first chapter, anxiety is first analyzed from a historical approach, then from a neurobiological approach and finally from a theoretical approach, based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

Chapter 2.- "Academic stress".

Caldera, Pulido and Martínez (2007) define Academic Stress as "that which is produced by the demands of the educational environment".

In this chapter, therefore, the history of stress is written, as well as the psychiatric nosology of stress, the theoretical orientations of stress, the theories based on response and stimulus; likewise, the theories based on interaction, stress coping, academic stress and its definitions are described, so the systemic cognoscitive model of academic stress is described and, finally, the academic stressors and their symptoms are made known.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Chapter 3.- "From learning in face-to-face scenarios to virtual learning in times of pandemic".

Virtual classes are a distance learning modality that have been applied for more than 10 years. They are mainly used in universities to meet the needs of their students who cannot access the face-to-face system.

As we are in a health emergency due to COVID-19, the application of virtual classes around the world became an obligation to protect the lives of students. Bautista, I., Carrera, G., León, E., & Laverde, D. (2020, August 8).

Therefore, this last chapter presents the educational situation resulting from the pandemic, as well as the impact of the pandemic on education, learning in times of pandemic supported by virtual education, the challenges of virtual learning in times of pandemic, and a proposal of strategies for coping with academic stress due to virtual education in times of pandemic is formulated.

It also addresses techniques for students to cope with the academic stress they are going through (Berrío 2011); it shows how to avoid or prevent academic stress due to virtual classes (Diego Santos, 2015); and it presents strategies for managing academic stress through educational guidance.

Each chapter has been structured with the intention of providing in detail a broad knowledge of each of the variables taken into account to carry out this research; to provide guidelines to identify when an adolescent is presenting symptoms of possible anxiety and academic stress; and in turn, it is intended to provide the reader with a range of tools to deal with both anxiety and academic stress, especially during virtual classes due to the Covid-19 pandemic.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimiento

Dedicatoria

Resumen

Summary

I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Objetivos	6
1.3 Preguntas de investigación	7
1.4 Justificación	8
1.5 Viabilidad	12
1.6 Perspectiva general	12
1.7 Perspectiva teórica	13
1.8 Hipótesis	13
1.9 Definición de términos centrales	14
II. Marco teórico	16
Capítulo 1. Ansiedad	17
1.1 Antecedentes históricos de la ansiedad	17
1.1.1 Definición de ansiedad	21
1.1.2 Neurobiología de la ansiedad	25
1.1.3 Etiopatogenia de la ansiedad	36
1.1.4 Prevalencia de los trastornos de ansiedad	39
1.1.5 Reconocimiento y evaluación del paciente con ansiedad	40
1.2 Clasificación de los trastornos de ansiedad según el Manual Diagnostico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)	43
1.2.1 Trastorno de ansiedad por separación	44
1.2.2 Mutismo selectivo	52
1.2.3 Fobia específica	56
1.2.4 Trastorno de ansiedad social (fobia social)	66
1.2.5 Trastorno de pánico	77



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

1.2.6 Agorafobia	96
1.2.7 Trastorno de ansiedad generalizada	104
1.2.8 Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/medicamentos	112
1.2.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección medica	118
1.2.10 Otro trastorno de ansiedad especificado	123
1.2.11 Otro trastorno de ansiedad no especificado	123
1.3 Ansiedad en estudiantes de nivel medio superior	124
1.3.1 El principal reto que los estudiantes afrontan a lo largo de sus estudios	125
1.3.2 Factores principales generadores de ansiedad en adolescentes	126
1.3.3 Correlación entre el rendimiento académico y la ansiedad	127
1.3.4 Relación entre ansiedad, salud física y salud mental	128
1.3.5 Índice de sensibilidad a la ansiedad	128
1.4 Técnicas y tratamiento para disminuir los diferentes tipos de ansiedad	130
1.4.1 Tratamiento para el trastorno de ansiedad por separación	130
1.4.2 Tratamiento para fobia especifica	132
1.4.3 Tratamiento para el trastorno de ansiedad social (fobia social)	135
1.4.4 Tratamiento para el trastorno de pánico	136
1.4.5 Tratamiento para agorafobia	139
1.4.6 Terapia con fármacos	140
1.4.7 Tratamiento para el trastorno de ansiedad inducida por sustancias/medicamentos	144
1.4.8 Tratamiento para el trastorno de ansiedad debido a otra afección medica	145
Capitulo 2. Estrés académico	146
2.1 Historial del estrés	146
2.1.1 Nosología psiquiátrica del estrés	149
2.1.2 Clasificación de los síndromes en las nosologías oficiales	150
2.2 Orientaciones teóricas del estrés	151



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

2.2.1 Teorías basadas en la respuesta	151
2.2.2 Teorías basadas en el estímulo	152
2.2.3 Teorías basadas en la interacción	153
2.3 Afrontamiento del estrés	154
2.4 Estrés académico	155
2.4.1 Definición de estrés académico	156
2.4.2 Modelo sistémico cognoscitivista del estrés académico	157
2.4.3 Estresores académicos	158
2.4.4 Hipótesis de indicadores del desequilibrio sistémico que implica el estrés académico	160
2.5 Síntomas del estrés académico	161
Capítulo 3. Del aprendizaje en escenarios presenciales al aprendizaje virtual en tiempos de pandemia	162
3.1 Situación educativa producto de la pandemia	162
3.1.1 Impacto de la pandemia en la educación	164
3.1.2 Los aprendizajes en tiempo de pandemia con apoyo de la educación virtual	166
3.2 Retos del aprendizaje virtual en tiempos de pandemia	169
3.3 Propuesta de estrategias para el afrontamiento de estrés académico por educación virtual en tiempos de pandemia	171
3.3.1 Técnicas para que los estudiantes afronten su nivel de estrés por el cual estén pasando (Berrio, 2011)	171
3.3.2 ¿Cómo evitar o prevenir el estrés académico por clases virtuales? Según Diego Santos, 2015	171
3.4 Estrategias para el manejo del estrés desde la orientación educativa	173
III. Metodología	174
3.1 Diseño de investigación	174
3.2 Universo y muestra	175
3.3 Procedimiento	176



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

3.4 Confiabilidad	177
3.5 Validez	178
3.6 Análisis de datos	179
3.7 Aspectos éticos	180
3.8 Programación de tiempos	180
IV. Resultados	181
Resultados generales por categoría del Inventario de Ansiedad Rasgo -Estado (IDARE)	200
Resultados generales por categoría del Test de Vulnerabilidad al Estrés L.H. Miller y A.D. Smith	202
V. Conclusión	205
VI. Bibliografía	207
Anexo “A” Consentimiento informado	212
Anexo “B” Cuestionarios	213
Anexo “C” Evaluación de ansiedad y estrés como consecuencia de clases virtuales	217

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estructuras neuroatómicas que participan en los trastornos de ansiedad	28
Tabla 2. Mecanismos neurobiológicos implicados en la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad	35
Tabla 3. Factores no biológicos asociados a la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad	39
Tabla 4. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población general (DSM-V)	40
Tabla 5. Molestias somáticas frecuentes de los trastornos de ansiedad en atención primaria	42



Tabla 6. Quejas psicológicas frecuentes de los trastornos de ansiedad en atención primaria	42
Tabla 7. Evolución de los síndromes de estrés en la nosología norteamericana	150
Tabla 8. Indicadores de estrés académico	160

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema psicodinámico de la neurosis de la ansiedad	38
Figura 2. A) Ansiedad estado	200
Figura 3. A) Ansiedad rasgo	201
Figura 4. A) Estilo de vida	202
Figura 5. B) Apoyo social	202
Figura 6. C) Exposición de sentimientos	203
Figura 7. D) Valores y creencias	203
Figura 8. E) Bienestar físico	204



I. INTRODUCCIÓN

*“Si quieres conocer a tu peor enemigo, mírate al espejo.
Véncelo y todos los demás saldrán corriendo”.*
– **Mijaíl Litvak**

La presente tesis para recibir el título de Licenciada en Psicología en el Centro Universitario de Taxco, es una investigación en la que se pretende medir dos variables: ansiedad y estrés en la población estudiantil del Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperación Taxco el Viejo, posiblemente detonadas debido a una tercera variable: clases virtuales durante el confinamiento por Pandemia del virus SARS-CoV-2.

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que hace referencia a congoja o aflicción y da como resultado una perturbación psicofísica, caracterizada por un malestar psicofisiológico, que incluye: perturbación, inquietud o zozobra; por una inseguridad o temor ante lo que se percibe como amenaza inminente (Cía., 2002). La ansiedad es una respuesta que permite y ayuda a la supervivencia del hombre, abriéndole la posibilidad de responder de manera un tanto instintiva, alertándole o preparándole para actuar ante un peligro. Estas respuestas, incluyen conductas de evitación o huida, un claro ejemplo se observa ante la presencia de algún desastre natural (terremotos, inundaciones, incendios, etcétera.) en donde los seres vivos responden con conductas que mayormente tienen como fin salvaguardar su vida. Sin embargo, esta respuesta de ansiedad, en diversas ocasiones sobrepasa los límites que la hacen útil para el ser humano, generando en este una respuesta contraria, convirtiéndola en una “ansiedad patológica”. Cía (2002) sostiene que la diferencia entre la ansiedad normal y la patológica, depende de que, en la segunda, se presenta una respuesta exagerada que no necesariamente está ligada a un peligro u objeto externo y que, para quien la padece puede llegar a ser incapacitante.

La ansiedad patológica, también llamada “trastorno de ansiedad” incluye a grosso modo: a) cogniciones persistentes que imponen sensaciones de fallar o de vergüenza, b) cambios



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

fisiológicos, que incluyen palpitaciones, náuseas sudoración, entre otros, c) cambios comportamentales como: morderse las uñas, los labios, etcétera y d) cambios emocionales que incluyen, angustia, miedos e irritabilidad (Cía, 2002). Dada la amplia gama de síntomas que acompañan a este trastorno, el estudio de la ansiedad se remonta a hace más de cien años en donde a través del tiempo los síntomas de ansiedad han recibido diversos nombres, y han sido también en diversas ocasiones confundidos con otras patologías. En 1871 Mendes Da Costa (citado en Abe y Pérez, 1972) tras la observación de casos de soldados en el hospital Militar de Filadelfia que habían participado en la Guerra de Secesión, con síntomas cardíacos (palpitaciones, taquicardia, mareos, respiración jadeante) sin lesión aparente ante esfuerzos mínimos o en reposo, concluyó que el corazón se había vuelto irritable dada su hiperactividad y excitación frecuente, siendo esta actividad la responsable de que se padeciera lo que él denominó “corazón irritable” señalando que, los síntomas hacían referencia a trastornos funcionales más no cardíacos.

De igual manera y ante síntomas similares, Myers, lo denominó “corazón de soldado” mientras que Millar popularizó el llamado cuadro de “neurastenia” caracterizado por múltiples síntomas en donde intentó abarcar varias enfermedades que se denominaban hasta entonces postración nerviosa, astenia, discapacidad nerviosa, etcétera. Se acuñaron también nombres como: “disfuncionalismo cardíaco”, “síndrome del esfuerzo”, “astenia neurocirculatoria”, entre otros para explicar la aparición de síntomas especialmente cardíacos, pero sin causa o daño fisiológico aparente. Sin embargo, fue hasta 1918 cuando Fraser y Wilson comprobaron que era posible reproducir el cuadro de síntomas a sus pacientes mediante la administración de adrenalina, dando cuenta del papel del sistema nervioso simpático en la génesis de los síntomas. Más tarde, en 1941 Woods logró la reducción de síntomas mediante la administración de epinefrina, siendo entonces hasta finales de la segunda guerra mundial que se estudiaron de manera más específica los síntomas de ansiedad bajo el nombre de “reacción ansiosa”, prestando una especial atención a problemas psíquicos subyacentes, más que a los síntomas problemas cardíacos (Cía, 2002).



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

La segunda de las variables a medir será el estrés, por tanto, es importante mencionar una pequeña descripción de éste en la presente introducción.

El estrés, al constituir uno de los problemas de salud más generalizado actualmente, se puede considerar como un fenómeno multivariable resultante de la relación entre la persona y los eventos de su medio. Por tales motivos, las personas deben dominar cada vez más las exigencias y retos que les demanda la cantidad de recursos físicos y psicológicos para enfrentar la condición que los aqueja.

La condición de desajuste emocional, físico y mental que experimenta el ser humano cuando alguna situación en su vida altera su equilibrio interno, provoca interés y preocupación para diversos científicos, por cuanto sus efectos inciden en diferentes esferas de la vida de la persona, según refiere Naranjo.

El estrés es una condición psicológica y física que altera el estado normal del cuerpo, generan afecciones o cambios notorios en la persona, cuyos efectos inciden en la salud física y mental, en el rendimiento laboral y académico, provocando preocupación y angustia.

En el intento de dominar dicha situación se corre el peligro de que los recursos de afrontamiento se vean superados, llevando a una perturbación en el funcionamiento del individuo, lo que podría causarle dolor emocional, enfermedad e incluso la muerte. García, N. B., & Zea, R. (2012, 6 de marzo).

El estrés suele clasificarse, según su fuente, en esta investigación el estrés se medirá específicamente en un Colegio de Bachilleres por lo tanto se evaluará el estrés académico. El estrés académico se define como una reacción de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos. Ha sido investigado en relación con variables como género, edad, profesión, estrategias de afrontamiento, etc.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Estas dos variables antes mencionadas se medirán en una comunidad estudiantil en la cual se pretende investigar si tuvo influencia en la aparición de las mismas, el hecho de que debido a la Pandemia por el virus SARS-CoV-2 se tuvo que tomar la medida sanitaria de recibir las clases de manera virtual, por tanto, como parte de esta introducción también cabe mencionar en que consiste este concepto para ir comprendiendo mejor todo el panorama de la investigación en esta tesis.

Las clases virtuales son una modalidad de estudio a distancia que ha sido aplicadas por más de 10 años. Son utilizadas principalmente en universidades para abarcar las necesidades de sus estudiantes que no pueden acceder al sistema presencial. Al encontrarnos en una emergencia sanitaria por el COVID-19, la aplicación de las clases virtuales alrededor del mundo se volvió una obligación para precautelar la vida de los estudiantes. Bautista, I., Carrera, G., León, E., & Laverde, D. (2020, 8 de agosto).



1.1 Planteamiento Del Problema

La ansiedad es un arroyito de temor que corre por la mete Si se le alimenta puede convertirse en un torrente que arrastrara todos nuestros pensamientos.
–**A. Roche**

El presente estudio tiene como finalidad evaluar cuales son los niveles de ansiedad y estrés académico que presentan los alumnos del Colegio de Bachilleres, debido a las clases virtuales por la Pandemia Covid-19.

El estudio se llevara a cabo en una muestra heterogenea del Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperacion Taxco el Viejo, ubicado en la comunidad que le da el nombre al plantel. Con alumnos de entre 15 a 18 años de edad. Se hará uso de dos instrumentos de medición para la recolección de los datos, se utilizará el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Test de Vulnerabilidad al Estrés de L.H. Miller y A.D. Smith.

La ansiedad puede conceptualizarse como un estado emocional displacentero cuyas fuentes son menos faciles de identificar, frecuentemente se acompaña de sintomas fisiologicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento.

Por otro lado el estrés academico se define como, como una reacción de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos. Ha sido investigado en relación con variables como género, edad, profesión, estrategias de afrontamiento, etc.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

1.2 Objetivos

General

Evaluar los niveles de estrés y ansiedad que presentan los alumnos del Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperación Taxco el Viejo obtenidos como consecuencia de clases virtuales durante el ciclo escolar 2020-2021.

Específicos

- Medir los niveles de ansiedad y estrés académico en los alumnos del Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperación Taxco el Viejo presentados debido a las clases virtuales recibidas durante el Ciclo Escolar 2020-2021, a través de las pruebas psicométricas Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) para evaluar ansiedad, y el Test de Vulnerabilidad al Estrés de L.H. Miller y A.D. Smith para evaluar Estrés.
- Comparar los niveles obtenidos de ansiedad y estrés académico presentados en los alumnos de primer año con los de segundo y tercer año, para conocer quienes presentaron los niveles más altos.
- Comparar los niveles obtenidos de ansiedad y estrés académico presentados en alumnos de sexo masculino y alumnas de sexo femenino para conocer quienes presentaron niveles más altos.
- Comparar los niveles obtenidos de ansiedad y estrés académico presentados en alumnos para conocer cuál de ambas variables se presenta con mayor frecuencia en ellos.
- Examinar los resultados obtenidos y brindar a los docentes posibles soluciones a través de materiales y actividades que puedan ayudar a los alumnos a disminuir los niveles de estrés y ansiedad que puedan presentar en caso de ser necesario.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



1.3 Preguntas de investigación

- 1) ¿Cuál es el nivel de ansiedad que presentan los alumnos del colegio de bachilleres, debido a clases virtuales?
- 2) ¿Cuál es el nivel de estrés académico que presentan los alumnos del colegio de bachilleres, debido a clases virtuales?
- 3) ¿Cuáles alumnos presentaron más altos niveles de ansiedad y estrés académico debido a clases virtuales, los de primer año o los de segundo año?
- 4) ¿Cuáles alumnos presentaron más altos niveles de ansiedad y estrés académico debido a clases virtuales, los de segundo año o los de tercer año?
- 5) ¿Quiénes presentaron más altos niveles de ansiedad y estrés debido a clases virtuales, los hombres o las mujeres?
- 6) ¿Qué variable se presentó en mayor nivel en los alumnos la ansiedad o el estrés académico?



1.4 Justificación

*No es el estrés lo que nos mata, es nuestra
reacción al mismo.
–Hans Selye*

Los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo son una de las enfermedades mentales más frecuentes en la actualidad. Sólo en Estados Unidos se estima que 1 de cada 5 personas sufrirá en su vida uno o varios de estos trastornos (Kessler et al., 1994). Según los resultados del proyecto Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMeD), el 13,6% de la población de seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) ha padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (prevalencia-vida) y el 6,4% en el último año del estudio (prevalencia-año) (Alonso et al., 2004).

Los trastornos del estado de ánimo se encuentran entre las principales causas de incapacidad en el ámbito mundial y son responsables además de un significativo agobio personal, así como también de un alto costo en la salud pública (López, Mathers, Ezzati, Jamison y Murray, 2006). Por ejemplo, se espera que para 2022 la depresión mayor llegue a ser la segunda causa de incapacidad de cualquier condición médica. Los trastornos relacionados con depresión y ansiedad son comunes en Estados Unidos y México, y exigen un gasto considerable. “Dado que la ansiedad psíquica y somática es el tercer síntoma por orden de frecuencia en la depresión, no debe sorprender que sea también la causa de dificultad diagnóstica en edades en las que ansiedad y depresión puedan eventualmente coexistir” (Vallejo y Gastó, 1990: 57). En ciertos casos, la ansiedad y la depresión constituyen síndromes puros, pero frecuentemente se solapan, de tal forma que en la práctica no es extraño observar depresiones con una gran carga de ansiedad o cuadros de angustia empañados con sintomatología depresiva. “El humor depresivo no es raro en los estados de ansiedad y los síntomas ansiosos contaminan los cuadros depresivos. Concretamente, según Hamilton (1960), 95% de depresivos presentan síntomas psíquicos de ansiedad, y 85% aquejan síntomas somáticos. Por el contrario, 80% de ansiosos refieren humor depresivo” (Vallejo y Gastó, 1990: 498).

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

La ansiedad se entiende como un estado emocional presente en todas las culturas, es decir, es una experiencia universal, “de ahí quizá su raíz biológica, aunque debe también añadirse que es relevante en determinadas dinámicas sociales generales y muy significativa en ciertas situaciones específicas” (Luengo, 2004: 30). En numerosas ocasiones, se constata que estrés es la antesala de las respuestas ansiosas [...] al igual que el miedo, se asocia a un estado de tensión personal ante un hecho comprometedor o amenazador concreto; en la ansiedad se difumina el carácter particular de este hecho y el individuo deja de percibir lo exterior para instalarse en sí mismo como problema esencial (Luengo, 2004: 74). Queda, entonces, claro que la ansiedad supone la constatación de nuestra propia realidad, sin embargo, esta realidad se encuentra personalizada; “para algunos sujetos el desajuste se plantea respecto a lo novedoso; para otros se halla siempre presente, dudando y sufriendo de manera continua; finalmente, para otros el desajuste y la aparición ansiosa sólo tienen lugar ante la presencia de determinados elementos de la realidad (caso fóbico) que, de forma simbólica, parecen sintetizar esa amenaza vital de la que deben defenderse activamente” (Luengo, 2004: 103).

Las estadísticas que muestra Luengo son alarmantes: En Estados Unidos, se ha considerado que cerca de 25% de la población ha experimentado a lo largo de su vida al menos un trastorno ansioso (porcentaje análogo al del abuso de sustancias). De los trastornos de ansiedad, el más usual es la fobia social, con 13% de casos. Existe una doble incidencia del trastorno en mujeres que en hombres (porcentaje análogo al del trastorno depresivo). La porción es de 3 a 1 en el caso del trastorno agorafóbico.

Se da una mayor tasa de ansiedad en niveles socioeconómicos bajos. La incidencia de los trastornos de ansiedad es más elevada en la adolescencia y la juventud que en la madurez. Las patologías más usuales encuentran su tasa más elevada entre los 20 y los 30 años. También Miguel-Tobal, en 1996 (cit. por Ortiz, 1997: 113), nos advierte que se calcula que entre 13% y 15% de la población padecerá algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud estima que una cuarta parte de la población que acude a consulta solicitando asistencia médica presenta una sintomatología típicamente ansiosa. Mientras, en el rendimiento escolar, la importancia de los procesos motivadores ofrece pocas dudas debido



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

a que, para que se realicen aprendizajes, resulta necesario contar con la participación activa del propio sujeto que aprende.

Se ha encontrado también, que los estudiantes con bajo rendimiento escolar son sujetos normales desde el punto de vista intelectual, pero que por diversas causas fallan en sus aprendizajes escolares. Específicamente, la eficiencia diaria en la escuela es inferior a lo que podría esperarse de su inteligencia. “De 35 a 70% de los niños y adolescentes que presentan rechazo escolar padecen simultáneamente trastornos afectivos y/o de ansiedad [...] a mayor “escolarización” del cuadro, más probabilidades de que vaya acompañado por algún trastorno afectivo, especialmente en épocas prepuberales y puberales” (Vallejo, 1990: 605-609).

El ambiente académico implica ciertas demandas y actividades por parte del estudiante que pueden ocasionarle Estrés, sobre todo cuando tienen que adaptarse a una nueva modalidad para continuar con su formación académica, como lo fue las clases virtuales durante el ciclo escolar 2020-2021.

Caldera, Pulido y Martínez (2007) definen el Estrés Académico como “aquel que se produce a partir de las demandas que exige el ámbito educativo”. Para Orlandini (1999), argumenta que “desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de posgrado, cuando una persona está en un periodo de aprendizaje experimenta tensión. A esta se le denomina Estrés Académico y ocurre tanto en el estudio individual como en el aula”. Estos autores no hacen diferencia entre el Estrés que viven los alumnos y el que viven los profesores dentro de las instituciones educativas, sin embargo Barraza (2005) hace distinción entre Estrés Académico y Estrés escolar definiendo este último como “aquel que padecen los niños de educación básica”, y define al Estrés Académico como “aquel que padecen los alumnos de educación media superior y superior y que tiene como fuente exclusiva a estresores relacionados con las actividades que se van a desarrollar en el ámbito académico”. Para fines de este trabajo se basará en la definición de Barraza (2005), debido al tipo de población a la que se dirige, que es en este caso los estudiantes de nivel medio superior.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Por otro lado, los alumnos se encuentran sometidos a diversas presiones o estresores dentro del ambiente escolar, tales como exámenes, tareas, trabajo, situaciones familiares, desorganización, por mencionar algunos. Barraza (2005) considera que un estresor “indica un estímulo o situación amenazante que desencadena en el sujeto una reacción generalizada e inespecífica (...) estas situaciones pueden causar el cambio o adaptación, son de un espectro enorme” (p. 4). Por lo tanto, los estresores pueden ser las personas alrededor, o bien, algunos sucesos de vida o acontecimientos vitales, pero también pueden provenir de la propia persona como una reacción físico-química o de los propios pensamientos y emociones asociados a ellos, o sea, de la evaluación subjetiva que realiza el propio individuo (Núñez, 2011). Barraza (2005) propone una lista de estresores académicos: Competitividad grupal, sobrecarga de tareas, exceso de responsabilidad, interrupciones del trabajo, ambiente físico desagradable, tiempo limitado para hacer el trabajo, problemas conflictos con los asesores, las evaluaciones, tipo de trabajo que se pide. Sumado a estos en la actualidad la población estudiantil tuvo que enfrentarse a una serie de cambios en diversos sectores: en el ámbito social debido a la pandemia por Covid-19, las actividades que implicaran aglomeración de personas fueron suspendidas, por tanto, muchos adolescentes se vieron privados de actividades a las que normalmente estaban acostumbrados; en el ámbito familiar y tomando en cuenta el tipo de muestra que se utilizara para el estudio, la mayoría de los alumnos provienen de familias de artesanos, de los cuales la mayoría se quedó sin fuente de ingreso económico debido a la suspensión del tianguis artesanal, provocando así preocupación en los alumnos porque no podían estar en sus clases ya que muchos de ellos no contaban con el servicio de internet por falta de pago o varios no podían estar porque tenían que salir a trabajar y poder ayudar a su familia, por tanto de manera directa esto influyó en el aumento de ansiedad y estrés académico.

Habiendo mencionado de manera breve la prevalencia de la ansiedad y el estrés académicos incluyendo también algunas cifras que avalan los datos mencionados, el presente estudio pretende aportar una visión actual del impacto que tuvo el que los alumnos del colegio de bachilleres, plantel Taxco el Viejo recibieran clases virtuales, impacto que se medirá a través de dos variables dependientes ansiedad y estrés académico.



1.5 Viabilidad

Para este estudio la viabilidad es posible, debido principalmente al apoyo otorgado por los directivos académicos del Colegio de Bachilleres plantel Taxco el Viejo, los cuales facilitaran los medios para la aplicación de los instrumentos. Además, se cuenta con los recursos necesarios: la población (alumnos del plantel, que darán su consentimiento para realizar los instrumentos de evaluación) y los instrumentos de evaluación (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) para evaluar ansiedad, y el Test de Vulnerabilidad al Estrés de L.H. Miller y A.D. Smith para evaluar Estrés), cabe mencionar que se hará una prueba piloto antes de la aplicación para evitar que existan alteraciones en los resultados.

1.6 Perspectiva General

El siguiente estudio se realizará desde un enfoque cuantitativo-descriptivo, la ruta cuantitativa se vincula a conteos numéricos y matemáticos (Niglas, 2020). Representa un conjunto de procesos organizado de manera secuencial para comprobar hipótesis.

El enfoque descriptivo por su parte, tiene como finalidad especificar propiedades y características de conceptos, fenómenos, variables o hechos en un contexto determinado, a través de la recolección de datos.

Por tanto, en conjunto el enfoque cuantitativo-descriptivo, nos ayudara al implementarlo en nuestro estudio para recolectar datos a través de instrumentos cuantificables y posteriormente conocer las cifras exactas de adolescentes que sufrieron un aumento en niveles de ansiedad y estrés debido a las clases virtuales durante la pandemia por COVID-19.



1.7 Perspectiva Teórica

Existen diversos enfoques teóricos que abordan los fenómenos de la ansiedad y el estrés, aunque aún existe poca investigación de estos fenómenos en relación a las clases virtuales. En esta investigación se trabajará con los siguientes abordajes:

- Abordaje histórico de la ansiedad
- Abordaje neurobiológico de la ansiedad
- Abordajes teóricos en base a la ansiedad desde el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)
- Técnicas y tratamiento para disminuir los síntomas de los diferentes tipos de ansiedad
- Estrés
- Abordaje histórico del estrés
- Orientaciones teóricas del estrés
- Definición de Estrés académico
- Situación educativa producto de la pandemia
- Retos del aprendizaje virtual en tiempos de pandemia
- Propuesta de estrategias para el afrontamiento del estrés académico
- Estrategias para el estrés académico desde la orientación educativa

1.8 Hipótesis

- Causales

H1. Se tendrán altos niveles de ansiedad y estrés en los alumnos del Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperación Taxco el Viejo; como consecuencia de las clases virtuales.

H2. Se tendrán bajos niveles de ansiedad y estrés en los alumnos del Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperación Taxco el Viejo; como consecuencia de las clases virtuales.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- De comparación

H1. Los niveles de ansiedad y estrés académico más elevados se presentarán más en los alumnos de segundo año que en los de primer año.

H2. Los niveles de ansiedad y estrés académico más elevados se presentarán más en los alumnos de tercer año que en los de segundo año.

H3. Los niveles de ansiedad serán más elevados en mujeres que en hombres.

H4. Los niveles de ansiedad serán más elevados en hombres que en mujeres.

1.9 Definición de términos centrales

Ansiedad:

El origen de la palabra ansiedad proviene del antiguo latín “anxietas” que significa congoja o aflicción y consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y una gran inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que esta última, se funda en valoraciones irreales de la amenaza paralizándolo la conducta de la persona. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de irritabilidad y desasosiego. En otras palabras, la ansiedad como otros procesos psicobiológicos, puede verse como la suma de muchas operaciones mentales (Cía, 2002).

Estrés Académico:

La definición de estrés académico desde el modelo sistémico cognoscitivista Barraza (2006):

El estrés académico es un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta a) cuando el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno son considerados estresores (input); b) cuando estos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio); y c) cuando este desequilibrio obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento (output) para restaurar el equilibrio sistémico.



Clases virtuales:

Las clases virtuales reciben este nombre por el medio de comunicación en el que se imparten, se trata de una plataforma educativa que cuenta con herramientas didácticas y lúdicas atractivas para que los alumnos adquieran diversos conocimientos por este medio de manera asincrónica, es decir, no requiere la presencia del maestro, dando a su vez, una de las grandes ventajas de este modelo el cual convierte al alumno en autodidacta.



MARCO TEÓRICO



II. Marco Teórico

*Enseñar en la era de internet significa que debemos enseñar las habilidades de mañana desde hoy.
–Jennifer Fleming*

CAPÍTULO 1. ANSIEDAD

1.1. Antecedentes históricos de la ansiedad

La ansiedad se remonta a los orígenes de la humanidad. Quizá por ese carácter tan universal como parte de la condición humana, los médicos de la antigüedad la omitían de la lista de enfermedades mentales. Por ejemplo, los griegos de la época clásica contaban con términos para la manía, la melancolía, la histeria y paranoia, sin embargo, no disponían de ningún término para la ansiedad. En la Grecia moderna existía la palabra anesuchia cuyo significado primitivo es sin tranquilidad o sin calma, pero, en la época de Cicerón, los romanos utilizaron la palabra anxietas, que indicaba un estado duradero de medrosidad (Stein y Hollander, 2004).

Resulta fácil entender los orígenes del término moderno, pues la ansiedad se acompaña a menudo de un sentimiento de enclaustramiento, una sensación de opresión en el tórax, que incluso impide la respiración o una sensación de opresión en el abdomen. Tomando en cuenta que para esta investigación se evaluara a adolescentes estudiantes, podrían presentarse otro tipo de síntomas más acordes a la situación, tal vez desanimo, agotamiento, jaqueca o insomnio.

La ansiedad tal como la entendemos, solía unirse al concepto de melancolía en la Época Medieval y en el Renacimiento, no fue sino hasta el siglo XIX, que se tenía la creencia de que la ansiedad constituía el hilo conductor de una amplia gama de afecciones como el mal humor, síntomas obsesivo-compulsivos, desvanecimientos, hipocondría y otros estados afines.

El término de ansiedad, fue inventado en el siglo XVIII por el físico escocés William Cullen para describir una aflicción del sistema nervioso que produce nerviosismo (Shapiro, 1960). La



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

palabra ansiedad, se incorporó al léxico médico de las enfermedades mentales en los albores del siglo XVIII. El uso de dicha expresión, significaba que se establecía una distinción entre las reacciones normales de la gente tras un fracaso sentimental, problemas económicos, etc., y el carácter excesivo de la reacción de otras personas que atravesaban situaciones parecidas (Stein y Hollander, 2004).

Battle (cit. en Stein y Hollander, 2004), propugnaba la idea de que la ansiedad debía entenderse sobre todo con un sentido corporal más que mental, pues representaban un exceso de sensación. Lo cual considero va muy acorde a la investigación que se llevara a cabo; ya que, precisamente se evaluara la relación que tiene la ansiedad y el estrés académico provocado por las clases virtuales que han tenido los estudiantes y según los instrumentos de evaluación que se utilizaran se basa en su detección según varios síntomas físicos; lo que precisamente menciona este autor.

Por otra parte, Vere (cit. en Stein y Hollander, 2004), decía que la ansiedad se podía entender como el resultado de una batalla o conflicto interior entre el orden inferior de los instintos morales. Este orden inferior de los instintos hacía referencia a la preservación y continuación de la existencia.

En los primeros años del siglo XIX, la ansiedad tuvo un cambio dentro del campo de la salud mental, es decir, de la atención a las causas somáticas o a las manifestaciones concomitantes de los trastornos pasó al estudio de las posibles causas psicológicas. En esta época (se prolongó hasta cerca de 1840), se escribieron los primeros esbozos biográficos extensos acerca de la ansiedad como conflictos y problemas psicológicos. Este tipo de influencia no se percibió hasta algún tiempo después, cuando Benjamín Rush escribió un tratado psiquiátrico sobre los trastornos de la ansiedad, los cuales eran de dos tipos de clases: los racionales y los irracionales (Stein y Hollander, 2004).

Landre-Beauvais (cit. en Stein y Hollander, 2004), empleó el término *angoisse* para designar los estados de ansiedad y la definió como cierto malestar, inquietud o agitación excesiva que



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

podía ser acompañada de trastornos agudos o crónicos y expresiones psicológicas o somáticas. Para dicho autor, la ansiedad también era una locura parcial que la persona sufría a causa de la pérdida del control ante sus emociones. Una posible hipótesis de esta investigación es que puede ser que haya un alto nivel de ansiedad y estrés en los alumnos, y algo a tomar en cuenta ahora sería prestar atención a este tipo de síntomas en los alumnos.

Aunque la ansiedad se solía reconocer entonces como una manifestación de trastornos psiquiátricos de gravedad intermedia entre la psicosis y los estados normales, Prichrd (1835, cit. en Stein y Hollander, 2004) no obstante, denunció que la ansiedad y sus trastornos mentales constituyen las causas más comunes de la insania.

Friedrich Beneke (cit. en Stein y Hollander, 2004), señalaba que ciertas ideas o actitudes de la mente se podían simbolizar dentro de reacciones psicósomáticas. De nuevo, el conflicto aparecía como una batalla entre los impulsos irracionales, los deseos y las expectativas más racionales. En cuanto a la idea psicopática, se pensaba que la ansiedad y el pesar intenso podían inducir alteraciones orgánicas. Lo cual es algo que ya es algo que se ha venido hablando hasta aquí y es algo que la mayoría de los autores citados coinciden. Ya que como sabemos todo lo que nos pasa nuestro cuerpo lo manifiesta.

En la segunda mitad del siglo XIX se extendió la idea de que la ansiedad, en sus formas más intensas o persistentes, merecía ocupar un lugar propio dentro de la nosología psiquiátrica, de este modo, la ansiedad se consideraba parte de un proceso triple, que comenzaba por la inquietud, progresaba hasta la ansiedad y podía terminar en la angustia (Stein y Hollander, 2004). Por tanto, en esta investigación y con los instrumentos de evaluación a utilizar, se podría determinar en qué parte del proceso se encuentran los adolescentes alumnos.

Por su parte, Griesinger (cit. en Stein y Hollander, 2004), se daba cuenta de que no todo el comportamiento tenía una determinación consciente y admitía la importancia del temperamento y de la personalidad. Dicho autor, creía que la enfermedad mental provenía de anomalías de las células cerebrales y que los afectos poderosos podían inducir enfermedad mental. También creía



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

que la enfermedad mental devenía por los conflictos internos involucrados en la represión del apetito sexual y que éste actuaba como elemento incitador de la psicosis.

Freud (cit. en Stein y Hollander, 2004), compartía la noción sobre la importancia de la energía: la libido reprimida por los impulsos no satisfechos determinaba una acumulación excesiva de energía en el sistema nervioso, que se manifestaba en forma de ansiedad. Sin embargo, dos décadas más tarde, Freud modificó su teoría y agregó que los síntomas característicos de la ansiedad, indicaban un peligro para el equilibrio y el bienestar.

A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX persistía una tendencia arraigada, según la cual los principales factores etiológicos de la ansiedad tenían un carácter hereditario o exclusivamente biológico.

Hartenberg (1901, cit. en Stein y Hollander, 2004), pupilo de Ribot, señaló que la ansiedad podía ser de carácter hereditario, por aprendizaje, por los defectos sociales o bien, psicológicos.

Para Janet (cit. en Stein y Hollander, 2004) los síntomas ansiosos provenían de un padecimiento psicológico, ya que, para él, los sentimientos eran estados secundarios que guiaban la expresión y la terminación del comportamiento. Su eficacia dependía de la energía y de la capacidad integradora de cada uno. Un defecto de energía o de capacidad integradora explicaba la ausencia de sentimientos y la aparición de comportamientos primitivos. La ansiedad constituía las manifestaciones principales de este fracaso. En su obra Janet hablaba más de las tendencias que de los impulsos, ya que, según Janet, la ansiedad aludía a la tensión psicológica y a la capacidad de una persona para utilizar su energía de forma más o menos intensa.

Con el inicio del siglo XX se empezaron a conocer los correlatos biológicos de la ansiedad y cómo determinadas personas que evitan situaciones peligrosas muestran mayor tendencia temperamental a presentar ansiedad. Quizá los avances psiquiátricos del siglo XXI y asimismo las diversas teorías y prácticas sobre la ansiedad, se integren mejor en un futuro y podamos comprender todo lo que envuelve la ansiedad (Stein y Hollander, 2004).



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

El concepto de ansiedad es fundamental para la psicología puesto que se le ha considerado como la base explicativa para muchas alteraciones emocionales, reconocida hoy en día como una condición básica de la vida moderna (Barrio, 1996). De hecho, creo que hoy en día se habla aún más de personas que padecen ansiedad debido a la pandemia, incluso en México según una encuesta realizada por la Universidad Iberoamericana se obtuvo que el 29% de las personas tuvieron síntomas depresivos y el 32.4% presento síntomas severos de ansiedad. Es decir que 3 de cada 10 mexicanos tuvieron síntomas de ansiedad o depresión debido a la pandemia de Covid-19.

1.1.1 Definición de ansiedad

El origen de la palabra ansiedad proviene del antiguo latín “anxietas” que significa congoja o aflicción y consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y una gran inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que esta última, se funda en valoraciones irreales de la amenaza paralizando la conducta de la persona. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de irritabilidad y desasosiego. En otras palabras, la ansiedad como otros procesos psicobiológicos, puede verse como la suma de muchas operaciones mentales (Cía, 2002).

Es pertinente mencionar, que existen diversas opiniones acerca de los componentes y procesos de la salud mental. En su caso, la ansiedad es un concepto muy cargado de valor y no es probable que se llegue a una definición unánime de ella, sin embargo, personas estudiosas del tema han tratado de ofrecer un esbozo de lo que para ellos es la ansiedad, por ejemplo: Tobal (1985, cit. en Tobal y Cano, 1997) nos proporciona una definición de ansiedad: “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. La respuesta de ansiedad puede ser provocada, tanto por estímulos



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

externos o situacionales, como por estímulos internos, tales como pensamientos, ideas, etc., que son percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes”. En el caso de esta investigación se habla de que esos estímulos que pueden incrementar los niveles de ansiedad son el estrés académico debido a las clases virtuales por pandemia de covid-19, ya que es una manera nueva de trabajar y los alumnos no estaban preparados, y dentro de los pensamientos o ideas como lo menciona el autor, pueden estar el pensar que no están aprendiendo nada, o incluso ideas de desánimo.

Para Mateos y Caballero (1999), la ansiedad se puede definir como un estado displacentero o aversivo que tiene una significación biológica, la cual es la detención rápida de signos incipientes de peligro, lo que posee un valor considerable de supervivencia. Cabe aclarar, que la ansiedad según dichos autores, se encuentra relacionada en cómo el individuo piensa y lleva a cabo sus labores cotidianas, dado que si el individuo tiende a sobre preocuparse lo más probable es que se convierta en un individuo muy ansioso.

En otra línea de investigación, Epstein (1998) afirma que la ansiedad es un estado emocional de miedo no resuelto o de activación alerta, sin una dirección específica.

Para Vallejo y Gastó (2000), la ansiedad es una combinación difusa de emociones, con una estructura cognitivo afectiva orientada hacia el futuro. Sus reacciones emocionales consisten en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo.

Una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria, ya que posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para la propia persona. Esto le confiere un valor funcional significativo, ya que tiene una unidad biológico adaptativa. Para Gándara y Fuentes (1999), la ansiedad puede entenderse de dos maneras: como respuesta normal y necesaria ante lo que se vive y como una respuesta desadaptativa que es cuando la ansiedad paraliza ya a la persona por pensamientos negativos recurrentes. Podemos pensar que en el caso de esta investigación solo observaremos a la ansiedad como una respuesta normal y necesaria ante lo que



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

se vive, ya que es una pandemia por lo tanto están implicados, todos los ámbitos en los que los adolescentes pueden desarrollarse como seres biopsicosociales y al verse modificados todos estos, es de esperarse una respuesta psíquica y física, como lo es la ansiedad.

En otro punto de vista, Bulacio (2004) menciona que la ansiedad es una emoción que surge ante situaciones de amenaza o peligro (miedo, fobia, angustia, tensión, preocupación, entre otras más) y su intensidad difiere de las personas y las capacidades de sobrevivencia con las que cuenta cada uno. En este caso, los alumnos adolescentes del colegio de bachilleres ante la pandemia de covid-19 pudieron experimentar estas emociones: miedo a contagiarse o al contagio de algún familiar o alguien cercano, angustia al no saber cuándo terminaría o que pasaría después, tensión por no poder salir o hacer sus actividades cotidianas como normalmente las hacían, preocupación tal vez por la cuestión económica, ya que la mayoría de las personas de la comunidad de Taxco el Viejo se dedican a la artesanía o al comercio y debido a la pandemia en ambos casos la demanda fue muy baja.

Para Massana y Massana (2005), la ansiedad consiste en preocupaciones y tensiones crónicas aun cuando muchas veces nada importante parece provocarlas. El padecer este trastorno, se traduce en anticipar siempre un desastre, con preocupaciones frecuentes y excesivas por la salud, el dinero, la familia o el trabajo.

Feldman (2002) por su parte, menciona que la ansiedad es un trastorno que comprende una preocupación excesiva e incontrolable sobre dos o más aspectos de la vida de un individuo, provocándole interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente. Como lo es este caso, ya que como lo mencione en la parte de arriba los alumnos recibieron cambios repentinos y drásticos en varios aspectos de su vida, ante los cuales pudo suceder que no sabían cómo reaccionar y por ende esta preocupación excesiva se traduce como ansiedad.

Lang (2002, cit. En Virues, 2005), nos dice que la ansiedad es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Otro pionero del tema, Beck y colegas (1985), refieren que la ansiedad es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas.

Kiriadou y Sutcliffe (1987, cit. en Virues, 2005) hacen mención acerca de la ansiedad y nos dicen que es una respuesta con efectos negativos (tales como la cólera, depresión), acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca, etc.). Para esta investigación los instrumentos de evaluación utilizan premisas como las que mencionan estos autores, síntomas fisiológicos y algunos psicológicos.

Lazarus (1976, cit. en Virues, 2005), expone que la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Además, tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

De este modo, se puede decir que los diversos autores anteriormente expuestos, coinciden en que la ansiedad es una emoción que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Habría que diferenciar entre la ansiedad normal y la patológica, ya que se vuelve anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada para el estímulo desencadenante.

En el individuo, la ansiedad se percibe como un estado de temor o un sentimiento subjetivo de aprehensión, pavor o presentimiento de eventos adversos que puede conceptualizarse como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión conscientemente percibidos y por un aumento de actividad en el sistema nervioso autónomo.

En general se podría decir que la ansiedad es una emoción fundamentalmente humana, reconocida como una condición básica de la vida moderna que tiene una función adaptativa y que todos la hemos experimentado alguna vez y la seguiremos experimentando a través de lo largo de

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

nuestras vidas, aunque habrá situaciones en las que ciertas circunstancias la incrementen más que otras, desarrollando diversas sintomatologías. Y debido a la situación que estamos viviendo actualmente, la ansiedad es un factor que se nota ha incrementado bastante, por eso se pretende medir los niveles de esta, presentados en los alumnos adolescentes del colegio de bachilleres.

1.1.2 Neurobiología de la ansiedad

Existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus.

Para una mejor comprensión sobre las bases neurobiológicas de la ansiedad describiremos las estructuras anatómicas y mecanismos químicos involucrados en la ansiedad.

Estructuras neuroanatomías de la ansiedad

1. La amígdala

Es una estructura idealmente localizada en el lóbulo temporal para coordinar y regular las reacciones de alarma, involucradas en el miedo y la ansiedad. Envía proyecciones a estructuras cortico-subcorticales como la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo acumbens (implicado en el condicionamiento de recompensa), núcleos de la estría terminalis (vía importante del factor liberador de corticotropina asociado al condicionamiento), hipotálamo, tálamo; y, además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales del vago (importante para el control regulatorio cardiovascular), los núcleos parabranciales (regulación de la respiración), el locus ceruleus, núcleos dopaminérgicos A8, A9 y A10 localizados en el área tegmental ventral (importante para el condicionamiento de recompensa). Como se puede deducir, las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales,



autonómicos y musculoesqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo. La amígdala sería también un centro regulador, evaluando los informes exteroceptivos e interoceptivos e iniciando respuestas viscerales y conductuales de alarma (Goddard A., Charney D.). Su función estaría mediada por receptores noradrérgicos, benzodiazepínicos y 5HT-1A.

2. *Locus ceruleus*

Está localizado en el puente cerca del cuarto ventrículo, es el principal núcleo conteniendo norepinefrina en el cerebro y su acción está regulada por receptores GABA-benzodiazepínicos y serotoninérgicos con efecto inhibitorio y por el péptido intestinal vasoactivo (VIP), factor liberador de corticotropina, la sustancia P y acetilcolina, con efecto activador. Recibe información de los sistemas que monitorean el ambiente interno y externo. La información interoceptiva es canalizada a través de varios núcleos del tallo cerebral, como el núcleo paragigante celularis y el núcleo prepositus hipoglosa. La información exteroceptiva ingresa por la corteza insular, orbital e infralímbica (proyecciones glutamatérgicas). El locus ceruleus envía aferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos implicados en el comportamiento del miedo y la ansiedad (Goddard A., Charney D.). Por todo esto se convierte en un centro importantísimo de respuesta ante cambios del medio interno y externo. Se activa por reducción de la presión sanguínea y del volumen sanguíneo, cambios de la termorregulación, hipercapnia, hipoglicemia, distensión de vejiga, estómago y colon, estímulos sensoriales nocivos y por amenaza, lo que lo convierte en un centro de alerta para la supervivencia de los individuos.

3. *Tálamo*

Se localiza en el centro del diencefalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico.



4. Hipotálamo

Es un complejo de núcleos y el segundo componente del diencefalo, localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Está involucrado en la activación simpática (hipotálamo lateral) y de la liberación neuroendocrina y neuropéptica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés.

5. Substancia gris periacueductal

Parece estar ligada a la respuesta al miedo. Un peligro inminente (el ataque de un animal) es transmitido desde la amígdala, desarrollando un comportamiento defensivo a través de la substancia gris periacueductal lateral; mientras que un peligro menor (el animal rondando) provoca un comportamiento de “congelamiento” por la vía de la substancia gris periacueductal ventrolateral (Goddard y Charney).

6. Hipocampo

El sistema hipocampal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla.

7. Corteza orbitofrontal

Esta estructura con la recepción de información sensorial y con sus ricas interacciones recíprocas con las estructuras límbicas juega un papel importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, seleccionando y planeando el comportamiento de respuesta ante una amenaza, así como también monitoreando la efectividad de esas respuestas. La presencia de altas concentraciones de receptores 5HT-2 en esta región plantea la posibilidad de su involucramiento en la interpretación del material emocional.



Tabla 1.

ESTRUCTURAS NEUROATÓMICAS QUE PARTICIPAN EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

-
1. Amígdala
 2. Locus Ceruleus
 3. Tálamo
 4. Hipotálamo
 5. Sustancia gris periacueductal
 6. Hipocampo
 7. Corteza orbi-frontal
-

Fuente: Américo Reyes-Ticas J. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf> (13)

Modelo neuroanatómico de la ansiedad

En la ansiedad participan estructuras cortico subcorticales (cuadro 1) de la siguiente manera: La entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. Su conexión con distintas estructuras dar lugar a las siguientes reacciones:

1. Con el striatum hay una activación motoresquelética para "huir o atacar".
2. Con el núcleo parabranchial se aumenta la frecuencia respiratoria.
3. Con el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.
4. Con el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Su conexión con el núcleo paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

5. Con la región gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.
6. Con el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales.
7. Con el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad (Goddard y Charney).

Mecanismos neurobiológicos involucrados en los trastornos de ansiedad

A. Hiperactividad adrenérgica

1. Numerosos estudios avalan el protagonismo del sistema noradrenérgico en la neurobiología de la ansiedad:
2. La estimulación eléctrica del locus ceruleus en el mono provoca reacción de miedo similar a la que tiene lugar durante la exposición a la amenaza real en el hábitat natural.
3. Niveles altos de noradrenalina, adrenalina y sus metabolitos se han encontrados en sujetos sanos luego de un estrés emocional. Los síndromes de abstinencia de opiáceos y alcohol, así como la abrupta suspensión de antidepresivos se asocian a sintomatología ansiosa intensa y aumento del metohidroxifenilglicol (MHPG) en el líquido cefalorraquídeo y en la orina.
4. La yohimbina es una droga que bloquea los alfa-2 adrenerreceptores presinápticos lo que produce un aumento en la liberación de noradrenalina. Si la yohimbina se administra a pacientes con trastornos por pánico les causa ataques de pánico, a la vez que les produce elevación de la presión arterial, taquicardia y aumento de los niveles de MHPG y cortisol. Por otro lado, la clonidina un agonista alfa-2 adrenérgico, reduce la actividad del locus ceruleus y es capaz de bloquear los ataques de pánico en pacientes con trastorno por pánico. Ambos hechos evidencian una anormalidad adrenérgica en la etiología del trastorno por pánico.
5. En la fobia social se encuentra una hipersensibilidad de los receptores beta-adrenérgicos. Los síntomas de ansiedad que se presentan en este trastorno incluyen sudoración, enrojecimiento de la cara y temblor, que están mediados por la activación de de receptores beta-adrenérgicos



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- periféricos. El uso de beta-bloqueadores ayuda al control de estos síntomas (Shiloh, Nutt, Weizman).
6. El isoproterenol, un selectivo agonista beta-adrenérgico cerebral, provoca ataques de pánico en pacientes que adolecen de trastorno por pánico. Fármacos inhibidores de la recaptura de serotonina tienen efecto panicolítico demostrado y su mecanismo sería a través de provocar una "down regulation" de los receptores beta-adrenérgicos (Shiloh, Nutt, Weizman)
 7. Animales expuestos a estrés severo en lo que se ha llamado "modelo de estrés inescapable" (perros sometidos a shock eléctricos manteniéndose sujetos sin oportunidad de escapar, al dejarlos libres, recibiendo nuevas cargas eléctricas, los animales no intentan escaparse) provoca masiva liberación de noradrenalina en el locus ceruleus y amígdala, que puede ser prevenida con el uso de clonidina, etanol, opiáceos y benzodiazepinas. Este modelo ha dado muchas luces en el estudio de pacientes con trastorno de estrés postraumático, quienes presentan sintomatología ansiosa severa, aprendizaje de comportamientos maladaptativo y la preferencia de estos pacientes a abusar precisamente de las sustancias antes mencionadas.
 8. Hipersensibilidad de quimiorreceptores. El hecho que el lactato provoque en el trastorno por pánico una exagerada respuesta de ansiedad y no así en la fobia social y que el CO₂ induzca ataques de pánico en los dos trastornos, pero con menor intensidad y frecuencia en la fobia social, plantea la posibilidad de una hipersensibilización diferente de los quimiorreceptores para ambas enfermedades, que provocaría una hiperactivación de locus ceruleus (Shiloh, Nutt, Weizman).

B. Hiposensibilidad de los receptores gababenzodicepinicos

Hay dos tipos de receptores GABA, el A y el B. El GABA-A es un complejo receptor macromolecular postsináptico que incluye un canal de cloro y funcionalmente asociado a receptores benzodiazepínicos. Abundan en el sistema límbico, cerebelo, striatum y corteza. Cuando el receptor GABA-A es activado se incrementa el flujo de cloro, disminuyendo la excitabilidad neuronal y finalmente provocando una acción inhibitoria. El receptor GABA-B es



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

presináptico y al ser estimulado inhibe la liberación de GABA y algunos aminoácidos excitatorios.

Las benzodiazepinas y el etanol, con demostrado efecto ansiolítico, se unen al receptor benzodiazepínicos, el cual está localizado en la subunidad alfa del receptor GABA-A. El ácido valproico, es un fármaco GABAérgico que ha demostrado efectividad en el manejo de los trastornos por pánico.

En los pacientes con trastorno por pánico presentan ataques de pánico al administrarle flumazenil, un antagonista de los receptores benzodiazepínicos; a la vez, estos pacientes son menos sensibles al diazepam, sugiriendo una hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodiazepínicos a nivel del locus ceruleus (Shiloh, Nutt, Weizman).

C. Disfunción serotoninérgica

Existen muchas investigaciones que comprueban la participación de la serotonina en la génesis de los trastornos de ansiedad, especialmente en los trastornos por pánico, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo y la más clara evidencia es la efectividad terapéutica de los inhibidores de la recaptura de serotonina en estos trastornos.

Aunque la serotonina ciertamente juega un papel importante en la ansiedad, en este momento es difícil especificar si el problema es un déficit o un exceso de este neurotransmisor o se trata de una alteración en la sensibilidad de los múltiples receptores serotoninérgicos pre y postsinápticos (5HT 1A, 2A, 2C, 1D vinculados con la ansiedad), que al estar ubicados en distintas regiones del cerebro daría lugar a una variedad de alteraciones. En seguida damos a conocer las investigaciones que al respecto se han hecho y los posibles mecanismos neuroquímicos involucrados en la producción de los trastornos de ansiedad.



1. *Hiperactividad serotoninérgica*

a) Hipersensibilidad de los receptores 5HT. Sustancias como la fenfluramina, agonista serotoninérgico y la m-clorophenilpiperazina (m-CPP), un agente liberador de serotonina, provocan ansiedad en pacientes con trastorno por pánico. En este trastorno se piensa que existe una hipersensibilidad de los receptores 5-HT_{1D}, que tienen efecto inhibitorio de las neuronas GABAérgica y consecuentemente estimula la actividad de locus ceruleus. Sin embargo, investigaciones realizadas en la fobia social, utilizando la fenfluramina y la m-CPP se demuestran más bien una hipersensibilidad de los receptores 5HT-2 y no de los 5-HT-1. Al administrarse fenfluramina y m-CPP en pacientes con fobia social se provoca ansiedad, pero no se afecta la liberación de prolactina, que está bajo la responsabilidad de los receptores 5HT-1. Estas variantes podrían ser explicadas a la luz de diferencias de los subtipos de los receptores serotoninérgicos (ej. 5HT-1A, 5HT-1B, 5HT-1D, 5HT-2A, 5HT-2C, etc.) (Shiloh, Nutt, Weizman).

Algunas investigaciones sugieren que en el trastorno de ansiedad generalizada existe una hipersensibilidad de los receptores 5HT-2A y 5HT-2C, ya que antagonistas de los primeros como la amitriptilina y la clomipramina y desensibilizadores de los segundos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y los inhibidores de la MAO, utilizados a largo plazo, tienen efectos ansiolíticos (Nutt, Argyropoulos).

b) Hiperactividad serotoninérgica en la corteza prefrontal. En los pacientes con ansiedad se sospecha también una "down regulation" de los receptores presinápticos 5-HT_{1A} de la corteza prefrontal, que provocaría un aumento en la liberación de serotonina que induce un efecto inhibitorio sobre las proyecciones GABAérgicas que va de la corteza al locus ceruleus, provocando un "encendido" de éste. El uso a largo plazo de un ansiolítico como la buspirona, un parcial agonista de los receptores pre y postsinápticos de 5-HT_{1A}, produce una "up regulation" presináptico produciendo una disminución de la liberación de serotonina en el espacio intersináptico y también porque parcialmente inhibe la unión de la serotonina a su receptor post- sináptico. Cuando referimos que la buspirona es un agonista parcial queremos decir que tiene cierta actividad agonista, pero menos eficaz que el ligando estimulante natural, en este caso la serotonina. La buspirona al ocupar el receptor postsináptico desplaza o inhibe la unión de la 5-HT con los receptores, disminuyendo la estimulación. En consecuencia, la



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

buspirona, al disminuir la actividad serotoninérgica hace que se libere GABA y por lo tanto inhiba al locus ceruleus (Shiloh, Nutt, Weizman).

2. Hipoactividad serotoninérgica

Existe una proyección de neuronas serotoninérgicas del rafe al locus ceruleus, que ejercen sobre él un efecto inhibitorio (Antón-Dones y col.). Una anormal disminución de la actividad serotoninérgica daría lugar a una activación del locus ceruleus y por ende a la producción de síntomas de ansiedad. Se ha demostrado también una disminución de los niveles de serotonina en el plasma y en líquido cefalorraquídeo en trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada (Ayuso) y fármacos que aumentan la serotonina como los IRSS son efectivos en la mayoría de trastornos de ansiedad.

3. La serotonina con efecto ansiogénico y ansiolítico

Graeff y colaboradores han propuesto que existen al menos dos distintas vías involucradas en la ansiedad, que tienen efectos opuestos. Una, es la vía ascendente que va de los núcleos dorsales del rafe a la amígdala y la corteza prefrontal que provoca el miedo condicionado y la otras que va de los núcleos dorsales del rafe a la sustancia periacueductal que inhibe el miedo no condicionado. En la primera, una hiperactividad serotoninérgica sería responsable de la fobia social y un déficit en la segunda, del trastorno por pánico. En la primera la serotonina es ansiogénica y en la segunda ansiolítica. El efecto final de los inhibidores de la recaptura de serotonina dependería entonces de la relativa importancia de cada vía en la etiología de los trastornos de ansiedad (Shiloh, Nutt, Weizman).

4. Desbalance serotonina/dopamina

En condiciones normales la serotonina estimula los heterorreceptores 5-HT_{1D}, 5HT_{2A}, 5HT_{2C} localizado en las fibras nerviosas dopaminérgicas, con la consecuente inhibición de la



liberación de dopamina del botón presináptico hacia el espacio intersináptico. Se asume un estado de hiposerotoninergia en el trastorno

obsesivo-compulsivo que provoca un aumento de dopamina en el espacio intersináptico en la conexión de las fibras de los núcleos del rafe a las fibras dopaminérgicas de la sustancia negra (con sus conexiones de ganglios basales) que da lugar a los síntomas compulsivos, y que por su vinculación con la corteza prefrontal, a través del cíngulo, produce los síntomas obsesivos (Shiloh, Nutt, Weizman).

D. Disfunción dopaminérgica

Existen evidencias indirectas de que en la fobia social hay una disminuida actividad de dopamina:

1. Efectividad de fármacos dopaminérgicos como el bupropión en su tratamiento.
2. Desarrollo de síntomas de ansiedad social después de tratamiento con agentes bloqueadores de dopamina.
3. Mayor frecuencia de trastornos de fobia social en la enfermedad de Parkinson.
4. Baja actividad dopaminérgica en ratones "tímidos" (Shiloh, Nutt, Weizman).

E. Disfunción del factor liberador de corticotropina

El factor liberador de corticotropina (CRF) se encuentra distribuido en amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, cíngulo, locus ceruleus, tálamo, sustancia periacueductal y cerebelo, todas ellas implicadas en el estrés. La inyección intravenosa de CRF provoca ansiedad y aumenta la actividad del locus ceruleus. La inyección de CRF en la amígdala produce miedo intenso. La administración de CRF aumenta la actividad noradrenérgica y viceversa. Estos hallazgos son indicativos de la participación del CRF en los trastornos de ansiedad.



F. Hipersensibilidad de los receptores de la colecistoquinina

Este neurotransmisor interactúa extensamente con los sistemas GABAérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos y se piensa que juega un rol de modulación en la ansiedad. Inyecciones de pentagastrina, un agonista del receptor de colecistoquinina de tipo B, en pacientes sufriendo de ansiedad generalizada induce ataques de pánico, mayor que los controles sanos, pero menor que en pacientes con trastorno por pánico (Nutt, Argyropoulos, Forshall).

Tabla 2

MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. HIPERACTIVIDAD ADRENERGICA

- a. Aumento de la liberación de noradrenalina por el locus cerúleus
- b. Hipersensibilidad de los receptores B-adrenérgicos
- c. Hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodiazepínicos
- d. Hipersensibilidad de quimiorreceptores del lactato y del CO₂

2. DISFUNCION SEROTONINERGICA

- a. Hipersensibilidad de los receptores 5HT del locus cerúleus
- b. “Down regulation” de los receptores 5HT₁ presinápticos de la corteza prefrontal
- c. Hiperactividad serotoninérgica: de la vía rafe-amígdala-corteza prefrontal
- d. Hipoactividad serotoninérgica: vía rafe-sustancia gris periacueductal
- e. Disminución de los niveles de serotonina en LCR

3. DISFUNCION DOPAMINENERGICA

- a. Hiperactividad dopaminérgica a través de una hiposerotoninergia en la vía rafe-sustancia gris en los trastornos obsesivos compulsivos
- b. Hipoactividad dopaminérgica (evidencias indirectas) en la fobia social

4. HIPERACTIVIDAD DEL FCR

5. HIPERSENSIBILIDAD DE LOS RECEPTORES DE COLECISTOQUININA

Fuente: Américo Reyes-Ticas J. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf> (28)



1.1.3 Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

Factores biológicos

Predisposición genética

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno.

Factores psicosociales

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.



Factores traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

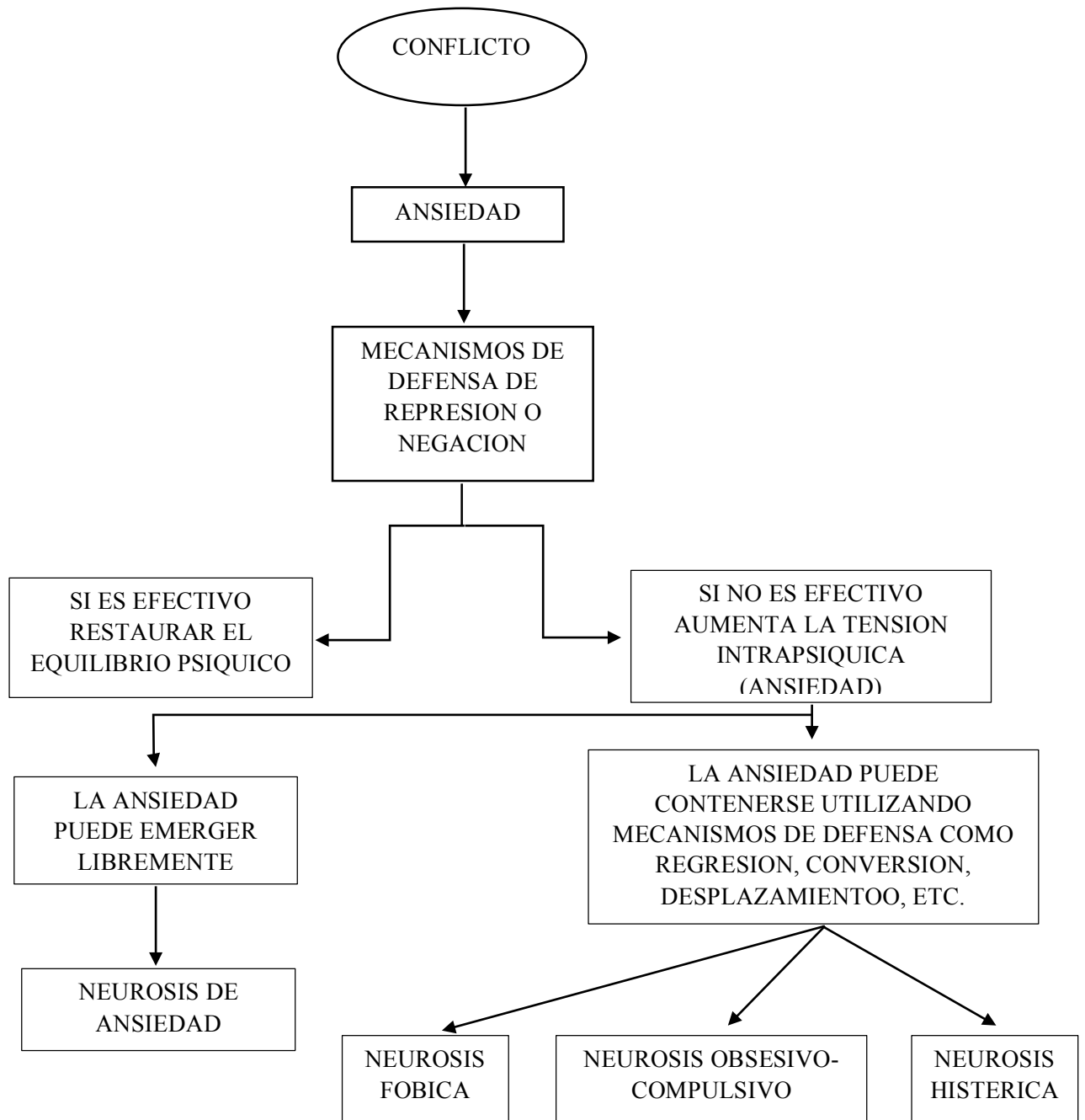
Factores psicodinámicos

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativo, fóbicos, y obsesivo compulsivos (Kaplan).

Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia (Vásquez-Barquero).

Figura 1.

ESQUEMA PSICODINAMICO DE LA NEUROSIS DE LA ANSIEDAD





Factores cognitivos y conductuales

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. En un caso concreto tenemos a una niña que con frecuencia observa a su madre que experimenta miedo subirse al ascensor (a raíz de haberse quedado encerrada al faltar el fluido eléctrico) y prefiere utilizar las gradas, aprende a tener fobia a los ascensores (Vásquez-Barquero).

Tabla 3.

FACTORES NO BIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

-
1. Estresores psicosociales
 2. Acontecimientos traumáticos extraordinarios
 3. Conflictos intrapsíquicos
 4. Patrones cognitivos negativos
 5. Condicionamiento
-

Fuente: Américo Reyes-Ticas J. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf> (32)

1.1.4 Prevalencia de los trastornos de ansiedad

Los trastornos por ansiedad ocupan el primer lugar en la prevalencia de las enfermedades mentales con un 17%, y el riesgo a tenerlos en cualquier momento de la vida aumenta a un 25%, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres en una proporción de 2:1 (Kessler). Del 5 al 12% de los pacientes atendidos en atención primaria (Kessler) y entre 25 a 40% de los pacientes hospitalizados (Costa Silva) tienen algún tipo de trastorno de ansiedad.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

En relación al trastorno de estrés postraumático, en poblaciones de riesgo se encuentra una prevalencia entre un 3 a un 58% (DSM-IV). En el caso de trastorno de estrés agudo no se tienen estadísticas y lo referente al trastorno de adaptación de tipo ansioso se sabe que corresponde al 13.5% del total de trastornos psiquiátricos atendidos en atención primaria (Vázquez-Barquero).

En Honduras la prevalencia de trastornos de ansiedad en 33 comunidades es la siguiente: Agorafobia 6.7%, fobia social 6%, ansiedad generalizada 4.1%, trastorno de estrés postraumático 2.7%, trastorno obsesivo compulsivo 2.2 % y trastorno por pánico 1.1% (Reyes-Ticas y col. 2001).

Tabla 4.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA POBLACIÓN GENERAL (DSM-IV)

	GLOBAL (%)	ANUAL (%)
Trastorno de pánico	1.5 – 3.5	1 - 2
Trastorno de agorafobia	0.6	
Trastorno fóbico específico	10 – 11.3	9
Trastorno de fobia social	3 – 13	
Trastorno obsesivo compulsivo	2.5	
Trastorno de estrés postraumático	1 – 14	
Trastorno de ansiedad generalizada	5	3

Fuente: Vázquez – Baquero (1998)

1.1.5 Reconocimiento y evaluación del paciente con ansiedad

¿CUAL ES LA CLAVE PARA RECONOCER LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD?

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Para poder reconocer los trastornos de ansiedad es menester que el profesional de salud considere los siguientes aspectos:

1. Que los tenga presente ya que son muy frecuentes en atención primaria: al menos uno de cada diez pacientes que asisten a consulta médica tienen un algún tipo de trastorno de ansiedad.
2. Que la queja más frecuente de presentarse un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo, es el síntoma dolor, especialmente el de espalda, rodillas, cadera, de cabeza, abdominal y torácico.
3. Que los síndromes funcionales (ej. Colon irritable, fibromiálgias, dispepsias, fatiga crónica) tienen más probabilidad de tener subyacente un trastorno ansioso o depresivo.

¿CUALES SON LAS FORMAS CLINICAS MAS FRECUENTE COMO SE PRESENTAN AL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA LOS PACIENTES CON ANSIEDAD?

Las quejas con que suelen consultar con más frecuencia son las somáticas:

- Dolor de cabeza de predominio occipital y dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo.
- Molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia.
- Molestias digestivas: Sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Mareos.
- Sudoración.

También pueden presentar las siguientes quejas psíquicas:

- Preocupación excesiva.
- Dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos.
- Irritabilidad.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- Temor a que algo grave esté por sucederle (enfermarse, morir, enloquecerse o perder el control).
- Nerviosismo, sobresaltos.

Tabla 5.

MOLESTIAS SOMÁTICAS FRECUENTES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

-
1. Cefalea
 2. Dolor y tensión muscular difusa
 3. Molestias torácicas
 4. Molestias digestivas
 5. Dificultad para conciliar el sueño
 6. Mareos
 7. Sudoración
-

Fuente: Américo Reyes-Ticas J. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf> (36)

Tabla 6.

QUEJAS PSÍQUICAS FRECUENTES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

-
1. Preocupación excesiva
 2. Dificultad para concentrarse
 3. Olvidos
 4. Sensación de que algo grave pueda sucederle
 5. Nerviosismo
 6. Irritabilidad
 7. Sobresaltos
-

Fuente: Américo Reyes-Ticas J. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf> (32)



1.2 Clasificación de los trastornos de ansiedad según el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El *miedo* es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la *ansiedad* es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces; el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas. Las crisis de pánico (panic attacks) se presentan principalmente con los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Las crisis de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden ser observadas en otros trastornos mentales. Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). Sin embargo, este criterio temporal pretende servir de guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad y pudiendo ser la duración más corta en los niños (como en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo). Puesto que los sujetos con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta factores de contexto cultural. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más



frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1). Cada trastorno de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental.

1.2.1 Trastorno de ansiedad por separación

Criterios diagnósticos

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al, menos tres de las siguientes circunstancias:

2. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
4. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura o de gran apego.
5. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar; por miedo a la separación.
6. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
7. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
8. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
9. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
- C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado (Criterio A). La ansiedad es superior a la que se espera en los sujetos con el mismo nivel de desarrollo. Los sujetos con trastorno de ansiedad por separación tienen síntomas que cumplen al menos 3 de los siguientes criterios: experimentan un malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las figuras de mayor apego (Criterio A1). Se preocupan por el bienestar o la muerte de las personas por las que sienten apego, sobre todo cuando se separan de ellas, y sienten necesidad de conocer el paradero de las figuras de mayor apego y deseo de estar en contacto con ellas (Criterio A2). Asimismo, también se muestran preocupados por los acontecimientos adversos que puedan sucederles a ellos mismos, como miedo a perderse, a ser secuestrados o a sufrir un accidente, y les impidan reunirse de nuevo con las figuras de apego (Criterio A3). Los sujetos con ansiedad por separación se muestran reacios o rechazan irse solos debido a su temor ante la separación (Criterio A4). Muestran una excesiva y persistente negación o rechazo a estar solos o sin una figura de apego en casa o en otros lugares. Los niños con trastorno de ansiedad por separación son a veces incapaces de permanecer en una habitación solos y pueden manifestar comportamientos de "aferramiento", situándose muy cerca del padre o la madre y convirtiéndose en su "sombra" por toda la casa, o requiriendo que alguien esté con ellos cuando van a otras

“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

habitaciones (Criterio A5). Suelen rechazar o negarse a ir a dormir sin que esté cerca una figura de mayor apego, o a dormir fuera de casa (Criterio A6). Los niños con este trastorno suelen tener problemas llegada la hora de acostarse y pueden insistir en que alguien permanezca con ellos hasta conciliar el sueño. Durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres (o a la de otra persona vinculante, como un hermano). Los niños pueden ser reacios o negarse a acudir a campamentos, a dormir en casas de amigos o a irse a hacer recados. Los adultos pueden sentirse incómodos al viajar solos (p. ej., al dormir en una habitación de hotel). Los individuos pueden tener pesadillas repetidas cuyo contenido expresa sus propios temores (p. ej., destrucción de la familia por un incendio, asesinato u o catástrofe) (Criterio A7). Los síntomas físicos (tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos) son comunes en los niños cuando ocurre o se prevé la separación. Los niños más pequeños pocas veces manifiestan síntomas cardiovasculares como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo, síntomas que sí pueden observarse en los sujetos de más edad. Esta alteración suele mantenerse durante un período de al menos 4 semanas en los niños y adolescentes menores de 18 años, y normalmente dura 6 meses o más en los adultos (Criterio B). Sin embargo, el criterio de la duración debe emplearse en los adultos a título orientativo, permitiendo cierto grado de flexibilidad. La alteración debe producir un malestar clínicamente significativo o deterioro del rendimiento social, académico, laboral o de otros ámbitos importantes (Criterio C).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Al alejarse del hogar o de las personas de gran apego, los niños con trastorno de ansiedad por separación pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para; concentrarse en el trabajo o en el juego. En función de su edad, los individuos pueden experimentar miedo hacia los animales, los monstruos, la oscuridad, los fantasmas, los ladrones, los secuestradores, los accidentes de automóvil, los viajes en avión y otras situaciones que se perciban como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos. Algunos individuos se sienten incómodos y melancólicos, incluso tristes, cuando están fuera de casa. El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede dar lugar a una negativa a ir al colegio, lo que puede originar problemas académicos y de evitación social. Cuando están muy alterados ante la



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

perspectiva de una separación, los niños pueden mostrarse coléricos y, ocasionalmente, pueden golpear a quien les esté forzando a dicha separación. Cuando están solos, especialmente por la noche, los niños de menor edad pueden experimentar percepciones inusuales (p. ej., ver personas que dan vueltas por su habitación o criaturas monstruosas que intentan cogerlos, sentir que unos ojos los miran atentamente). Los niños con este trastorno suelen describirse como exigentes, intrusivos y con necesidad de atención constante. Las excesivas peticiones del niño suelen producir frecuentes frustraciones en sus padres, dando lugar a resentimiento y conflictos en la familia.

Prevalencia

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad por separación entre los adultos de Estados Unidos es del 0,9 al 1,9 %. En los niños, la prevalencia en un período de entre 6 y 12 meses es del 4 %, En los adolescentes de Estados Unidos, la prevalencia anual es del 1,6%. La prevalencia del trastorno de ansiedad por separación disminuye desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta, y es el trastorno de ansiedad más prevalente en los niños menores de 12 años. En las poblaciones clínicas de niños, el trastorno tiene la misma frecuencia en los varones y en las mujeres. En la población general, % es más frecuente en las mujeres.

Desarrollo y curso

Los períodos de ansiedad elevada por la separación de las figuras de apego forman parte normal del desarrollo temprano y pueden indicar el desarrollo de relaciones de apego seguras (p. ej., en torno al primer año de edad, los niños pueden sufrir ansiedad ante los extraños). El inicio puede producirse precozmente, en la edad preescolar, pero también es posible en cualquier momento antes de los 18 años; sin embargo, no es frecuente el inicio en plena adolescencia. Típicamente hay períodos de exacerbación y de remisión. Tanto la ansiedad por una posible separación como la evitación de situaciones que impliquen separación (p. ej., ir a la universidad) pueden persistir durante varios años. Sin embargo, la mayoría de los niños con trastorno de ansiedad por separación no padecerá trastornos de ansiedad deteriorantes a lo largo de la vida. Muchos adultos con trastorno de ansiedad por separación no recuerdan que éste empezara en la



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

infancia, aunque es posible que recuerden síntomas. Las manifestaciones del trastorno de ansiedad por separación varían con la edad. Los niños más pequeños pueden ser más reacios a ir a la escuela o pueden eludirla por completo. Es posible que los niños más pequeños no expresen miedos específicos en relación con amenazas concretas para sus padres, su hogar o ellos mismos, y que la ansiedad solo se manifieste cuando se experimenta la separación. A medida que los niños se hacen mayores, las preocupaciones o miedos suelen especificarse (p.ej., secuestro, asesinato). Los adultos con este trastorno están demasiado preocupados por sus hijos y conyugues, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos. También pueden experimentar una alteración significativa en el ámbito laboral o en los acontecimientos sociales por la necesidad de comprobar de forma continua el paradero de un ser querido.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El trastorno de ansiedad por separación se desarrolla con frecuencia después de un estrés vital, en especial de una pérdida (p. ej., la muerte de una mascota familiar, una enfermedad propia o de un familiar, un cambio de colegio, el divorcio parental, una mudanza a un nuevo entorno, inmigración y una catástrofe que suponga periodos de separación de las figuras de apego). En los adultos jóvenes, otros ejemplos de estrés vital son dejar la casa de los padres, entablar una relación sentimental y convertirse en padre. La sobreprotección parental y el intrusismo pueden estar asociados con el trastorno de ansiedad por separación.

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede ser hereditario.

La heredabilidad estimada es del 73% en una muestra comunitaria de gemelos de 6 años de edad, con cifras más altas en las niñas. Los niños con trastorno de ansiedad por separación muestran un particular aumento de la sensibilidad a la estimulación respiratoria mediante aire enriquecido con CO₂.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

El grado en que sería deseable tolerar la separación varía de unas culturas a otras, por lo que en algunas de ellas se evitan las ocasiones y exigencias de separación entre padres e hijos. Por ejemplo, la edad a la que se espera que la descendencia abandone el hogar familiar varía ampliamente entre los distintos países y culturas. Es importante distinguir el trastorno de ansiedad por separación del elevado valor que algunas culturas conceden a la fuerte interdependencia entre familiares.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las niñas manifiestan una mayor reticencia o evitación a asistir a la escuela que los niños. La expresión indirecta del miedo a la separación puede ser más común en los varones que en las mujeres, por ejemplo, a través de una limitación en el funcionamiento independiente, rechazo a estar fuera de casa solo, angustia cuando el cónyuge o los hijos hacen cosas de forma independiente, o cuando el contacto con el cónyuge o los hijos no es posible.

Riesgo de suicidio

El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede estar asociado con un riesgo mayor de suicidio. En la población general, la presencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o de uso de sustancias se ha asociado a ideas e intentos de suicidio. Sin embargo, esta asociación no es específica para el trastorno de ansiedad por separación y aparece en varios trastornos de ansiedad.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad por separación

Los sujetos con trastorno de ansiedad por separación a menudo limitan sus actividades independientes lejos del hogar o de las personas por las que sienten apego (p. ej., los niños evitan ir a la escuela, no acuden a los campamentos, tienen dificultad para dormir solos; los adolescentes no van a la facultad; los adultos no abandonan el domicilio familiar, no viajan y no trabajan fuera de casa).

Diagnóstico diferencial

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



Trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad por separación se distingue del trastorno de ansiedad generalizada en que la ansiedad se refiere predominantemente a la separación con respecto al hogar y a las personas vinculadas.

Trastorno de pánico. Las amenazas de separación pueden conducir a la ansiedad extrema e incluso a crisis de pánico. A diferencia de lo que sucede en el trastorno de pánico, la ansiedad se refiere a la separación con respecto a las personas vinculadas o al hogar, más que a resultar incapacitado por una crisis de pánico inesperada.

Agorafobia. A diferencia de los individuos con agorafobia las personas con trastorno de ansiedad por separación no están preocupadas por quedarse atrapadas o incapacitadas en situaciones de la que perciben que es difícil escapar en caso de presentar síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes.

Trastornos de conducta. La evasión escolar ("hacer novillos") es común en los trastornos de conducta, pero en este caso la ansiedad de separación no es la responsable del absentismo escolar y el niño acostumbra a estar más fuera que dentro de casa.

Trastorno de ansiedad social. Algunos casos de negativa a ir a la escuela pueden ser debidos a un trastorno de ansiedad social (fobia social). En tales casos, la evitación de la escuela se debe al miedo; a ser juzgado negativamente por los demás y no a separarse de las figuras de apego.

Trastorno de estrés postraumático. El miedo a la separación de los seres queridos es común después de eventos traumáticos como los desastres, en particular cuando los periodos de separación de los seres queridos se vivieron durante el evento traumático. En el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los síntomas centrales giran en torno a las intrusiones y a la evitación de los recuerdos asociados al propio evento traumático, mientras que en el trastorno de ansiedad por separación las preocupaciones y evitaciones se centran en torno al bienestar de apego y a la separación de ellas.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Los individuos con trastorno de ansiedad por enfermedad muestran preocupación por si padecen ciertas enfermedades, pero la principal preocupación es el diagnostico medico en sí mismo y no separarse de las figuras de apego.

Duelo. El duelo cursa con intenso anhelo o deseo de la persona fallecida, desconsuelo intenso y dolor emocional; la preocupación por el fallecido o las circunstancias de la muerte son respuestas



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

que se espera que aparezcan en el duelo, mientras que el miedo a la separación de las personas por las que siente apego sería el centro en el trastorno de ansiedad por separación.

Trastornos depresivos y bipolares. Estos trastornos pueden estar asociados con una renuncia a salir de casa, pero la preocupación principal no es el temor o el miedo a los acontecimientos adversos que sucedan a las figuras de apego, sino más bien una baja motivación para involucrarse con el mundo exterior. Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden deprimirse en el momento en que se las separa o al anticiparse a la separación.

Trastorno negativista desafiante. Los niños y los adolescentes con trastorno de ansiedad por separación pueden mostrar oposición cuando se les fuerza a separarse de las figuras de apego. El trastorno negativista desafiante solo se debería considerar cuando el comportamiento oposicionista es persistente y no está relacionado con la separación, real o prevista, de las figuras de apego.

Trastornos psicóticos. A diferencia de las alucinaciones observadas en los trastornos psicóticos, las experiencias perceptivas inusuales del trastorno de ansiedad por separación, que suelen basarse en la percepción errónea de un estímulo real, solo suceden en determinadas situaciones (p. ej., por la noche) y son reversibles ante la presencia de una persona de apego.

Trastornos de la personalidad. El trastorno de la personalidad dependiente se caracteriza por una indiscriminada tendencia a confiar en los demás, mientras que el trastorno de ansiedad por separación implica una preocupación sobre la cercanía y la seguridad de las principales figuras de apego. El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por miedo al abandono de los seres queridos, pero los problemas de identidad, de autocontrol, de funcionamiento interpersonal y de impulsividad son, además, fundamentales en este trastorno, mientras que no lo son en el trastorno de ansiedad por separación.

Comorbilidad

En los niños, el trastorno de ansiedad por separación es muy comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica. En los adultos, las dolencias comórbidas comunes son la fobia específica, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, la agorafobia, el trastorno obsesivo-



compulsivo y los trastornos de personalidad. Los trastornos depresivos y bipolares son también comórbidos con el trastorno de ansiedad por separación en los adultos.

1.2.2 Mutismo selectivo

Criterios diagnósticos

- A. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere en los logros educativos, o laborales, o en la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, ni a esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Características diagnósticas

Los niños con mutismo selectivo, cuando se encuentran con otros sujetos en las interacciones sociales, no inician el diálogo o no responden recíprocamente cuando hablan con los demás. La falta de discurso se produce en las interacciones sociales con niños o adultos. Los niños con mutismo selectivo hablan en su casa en presencia de sus familiares inmediatos, pero a menudo no hablan ni siquiera ante sus amigos más cercanos o familiares de segundo grado, como abuelos o primos. El trastorno suele estar marcado por una elevada ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo a menudo se niegan a hablar en la escuela, lo que puede implicar deterioro académico o educativo, ya que a menudo a los maestros les resulta difícil evaluar sus habilidades, como la lectura. La falta de expresión puede interferir en la comunicación social, aunque los niños con este trastorno a veces usan medios no verbales (p. ej., gruñen, señalan, escriben) para



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

comunicarse y pueden estar dispuestos o deseosos de realizar o participar en encuentros sociales cuando no necesitan hablar (p. ej., las partes no verbales de los juegos en el colegio).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las características asociadas al mutismo selectivo son: timidez excesiva, miedo a la humillación social, aislamiento y retraimiento social, "pegarse" a otros, rasgos compulsivos, negativismo y pataletas o comportamiento controlador o negativista, en especial en casa. Aunque los niños con este trastorno suelen poseer unas habilidades lingüísticas normales, el mutismo puede estar asociado a un trastorno de la comunicación, aunque no se ha identificado ninguna asociación concreta con el trastorno específico de la comunicación. Incluso cuando este trastorno está asociado, también ex ansiedad. En el ámbito clínico, a los niños con mutismo selectivo también se les diagnostica casi siempre algún trastorno de ansiedad (especialmente fobia social).

Prevalencia

El mutismo selectivo es una enfermedad relativamente infrecuente y no ha sido incluido como categoría diagnóstica en los estudios epidemiológicos de prevalencia de las enfermedades de la infancia. La prevalencia puntual, utilizando diversas muestras clínicas, oscila entre el 0,03 y el 1%, dependiendo del tipo de población (p. ej., la clínica frente a la escolar, y ésta frente a la general) y las edades de los sujetos de la muestra. La prevalencia de la enfermedad no parece variar según el género ni la raza o etnia. El trastorno es más probable que se manifieste en los niños pequeños que en los adolescentes y los adultos.

Desarrollo y curso

Habitualmente, el mutismo selectivo se inicia antes de los 5 años de edad, pero el trastorno puede no consultarse hasta haberse realizado el ingreso en la escuela, donde hay un aumento de la

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

interacción social y del desempeño de tareas, tales como la lectura en voz alta. La persistencia del trastorno variable. Aunque los informes clínicos sugieren que muchas personas "superan" el mutismo selectivo, el curso longitudinal de la enfermedad es desconocido. En algunos casos, sobre todo en las personas con trastorno de ansiedad social, el mutismo selectivo podría desaparecer, pero los síntomas del trastorno de ansiedad social permanecerán.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores de riesgo temperamentales para el mutismo selectivo no están bien identificados. La afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual pueden desempeñar su papel, así como historia familiar de timidez, aislamiento social y ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo pueden tener dificultades sutiles del lenguaje receptivo en comparación con sus compañeros, aunque el lenguaje receptivo todavía está dentro del rango normal.

Ambientales. Una inhibición social por parte de los padres puede servir de modelo para el desarrollo de reticencia social y mutismo selectivo en los niños. Por otra parte, los padres de los niños con mutismo selectivo se han descrito como más controladores o protectores que los padres de los niños con otros trastornos de ansiedad o sin estos trastornos.

Factores genéticos y fisiológicos. Debido a la superposición significativa entre el mutismo y el trastorno de ansiedad social, pueden existir factores genéticos compartidos entre las dos afecciones.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los niños de las familias que emigran a un país donde se habla un idioma diferente pueden negarse a hablar el nuevo idioma por falta de conocimiento de la lengua. Si la comprensión de la nueva lengua es adecuada pero la negativa a hablar persiste, se podría justificar un diagnóstico de mutismo selectivo.

Consecuencias funcionales del mutismo selectivo

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



El mutismo selectivo puede dar lugar a un deterioro social, ya que los niños pueden sentirse demasiado ansiosos al participar en la interacción social recíproca con otros niños. A medida que los niños con mutismo selectivo crecen, pueden enfrentarse a un mayor aislamiento social. En el ámbito escolar, estos niños pueden sufrir deterioro académico, ya que muchas veces no se comunican con los maestros con respecto a sus necesidades académicas o personales (p. ej., no entienden una tarea de clase, no preguntan para ir al servicio). Es habitual que se produzca un grave deterioro en la escuela y en el funcionamiento social y que, como resultado, sufran las burlas de sus compañeros. En ciertos casos, el mutismo selectivo puede servir de estrategia compensatoria para disminuir la activación ansiosa en los encuentros sociales.

Diagnostico diferencial

Trastornos de la comunicación. El mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación, como el trastorno del lenguaje, el trastorno fonológico, el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudez), o el trastorno de la comunicación social (pragmático). A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla en estas condiciones no se limita a una situación social específica.

Trastornos del neurodesarrollo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Las personas con un trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico o retraso mental grave pueden experimentar problemas en la comunicación social y ser incapaces de hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por el contrario, el mutismo selectivo solo debe diagnosticarse en un niño que tenga una capacidad demostrada para hablar en algunas situaciones Sociales (p. ej., en casa).

Trastorno de ansiedad social (fobia social). La ansiedad y la evitación en la vida social, propias de la fobia social, se pueden asociar a un mutismo selectivo. En estos casos deberían establecerse ambos diagnósticos.

Comorbilidad



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Las condiciones comórbidas más habituales son otros trastornos de ansiedad, más frecuentemente el trastorno de ansiedad social, seguido por el trastorno de ansiedad por separación y la fobia específica. Se han observado comportamientos oposicionistas en los niños con mutismo selectivo, aunque la conducta de oposición podría limitarse a las situaciones que requieren hablar. También pueden aparecer trastornos o retrasos de la comunicación en algunos niños con mutismo selectivo.

1.2.3 Fobia específica

Criterios diagnósticos

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.
- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



300.29 (F40.218) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)

300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)

300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

Nota de codificación: Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue:

F40.230 miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones; **F40.232** miedo a otra atención médica; o **F40.233** miedo a una lesión. **300.29 (F40.248) Situacional** (p. ej., avión; ascensor, sitios cerrados) **300.29 (F40.298) Otra** (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vomites; en niños p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados)

Nota de codificación. Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se deben hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (p. ej., miedo a las arañas a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional).

Especificadores

Es común que los sujetos tengan múltiples fobias específicas. El individuo con fobia específica teme a un promedio de tres objetos o situaciones, y aproximadamente el 75 % de las personas con fobia específica temen a más de una situación u objeto. En los casos de fobias específicas múltiples se deberá diagnosticar cada una con su propio código de diagnóstico según el estímulo fóbico. Por ejemplo, si una persona teme a las tormentas eléctricas y al vuelo, se la diagnosticaría de dos cosas fobia específica al entorno natural y fobia específica situacional.

Características diagnósticas

Una característica clave de este trastorno es un miedo o ansiedad a objetos o situaciones claramente circunscritos (Criterio A), que pueden denominarse *estímulos fóbicos*. Las categorías de las situaciones u objetos temidos se usan como especificadores del trastorno. Muchas personas temen a los objetos, las situaciones o los estímulos fóbicos de más de una categoría. Para el diagnóstico de fobia específica, la respuesta debe diferir de los temores normales y transitorios que se producen comúnmente en la población. Para cumplir los criterios diagnósticos, el miedo o la ansiedad deben ser intensos o graves (es decir "marcados") (Criterio A).



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

El nivel del miedo experimentado puede variar con la proximidad del objeto o de la situación temida y puede ocurrir como anticipación del mismo o en presencia real del objeto o situación. Además, el miedo o la ansiedad puede presentarse en forma de crisis de pánico completa o limitada (p. ej., crisis de pánico esperadas). Otra característica de las fobias específicas es que la exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata (Criterio B). Por lo tanto, una persona que se pone ansiosa solo de vez en cuando al ser confrontada con la situación o el objeto (p. ej., se pone ansiosa cuando viaja en uno de cada cinco vuelos de avión) no sería diagnosticada de fobia específica. Sin embargo, el grado de temor o ansiedad expresado puede variar (desde la ansiedad anticipatoria hasta una crisis de pánico completa) en diferentes momentos de la exposición al objeto o a la situación fóbica debido a diversos factores contextuales, como la presencia de otras personas, la duración de la exposición y los elementos amenazantes, como las turbulencias en un vuelo en las personas con miedo a volar. El miedo y la ansiedad a menudo se expresan de forma distinta en los niños y los adultos. Además, el miedo y la ansiedad aparecen en cuanto se topan con el objeto o la situación fóbica (es decir, inmediatamente y no de manera retardada). El sujeto evita activamente la situación, pero si no puede o decide no evitarla, la situación o el objeto evoca un intenso miedo o ansiedad (Criterio C). La evitación activa significa que el individuo presenta comportamientos destinados intencionalmente a prevenir o a minimizar el contacto con los objetos fóbicos o las situaciones fóbicas (p. ej., pasa por túneles en lugar de puentes en su viaje diario al trabajo por miedo a las alturas, evita entrar en una habitación oscura por temor a las arañas, evita aceptar un trabajo en un ambiente donde el estímulo fóbico es más frecuente). Las conductas evitativas a menudo son evidentes (p. ej., un individuo con miedo a la sangre rechaza ir al médico), a veces son menos manifiestas (p. ej., una persona con miedo a las serpientes rechaza mirar imágenes que le recuerden el contorno o la forma de las serpientes). Algunos individuos con fobia específica sufren durante muchos años y cambian sus circunstancias vitales en función de las necesidades, de evitar al máximo el objeto o la situación fóbica (p. ej., un individuo diagnosticado con fobia específica animal que se traslada a residir a un área donde no existan los animales concretos a los que teme). De esta forma, dejan de experimentar el miedo o la ansiedad en su vida cotidiana. En estos casos las conductas de evitación o de rechazo reiterativo a participar en actividades, dependiendo de la exposición al objeto o a la situación fóbica (p. ej., la reiterada negativa a



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

aceptar ofertas de trabajo relacionadas con viajar a causa del miedo a volar) podrían ayudar a confirmar el diagnóstico en ausencia de ansiedad o angustia marcadas.

El miedo y la ansiedad son desproporcionados en relación con el peligro real que el objeto o la situación conlleva, o más intensos de lo que se consideraría necesario (Criterio D). Aunque los sujetos con fobia específica suelen reconocer que sus reacciones son desproporcionadas, tienden a sobrestimar el peligro en las situaciones temidas y, por lo tanto, será el clínico el que deberá valorar si la reacción es desproporcionada o no. También se debería tener en cuenta el ámbito sociocultural del individuo. Por ejemplo, el miedo a la oscuridad puede ser razonable en el contexto de una violencia continua, y el miedo a los insectos sería incoherente en los lugares donde se consumen insectos en la dieta. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, por lo general con una duración de 6 meses o más (Criterio E), lo que ayuda a distinguir la enfermedad de los temores transitorios que son comunes en la población, especialmente entre los niños. Sin embargo, el criterio de duración debe ser utilizado como guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad. Para diagnosticar el trastorno, la fobia específica debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad (Criterio F).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con fobias específicas suelen experimentar una mayor activación fisiológica cuando prevén o se exponen a un objeto o situación fóbica. Sin embargo, la respuesta fisiológica a la situación u objeto temido varía. Mientras que los individuos con fobias específicas situacionales, al entorno natural y a animales son más propensos a mostrar activación del sistema nervioso simpático, las personas con fobia específica a la sangre-inyecciones-heridas a menudo pueden presentar una respuesta vasovagal de desmayos o sensación de desmayo que se caracteriza por una aceleración inicial y fugaz de la frecuencia cardíaca y una elevación de la tensión arterial, seguida por una desaceleración de la frecuencia cardíaca y un descenso de la presión arterial. Los modelos actuales de sistemas neuronales para la fobia especifican, y para



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

otros trastornos de ansiedad, hacen hincapié en el papel de la amígdala y de las estructuras relacionadas.

Prevalencia

En Estados Unidos, la prevalencia anual de la fobia específica entre la población general es del 7-9% aproximadamente. Las tasas de prevalencia en los países europeos son en gran medida similares a las de Estados Unidos (p. ej., alrededor del 6 %), pero las cifras son generalmente más bajas en Asia, África y los países de América Latina (2-4%). Las tasas de prevalencia son de aproximadamente el 5% en los niños y del 16 % entre los de 13 a 17 años de edad. Las tasas de prevalencia son más bajas en las personas mayores (alrededor de 3-5 %), lo que posiblemente refleja una disminución de la gravedad a niveles subclínicos. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones en una proporción aproximada de 2:1, aunque las tasas varían en función de los distintos estímulos fóbicos. Es decir, las fobias específicas a los animales, al entorno natural y situacionales se presentan predominantemente en las mujeres, mientras que la fobia específica a la sangre-inyección-herida se produce de una forma casi similar en ambos sexos.

Desarrollo y curso

La fobia específica, en ocasiones, se desarrolla tras un acontecimiento traumático (p. ej., haber sido atacado por un animal o atrapado en un ascensor), la observación de otros individuos que sufren traumatismos (p. ej., presenciar caídas), una crisis de pánico inesperada en una situación que se convertirá en temida (p. ej., una crisis de pánico inesperada mientras se viaja en metro) o la transmisión de informaciones (p. ej., reportajes en los medios de comunicación sobre catástrofes aéreas), sin embargo, muchas personas con fobia específica son incapaces de recordar la razón concreta por la que aparecieron sus fobias. La fobia específica generalmente se desarrolla en la primera infancia, la mayoría de las veces antes de los 10 años. Suele aparecer entre los 7 y los 11 años, siendo la edad media unos 10 años. Las fobias específicas situacionales presentan una edad de inicio más tardía que las fobias específicas del entorno natural, animal o a



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

la sangre-inyección-herida. Las fobias específicas que se inician en la infancia y la adolescencia suelen sufrir altibajos durante ese periodo. Sin embargo, las fobias que persisten en la edad adulta rara vez suelen remitir.

Cuando se diagnostica una fobia específica en niños, se deben considerar dos aspectos. En primer lugar, los niños pequeños pueden expresar su miedo y ansiedad con llanto, berrinches, parálisis o abrazos. En segundo lugar, los niños pequeños no suelen ser capaces de entender el concepto de evitación.

Por lo tanto, el clínico debe reunir información adicional de los padres, profesores u otras personas que conozcan bien al niño. Los temores excesivos son bastante comunes entre los niños pequeños, pero son generalmente transitorios y solo afectan ligeramente, por lo que se consideran propios del desarrollo. En tales casos, no se hará un diagnóstico de fobia específica. Cuando se está considerando el diagnóstico de fobia específica en un niño, es importante evaluar el grado de invalidez y la duración del temor, la ansiedad o la evitación, y si es típico para la etapa concreta de desarrollo del niño.

Aunque la prevalencia de fobia específica es menor en las poblaciones de mayor edad, continua, siendo uno de los trastornos más comúnmente padecidos en edades avanzadas. En el diagnóstico de fobia específica en las poblaciones mayores se deberían considerar varios aspectos. En primer lugar, las personas mayores suelen ser más propensas a presentar fobias específicas del entorno natural, así como fobias a las caídas. En segundo lugar, la fobia específica (como todos los trastornos de ansiedad tiende a ocurrir conjuntamente con otros trastornos médicos en las personas de más edad, como la enfermedad coronaria y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En tercer lugar, las personas mayores pueden ser más propensas a atribuir los síntomas de ansiedad a afecciones médicas. En cuarto lugar; las personas mayores pueden ser más propensas a manifestar la ansiedad de una manera atípica (p. ej., manifestando síntomas de ansiedad y depresión al mismo tiempo) y, por lo tanto, es más probable justificar un diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado. Además, la presencia de una fobia específica en los adultos mayores está asociada con una disminución de la calidad de vida y puede ser un factor de riesgo de trastorno neurocognitivo importante.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



Aunque la mayoría de las fobias específicas se desarrollan en la infancia y la adolescencia, pueden desarrollarse a cualquier edad, a menudo como resultado de experiencias traumáticas. Por ejemplo, las fobias a la asfixia casi siempre son consecuencia de un acontecimiento cercano a la asfixia a cualquier edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores de riesgo temperamentales para la fobia específica, como la afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual, son también factores de riesgo para otros trastornos de ansiedad.

Ambientales. Los factores de riesgo ambientales para las fobias específicas, como la sobreprotección de los padres, la pérdida de los padres, la separación, el maltrato físico y los abusos sexuales, tienden a predecir también otros trastornos de ansiedad. Como se señaló anteriormente, a veces (pero no siempre) las exposiciones negativas o traumáticas al objeto o situación temida preceden al desarrollo de la fobia específica.

Genéticos y fisiológicos. Puede haber una susceptibilidad genética a una determinada categoría de fobia específica (p. ej., una persona con un familiar de primer grado con una fobia específica a los animales es significativamente más propensa a tener la misma fobia específica que cualquier otra fobia de otra categoría). Las personas con fobia a la sangre-inyección-herida muestran una tendencia singular para el síncope vasovagal (desmayo) en presencia del estímulo fóbico.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

En Estados Unidos, los asiáticos y los latinos presentan tasas significativamente más bajas de fobia específica que los blancos no latinos, los afroamericanos y los nativos americanos. Además de tener una menor prevalencia de fobia específica, algunos países aparte de Estados Unidos, en particular los países de Asia y África, presentan diferencias en el contenido de la fobia, la edad de inicio y las frecuencias por género.



Riesgo de suicidio

Los sujetos con fobia especifican tienen un 60% más de probabilidades de cometer intentos de suicidio que las personas no diagnosticadas. Sin embargo., es probable que estas tasas elevadas se deban principalmente a la comorbilidad con los trastornos de la personalidad y otros trastornos de ansiedad.

Consecuencias funcionales de la fobia específica

Las personas con fobia específica muestran unos patrones de deterioro del funcionamiento psicosocial y una disminución de la calidad de vida similares a los de los individuos con otros trastornos de ansiedad y con trastornos por consumo de alcohol y de sustancias, incluidos problemas en el trabajo y el funcionamiento interpersonal. En las personas mayores se puede observar el deterioro en las labores de cuidado y en las actividades de voluntariado. Además, el miedo a las caídas en las personas de edad avanzada puede llevar a una movilidad reducida y a una pérdida del funcionamiento físico y social, y puede conducir a la necesidad de apoyo doméstico en el hogar de manera formal o informal. La angustia y el deterioro causados por las fobias específicas tienden a aumentar con el número de objetos y situaciones temidas. Así, un individuo que teme a cuatro objetos o situaciones es probable que tenga más deterioro en su desempeño profesional y social, y una menor calidad de vida, que una persona que teme a un solo objeto o situación.

Las personas con fobia específica a la sangre, las inyecciones y las heridas a menudo son reacias a solicitar ayuda médica incluso cuando tienen problemas de salud. Asimismo, el miedo a vomitar y a atragantarse puede reducir sustancialmente la ingesta dietética

Diagnóstico diferencial

Agorafobia. La fobia específica situacional puede parecerse a la agorafobia en la presentación clínica, dada la similitud de las situaciones temidas (p. ej., volar, lugares cerrados, ascensores). Si



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

un individuo teme solo a una de las situaciones de agorafobia, entonces se puede realizar el diagnóstico de fobia específica situacional. Si teme a dos o más situaciones de agorafobia, el diagnóstico de agorafobia estaría probablemente justificado. Por ejemplo, una persona que teme a los aviones y a los ascensores (que coinciden con la situación agorafóbica "transporte público"), pero no teme a otras situaciones de agorafobia, será diagnosticada de fobia específica situacional, mientras que una persona que teme a los aviones, a los ascensores y a las multitudes (que coinciden con dos situaciones de agorafobia, "uso del transporte público" y "hacer cola o estar en una multitud"), será diagnosticada

de agorafobia. También podría ser útil para diferenciar la agorafobia de la fobia específica el criterio B de la agorafobia (las situaciones son temidas o evitadas debido a "tener pensamientos sobre el desarrollo de unos síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en situaciones en las que sería difícil escapar o donde no se podría disponer de ayuda"). Si las situaciones son temidas por otros motivos, como el miedo a ser dañado directamente por el objeto o situación (p. ej., e) miedo a estrellarse en avión, a la mordedura de los animales), podría ser más apropiado el diagnóstico de fobia específica.

Trastorno de ansiedad social. Si las situaciones son temidas debido al miedo a una evaluación social negativa, se debería diagnosticar el trastorno de ansiedad social en lugar de la fobia específica.

Trastorno de ansiedad por separación. Si las situaciones temidas son debidas a la separación de un cuidador principal o de una figura de apego, se debe hacer el diagnóstico de trastorno de ansiedad por separación, en lugar del de fobia específica.

Trastorno de pánico. Las personas con fobias específicas pueden experimentar ataques de pánico cuando se enfrentan con la situación o el objeto temido. Se establecerá un diagnóstico de fobia específica si las crisis de pánico solo se producen en respuesta al objeto o la situación específica, mientras que si la persona también experimenta crisis de pánico de forma inesperada (esto es, no en respuesta al objeto específico o situación), se establecerá un diagnóstico de trastorno de pánico.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Si el miedo o la ansiedad primaria del individuo es hacia un objeto; o situación como consecuencia de ideas obsesivas (p. ej., miedo a la sangre debido a pensamientos obsesivos sobre la contaminación por agentes patógenos transmitidos por la sangre



[p. ej., el VIH], miedo a conducir debido a imágenes obsesivas de daño a los demás), y si se observan otros criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo, entonces se hará el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo.

Trauma y trastornos relacionados con estresantes. Si la fobia se desarrolla después de un evento traumático, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de estrés posttraumático (TEPT). Sin embargo, los acontecimientos traumáticos pueden preceder a la aparición del TEPT y de la fobia específica. En este caso, el diagnóstico de fobia específica se asignará únicamente si no se cumplen todos los criterios del TEPT.

Trastornos de la alimentación. No se establece el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente a los alimentos y a los aspectos relacionados con los alimentos, en cuyo caso deberá considerarse un diagnóstico de anorexia nerviosa o de bulimia nerviosa.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Cuando el miedo y la evitación se deben a ideas delirantes (como en la esquizofrenia u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), el diagnóstico de fobia específica no estaría justificado.

Comorbilidad

La fobia específica es poco frecuente en los ambientes médicos o clínicos en ausencia de otra psicopatología, y se ve con más frecuencia en los entornos no médicos relacionados con la salud mental. La fobia específica se asocia con frecuencia a una amplia variedad de otros trastornos, especialmente a la depresión en las personas mayores. Debido a su aparición temprana, la fobia específica es clásicamente un trastorno temporal primario.

Las personas con fobia específica tienen mayor riesgo de desarrollar otros trastornos, entre los que están los demás trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos por consumo de sustancias, los síntomas somáticos y trastornos relacionados, y los trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno de la personalidad dependiente).



1.2.4 Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Criterios diagnósticos

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad: desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Especificadores

Los individuos con trastorno de ansiedad social solo de actuación tienen miedos de actuación que son típicamente los que resultan más incapacitantes en su vida profesional (p. ej., músicos, bailarines, artistas, deportistas) o en las situaciones que requieren hablar en público de forma habitual. Los temores de actuación también pueden manifestarse en el trabajo, la escuela o el ámbito académico en el que se requieren presentaciones públicas regulares. Los individuos con trastorno de ansiedad social solo de actuación no temen ni evitan las situaciones sociales sin actuación.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás. En los niños, el miedo o la ansiedad se debe producir en las reuniones con los individuos de su misma edad y no solo durante las interacciones con los adultos (Criterio A). Cuando se expone a este tipo de situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente. El sujeto teme ser juzgado como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable. El individuo con fobia social teme actuar o mostrarse de una determinada manera, o manifestar síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente por los demás, como rubor, temblores, sudoración, trabarse con las palabras, o no poder mantener la mirada (Criterio B). Algunas personas tienen miedo a ofender a los demás y, en consecuencia, a ser rechazados. El miedo a ofender a los demás -por ejemplo, por una mirada o al mostrar síntomas de ansiedad- puede ser el miedo predominante en los individuos de culturas de fuerte orientación colectivista. Una persona con miedo al temblor de manos puede evitar beber, comer, escribir o señalar en público; una persona con miedo a la sudoración puede evitar dar la mano o comer alimentos picantes; y una persona con miedo a sonrojarse puede evitar actuar en público, las luces brillantes o la discusión

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

de temas íntimos. Algunas personas temen y evitan orinar en los baños públicos cuando están presentes otras personas (esto es, paruresis o "síndrome de la vejiga tímida").

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad (Criterio C). Por lo tanto, un individuo que se pone ansioso solo de vez en cuando en situaciones sociales no será diagnosticado de trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el grado y el tipo del miedo y de ansiedad pueden variar en las diferentes ocasiones (p. ej., ansiedad anticipatoria, crisis de pánico). La ansiedad anticipatoria a veces puede ocurrir mucho antes al prever situaciones futuras (p. ej., preocupación diaria a lo largo de las semanas anteriores a asistir a un evento social, repitiendo el discurso durante los días de antelación). En los niños, el miedo o la ansiedad puede expresarse a través de conductas de llanto, rabietas, inmovilidad, aferramiento, encogimiento o incapacidad de hablar en situaciones sociales. Por otra parte, si la situación social se soporta, es a costa de una intensa ansiedad y malestar (Criterio D).

La evitación puede ser generalizada (p. ej., rechazo a ir a fiestas, a la escuela) o sutil (p. ej., preparar demasiadas veces el texto de un discurso, desviar la atención a los demás para limitar el contacto visual).

El miedo o la ansiedad son desproporcionados al riesgo real que plantea la situación de ser evaluado negativamente y para las consecuencias de dicha evaluación negativa (Criterio E). A veces no se puede juzgar la ansiedad como excesiva, ya que está relacionada con un peligro real (p. ej., si intimidado o atormentado por terceros). Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad social tienden a menudo a sobrestimar las consecuencias negativas de las situaciones sociales y, por lo tanto, es el clínico el que debería decidir si la actitud es desproporcionada o no. Al realizar este juicio debería tener en cuenta el contexto sociocultural del individuo. Por ejemplo, en ciertas culturas se podría considerar socialmente apropiado un comportamiento que los demás podrían identificar como de ansiedad social (p. ej., se podría ver como una señal de respeto).



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

La duración de la perturbación es típicamente de al menos 6 meses (Criterio F). Este límite de duración ayuda a distinguir la enfermedad de los miedos sociales transitorios que son comunes en la sociedad, especialmente entre los niños. Sin embargo, el criterio de duración se debería utilizar como una guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad. El miedo, la ansiedad y la evitación deben interferir significativamente con la rutina normal de la persona, la ocupación o el funcionamiento académico o las actividades, las relaciones sociales, o debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas sociales, ocupacionales o importantes por otros motivos para el sujeto (Criterio G). Por ejemplo, una persona que teme hablar en público no será diagnosticada de fobia social si su trabajo o su actividad escolar no le exigen la pronunciación habitual de discursos y no se siente especialmente preocupada por este tema. Los temores a que ciertas situaciones sociales resulten embarazosas son frecuentes, pero el grado de malestar o el deterioro general que suelen provocar no suelen ser lo suficientemente intensos como para permitir diagnosticar con seguridad una fobia social. Sin embargo, si el individuo evita o elude del trabajo o la educación que realmente desea debido a los síntomas de ansiedad social, se cumple el Criterio G.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de ansiedad social pueden ser inadecuadamente asertivos o excesivamente sumisos, o, con menor frecuencia, ejercer un gran control sobre las conversaciones. Pueden mostrar posturas corporales excesivamente rígidas o un contacto ocular inadecuado, o hablar con una voz demasiado suave. Estos individuos pueden ser tímidos o retraídos y pueden ser poco abiertos en las conversaciones o hablar poco acerca de sí mismos. Pueden buscar empleo en puestos de trabajo que no requieran entablar contactos sociales, aunque no sea este el caso de los individuos con trastorno de ansiedad social solo de actuación. Estas personas pueden vivir en la casa familiar durante más tiempo. Los varones pueden demorarse a la hora de casarse y crear una familia, mientras que las mujeres con deseos de trabajar fuera de casa pueden acabar viviendo como amas de casa y madres. Es común la automedicación con sustancias (p. ej., beber antes de asistir a una fiesta). La ansiedad social entre los adultos mayores también puede incluir la exacerbación de los síntomas de enfermedades



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

médicas, tales como aumento del temblor o taquicardia. El rubor es una respuesta física característica del trastorno de ansiedad social.

Prevalencia

En Estados Unidos, la prevalencia estimada anual del trastorno de ansiedad social es de aproximadamente el 7%. En gran parte del mundo se observan cifras menores de prevalencia estimada anual utilizando el mismo instrumento diagnóstico, agrupándose en torno al 0,5 -2,0%; la prevalencia media en Europa es del 2,3%. Las tasas de prevalencia anual en los niños y los adolescentes son comparables a las de los adultos. La tasa de prevalencia disminuye con la edad. La prevalencia anual para los adultos mayores varía del 2 al 5%. En general, en la población general se han encontrado cifras más altas del trastorno de ansiedad social en las mujeres que en los varones (con *odds ratios* que oscilan entre 1,5 y 2,2), y la diferencia entre géneros es más marcada en los adolescentes y los adultos jóvenes. En la población clínica, las cifras de prevalencia según el género son similares o ligeramente más altas en los varones, y esto hace pensar que las funciones del género y las expectativas sociales desempeñan un papel importante en la explicación de una mayor búsqueda de ayuda en los pacientes de sexo masculino. La prevalencia en Estados Unidos es mayor en los indígenas americanos y menor en las personas de origen asiático, latino, afroamericano y de ascendencia afrocaribeña que en los blancos no hispanos.

Desarrollo y curso

La edad media de inicio del trastorno de ansiedad social en Estados Unidos es de 13 años, y el 75% los individuos tienen una edad de inicio entre los 8 y 15 años. En estudios de Estados Unidos y Europa se observa que el trastorno a veces emerge a partir de una historia de inhibición social o de timidez en la infancia. También puede ocurrir en la primera infancia. El inicio de la fobia social puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante (p. ej., ser intimidado, vómitos durante un discurso público), o puede surgir de forma lenta e insidiosa. Una primera aparición en la edad adulta es relativamente rara y es más probable que ocurra después

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

de un evento estresante o humillante, o después de cambios vitales que requieren nuevos roles sociales (p. ej., casarse con alguien de una clase social diferente, obtener un ascenso de trabajo). La fobia social puede disminuir cuando el individuo, que siente temor por las citas con las chicas, logra casarse, y puede volver a aparecer con toda su intensidad tras el divorcio. Entre las personas que acuden a consulta, el trastorno tiende a ser particularmente persistente.

Los adolescentes manifiestan un patrón más amplio de miedo y evitación, incluidas las citas amorosas, en comparación con los niños más pequeños. Los adultos mayores expresan niveles de ansiedad social más bajos, pero en una amplia gama de situaciones, mientras que los adultos más jóvenes expresan mayores niveles de ansiedad social en situaciones específicas. En las personas mayores, la ansiedad social puede deberse a una discapacidad debido a una disminución del funcionamiento sensorial (audición, visión), o a vergüenza a causa del aspecto (p. ej., el temblor como síntoma de la enfermedad de Parkinson), o del funcionamiento debido a afecciones médicas, incontinencia o deterioro cognitivo (p. ej., olvidar los nombres de las personas). En la comunidad, aproximadamente el 30% de las personas con trastorno de ansiedad social experimenta remisión de los síntomas en 1 año, y en torno al 50% experimenta remisión en unos pocos años. Para aproximadamente el 60% de las personas que no recibe un tratamiento específico para la fobia social, el curso va a ser de varios años o más.

La detección del trastorno de ansiedad social en los adultos mayores puede ser un reto debido a diversos factores, como mayor atención a los síntomas somáticos, enfermedades médicas asociadas, limitada conciencia de enfermedad, cambios en el entorno social o en sus funciones que pueden ocultar su deterioro en el funcionamiento social, o debido a su reticencia a detallar sus problemas psicológicos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los rasgos subyacentes que predisponen a las personas al trastorno de ansiedad social son la inhibición del comportamiento y el miedo a la evaluación negativa.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Ambientales. No se evidencia un papel causal del maltrato infantil u otro factor de adversidad psicosocial de aparición temprana en el desarrollo del trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el maltrato infantil y la adversidad son factores de riesgo para el trastorno de ansiedad social.

Genéticos y fisiológicos. Los rasgos que predisponen a la ansiedad social, tales como la inhibición conductual, están altamente influenciados genéticamente. La influencia genética está sujeta a la interacción gen-ambiente; así, los niños con alta inhibición conductual son más susceptibles a las influencias ambientales, como el modelado de la ansiedad social por los padres. Además, el trastorno de ansiedad social es hereditario (pero lo es menos la fobia social solo de actuación). Los familiares de primer grado tienen de dos a seis veces más posibilidades de tener trastorno de ansiedad social, y esta predisposición supone una interacción entre trastornos genéticos específicos (p. ej., el miedo a una evaluación negativa) e inespecíficos (p. ej., el neuroticismo).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El síndrome de *taijin kyofusho* (p. ej., en Japón y Corea) a menudo se caracteriza por una preocupación por la evaluación social y cumple los criterios del trastorno de ansiedad social que se asocian al temor a hacer que otras personas se sientan incómodas (p. ej., "mi mirada molesta a la gente, por lo que miran hacia otro lado y me evitan"); se trata de un miedo que a veces se experimenta con intensidad delirante. Este síntoma también se puede encontrar en lugares no asiáticos. Otras presentaciones de *taijin kyofusho* pueden cumplir los criterios del trastorno dismórfico corporal o del trastorno delirante.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las mujeres con trastorno de ansiedad social refieren un mayor número de miedos sociales y trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad comórbidos, mientras que los varones son más propensos a temer a las citas, a tener un trastorno negativista desafiante o un trastorno de conducta y al uso de alcohol y drogas para aliviar los síntomas del trastorno. La paruresis es más común en los varones.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



Consecuencias funcionales de la fobia social

El trastorno de ansiedad social se asocia con tasas elevadas de abandono escolar y con alteraciones del bienestar, el empleo, la productividad laboral, el nivel socioeconómico y la calidad de vida. El trastorno de ansiedad social también se asocia con estar solo, soltero o divorciado y con no tener hijos, sobre todo entre los varones. En las personas mayores puede observarse el deterioro en las labores de cuidado y en las actividades de voluntariado. El trastorno de ansiedad social también impide las actividades de ocio. A pesar de la magnitud de la angustia y del deterioro social asociados al trastorno de ansiedad social, en las sociedades occidentales la mitad de los individuos con este trastorno nunca busca tratamiento y tiende a hacerlo sólo después de 15-20 años de experimentar síntomas. No tener empleo es un factor que predice claramente la persistencia del trastorno de ansiedad social.

Diagnóstico diferencial

Timidez normal. La timidez (esto es, la reticencia social) es un rasgo de la personalidad común y no es patológico en sí mismo. En algunas sociedades, la timidez incluso se evalúa de forma positiva. Sin embargo, se debería considerar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social cuando exista un impacto negativo considerable en las áreas sociales y laborales y en otras áreas importantes de funcionamiento, y si se cumplieran todos los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social, se debería diagnosticar éste. En Estados Unidos sólo una minoría (12%) de los individuos que se auto identifican como tímidos tiene los síntomas que cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social

Agorafobia. Las personas con agorafobia pueden temer y evitar las situaciones sociales (p. ej., ir al cine) cuando perciben que podría ser difícil escaparse o contar con ayuda en caso de presentar síntomas similares al pánico o de sentirse incapacitados, mientras que los individuos con trastorno de ansiedad social muestran un mayor temor a las evaluaciones negativas de los demás. Por otra parte, los individuos con trastorno de ansiedad social probablemente puedan mantener mejor la calma si se les deja completamente solos, lo que no suele ocurrir en el caso de la agorafobia.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Trastorno de pánico. Las personas con trastorno de ansiedad social pueden tener crisis de pánico, pero la preocupación es por el miedo a una evaluación negativa, mientras que en el trastorno de pánico la preocupación se centra en las crisis de pánico en sí mismas.

Trastorno de ansiedad generalizada. Las preocupaciones sociales son comunes en el trastorno de ansiedad generalizada, pero la atención se centra más en la naturaleza de las relaciones existentes en lugar de en el miedo a la evaluación negativa. Los individuos con trastorno de ansiedad generalizada, especialmente los niños, pueden tener una preocupación excesiva por la calidad de su desempeño social, pero estas preocupaciones también deben estar relacionadas con la conducta no social y con situaciones en las que el individuo no está siendo evaluado por los demás. En el trastorno de ansiedad social, las preocupaciones se centran en el desempeño social y en la evaluación por parte de los demás.

Trastorno de ansiedad por separación. Las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden evitar los entornos sociales (incluido el rechazo a ir la escuela) porque les preocupa la separación de las figuras de apego o, en los niños, porque necesitan la presencia de un progenitor cuando no es propio de su etapa del desarrollo. Las personas con trastorno de ansiedad por separación habitualmente están cómodas en las situaciones sociales cuando sus figuras de apego están presentes o cuando están en casa, mientras que en el trastorno de ansiedad social pueden sentirse incómodas en su casa o ante la presencia de las figuras de apego.

Fobias específicas. Las personas con fobias específicas pueden temer a la vergüenza o a la humillación (p. ej., vergüenza por desmayarse mientras les extraen sangre), pero generalmente no muestran temor a la evaluación negativa en otras situaciones sociales.

Mutismo selectivo. Los individuos con mutismo selectivo pueden no hablar por miedo a la evaluación negativa, pero no sienten miedo a dicha evaluación en las situaciones sociales en que no se requiere hablar (p. ej., el juego no verbal).

Trastorno depresivo mayor. A los individuos con trastorno depresivo mayor les puede preocupar que los demás les evalúen negativamente porque sienten que son malos o que no son dignos de ser queridos. Sin embargo, a las personas con trastorno de ansiedad social les preocupa que se les evalúe negativamente debido a ciertos comportamientos sociales o a síntomas físicos.

Trastorno dismórfico corporal. Los individuos con trastorno dismórfico corporal están preocupados por uno o más defectos percibidos en su aspecto físico que no son observables por



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

los demás o tan sólo lo son ligeramente; esta preocupación a menudo causa ansiedad social y evitación. Si sus miedos sociales y la evitación son causados únicamente por sus creencias sobre su apariencia, no se justificaría un diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad social.

Trastorno delirante. Los individuos con trastorno delirante pueden tener delirios no extravagantes y alucinaciones relacionadas con un tema delirante que se centra en ser rechazado u ofender a los demás. Aunque la percepción de las creencias acerca de las situaciones sociales puede variar, muchas personas con trastorno de ansiedad social son bastante conscientes de que sus creencias son desproporcionadas respecto a la amenaza real que supone la situación social.

Trastorno del espectro autista. La ansiedad social y los déficits de la comunicación social son característicos del trastorno del espectro autista. Los individuos con trastorno de ansiedad social pueden tener relaciones sociales apropiadas para la edad y suficiente capacidad de comunicación social, a pesar de que pueda parecer que tienen un deterioro en estas áreas cuando empiezan a interactuar con otros individuos desconocidos.

Trastornos de la personalidad. Dada su aparición frecuente en la infancia y su persistencia en la edad adulta y a lo largo de ella, el trastorno de ansiedad social puede asemejarse a un trastorno de la personalidad. El trastorno que aparentemente más se superpone es el trastorno de la personalidad evitativa. Los individuos con trastorno de la personalidad evitativa tienen un patrón de evitación más amplio que las personas con trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el trastorno de ansiedad social presenta típicamente más comorbilidad con el trastorno de la personalidad evitativa que con otros trastornos de la personalidad, y el trastorno de la personalidad evitativa presenta más comorbilidad con el trastorno de ansiedad social que con los otros trastornos de ansiedad. Otros trastornos mentales. Los miedos sociales y el malestar social pueden formar parte de la esquizofrenia, pero existe evidencia de la presencia de otros síntomas psicóticos. En los individuos con trastorno de la alimentación, antes de realizar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social es importante determinar que el miedo a una evaluación negativa de los síntomas o comportamientos del trastorno (p. ej., las purgas y los vómitos) no debe ser la única fuente de ansiedad social. Del mismo modo, el trastorno obsesivo-compulsivo puede estar asociado con la ansiedad social, pero el diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad social sólo se utiliza cuando los miedos sociales y la evitación son independientes de los focos de las obsesiones y compulsiones.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



Otras condiciones médicas. Las enfermedades médicas pueden producir síntomas que pueden ser embarazosos (p. ej., el temblor en la enfermedad de Parkinson). Cuando el miedo a la evaluación negativa debido a otras afecciones médicas es excesivo, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad social.

Trastorno negativista desafiante. La negativa a hablar debido a una oposición hacia las figuras de autoridad debe diferenciarse de la incapacidad para hablar por temor a una evaluación negativa.

Comorbilidad

El trastorno de ansiedad social es a menudo comórbido con otros trastornos de ansiedad, con trastorno depresivo mayor y con los trastornos por consumo de sustancias; la aparición del trastorno de ansiedad social, en general, precede a la de los otros trastornos, a excepción de la fobia específica y el trastorno de ansiedad por separación. El aislamiento social crónico en el curso de trastorno de ansiedad social puede provocar un trastorno depresivo mayor. La comorbilidad con depresión es también alta en los adultos mayores. Las sustancias se pueden utilizar como automedicación para los miedos sociales, pero los síntomas de la intoxicación o de la abstinencia de sustancias, tales como el temblor, también pueden ser una fuente de (aún más) miedo social. El trastorno de ansiedad social es comórbido con frecuencia con el trastorno dismórfico corporal trastorno bipolar; por ejemplo, una persona tiene un trastorno dismórfico corporal en relación con una ligera irregularidad de la nariz y un trastorno de ansiedad social debido a un miedo intenso a parecer poco inteligente. La forma más generalizada del trastorno de ansiedad social, pero no del trastorno de ansiedad social sólo de actuación, es a menudo comórbida con el trastorno de la personalidad evitativa. En los niños es frecuente la comorbilidad con el autismo de alto funcionamiento y el mutismo selectivo.



1.2.5 Trastorno de pánico

Criterios diagnósticos

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este, tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

- B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:
1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”).
 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej.; comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Características diagnósticas

El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes (Criterio A), un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas.

El término *recurrente* significa literalmente más de una crisis de pánico inesperada. El término *inesperado* se refiere a un ataque de pánico para el que no hay señal obvia o desencadenante en el momento de la aparición -es decir, el ataque parece ocurrir a partir de la nada, como cuando el individuo se relaja, o aparece durante el sueño (ataque de pánico nocturno)-. En contraste, los ataques de pánico esperados son aquellos para los cuales existe una señal obvia o un desencadenante, como una situación en la que normalmente aparecen los ataques de pánico. La determinación de si los ataques de pánico son esperados o inesperados debe hacerla el clínico, que realiza este juicio basándose en la combinación de un interrogatorio cuidadoso en cuanto a la secuencia de los eventos anteriores o previos al ataque y la propia opinión del individuo sobre si el ataque ha aparecido con una razón aparente o sin ella. Pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico, según sean inesperados o esperados, las interpretaciones culturales. En Estados Unidos y en Europa; aproximadamente la mitad de los individuos con trastorno de pánico presenta ataques de pánico esperados y también inesperados. Por lo tanto, la presencia de ataques de pánico esperados no descarta el diagnóstico de trastorno de pánico.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

La frecuencia y la gravedad de los ataques de pánico varían ampliamente. En cuanto a la frecuencia, algunos individuos presentan las crisis con una periodicidad moderada (p. ej., una vez a la semana) pero regular desde unos-meses antes hasta el momento actual. Otros describen breves salvas de crisis más frecuentes (p. ej., cada día) separadas por semanas o meses sin padecer un solo ataque, o bien los presentan con una frecuencia considerablemente menor (p. ej., dos cada mes) durante un período de varios años. Las personas que tienen ataques de pánico infrecuentes se parecen a que tienen ataques más frecuentes en lo que se refiere a síntomas, características demográficas, comorbilidad con otros trastornos, antecedentes familiares y datos biológicos. En cuanto a la gravedad, las personas con trastorno de pánico pueden tener ataques completos (cuatro o más síntomas) o limitados (menos de cuatro síntomas), y el número y el tipo de los síntomas con frecuencia difieren entre un ataque de pánico y el siguiente. Sin embargo, va a ser necesaria más de una crisis inesperada con síntomas completos para el diagnóstico del trastorno de pánico.

Los individuos con ataques de pánico se preocupan de manera característica por las implicaciones o consecuencias que éstos pueden tener sobre sus vidas. Algunos temen que las crisis de pánico sean el anuncio de una enfermedad no diagnosticada que pueda poner en peligro la vida (p. ej., la enfermedad coronaria, un trastorno comicial), a pesar de los controles médicos repetidos que descartan esta posibilidad. Son frecuentes las preocupaciones sociales, como la vergüenza o el miedo a ser juzgados negativamente por los demás, debido a los síntomas evidentes del ataque de pánico, y la creencia de que las crisis de pánico indican que uno se está "volviendo loco", que se está perdiendo el control o que suponen cierta debilidad emocional (Criterio B). Algunos individuos con crisis de angustia recidivantes experimentan un cambio de comportamiento significativo (p. ej., abandonan su puesto de trabajo), pero ruegan tener miedo a nuevas crisis de angustia o estar preocupados por sus posibles consecuencias. La preocupación por la posible aparición de nuevas crisis de angustia o sus posibles consecuencias suele asociarse al desarrollo de comportamientos de evitación que pueden reunir los criterios de agorafobia, en cuyo caso debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Puede haber cambios de comportamiento desadaptativos para intentar minimizar o evitar nuevos ataques de



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

pánico y sus consecuencias. Algunos ejemplos incluyen evitar el esfuerzo físico, reorganizar la vida diaria garantizar la disponibilidad de ayuda en caso de que los síntomas se repitan, lo que restringe las actividades habituales, y evitar situaciones agorafóbicas como salir de casa, usar el transporte público o ir de compras. Si se presenta agorafobia, se hará un diagnóstico independiente de agorafobia.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Un tipo de ataque de pánico inesperado es el ataque de pánico nocturno (esto es, despertar del sueño en un estado de pánico, que difiere de la crisis de pánico que se produce después de despertar totalmente del sueño). En Estados Unidos se ha estimado que este tipo de ataque de pánico se produce al menos una vez en aproximadamente de la cuarta a la tercera parte de las personas con trastorno de pánico, de las que la mayoría también puede tener ataques de pánico durante el día. Además de preocuparse por los ataques de pánico y sus consecuencias, muchas personas con trastorno de pánico refieren sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad que están más relacionadas en líneas generales con problemas de salud y de salud mental. Por ejemplo, las personas con trastorno de pánico a menudo prevén que un síntoma físico leve o el efecto secundario de un medicamento va a tener un resultado catastrófico (p. ej., piensan que pueden tener una enfermedad cardíaca o que un dolor de cabeza: significa la presencia de un tumor cerebral). Tales individuos a menudo son relativamente intolerantes a los efectos secundarios de la medicación. Además, puede haber preocupaciones generalizadas sobre si será posible completar las tareas diarias soportar el estrés diario, un uso excesivo de drogas (p. ej., alcohol, medicamentos o drogas) para controlar los ataques de pánico o comportamientos extremos dirigidos a controlar dichos ataques (p. ej., severas restricciones de la ingesta de alimentos o evitación de determinados alimentos o medicamentos debido a su preocupación por los síntomas físicos que provocan los ataques de pánico).

Prevalencia

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

En la población general, la prevalencia estimada anual para el trastorno de pánico en Estados Unidos en varios países europeos está en torno al 2-3 % en los adultos y los adolescentes. En Estados Unidos I ha informado de tasas significativamente más bajas de trastorno de pánico entre los latinos, los afroamericanos, los negros caribeños y los asiáticos americanos que, en los blancos no latinos y los indios americanos, que, por el contrario, tienen tasas significativamente más altas. Se han documentado estimaciones más bajas para los países asiáticos, africanos y latinoamericanos, que van del 0,1 al 0,8%. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los varones, en una proporción de aproximadamente 2:1. La diferenciación entre ambos géneros se produce en la adolescencia y ya es observable antes de la edad de 14 años. Aunque los ataques de pánico pueden aparecer en los niños, la prevalencia global de trastornos de pánico es baja antes de los 14 años de edad (< 0,4%). Los índices del trastorno de pánico muestran un aumento gradual durante la adolescencia, particularmente en las mujeres y posiblemente a raíz de la aparición de la pubertad, y alcanzan el máximo durante la edad adulta. Las tasas de prevalencia disminuyen en las personas mayores (p. ej., el 0,7% en las personas mayores).

Desarrollo y curso

La media de la edad de inicio de los síntomas del trastorno de pánico en Estados Unidos es de 20 a 24 años. Un pequeño número de casos comienza en la infancia, y la aparición después de los 45 años es poco común, aunque puede ocurrir. El curso normal, si el trastorno no se trata, es crónico, pero con oscilaciones. Algunos individuos pueden tener brotes episódicos con años de remisión entre ellos, y otros pueden tener una sintomatología intensa continua. Sólo una minoría de los individuos alcanza una remisión completa durante algunos años sin ninguna recaída posterior. El curso del trastorno de pánico habitualmente se complica por una serie de trastornos, en particular por otros trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastornos depresivos.

Aunque el trastorno de pánico es muy poco frecuente en la infancia, la primera aparición de "episodios de miedo" a menudo se remonta de forma retrospectiva a la niñez. Como en los adultos, el trastorno de pánico en los adolescentes tiende a tener un curso crónico y suele ser

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

comórbido con otros trastornos de ansiedad, con la depresión y con el trastorno bipolar. Hasta la fecha no se han encontrado diferencias de presentación clínica entre los adolescentes y los adultos. Sin embargo, los adolescentes, pueden estar menos preocupados por los ataques de pánico que los adultos jóvenes. La baja prevalencia del trastorno de pánico en los adultos mayores parece ser atribuible a una "amortiguación" relacionada con la edad que se produce en la respuesta del sistema nervioso autónomo. Se observó que muchas personas mayores con "sentimientos de pánico" parecían presentar un cuadro "híbrido" de ataques de pánico con síntomas limitados y ansiedad generalizada. También, los adultos mayores tienden a atribuir sus ataques de pánico a ciertas situaciones estresantes, como un procedimiento médico o situaciones sociales. Las personas de edad avanzada pueden proporcionar explicaciones para el ataque de pánico retrospectivamente (lo que impediría el diagnóstico de trastorno de pánico), incluso en caso de que el ataque haya sido realmente inesperado en ese momento (y, por lo tanto, válido para el diagnóstico del trastorno de pánico). De esto puede deducirse un infradiagnóstico de los ataques de pánico inesperados en las personas mayores. Por lo tanto, en los adultos mayores será necesario un cuidadoso interrogatorio para evaluar si los ataques de pánico son esperados o inesperados antes de entrar en la situación y así no pasar por alto los ataques de pánico inesperados y el diagnóstico de trastorno de pánico.

Aunque la baja tasa de trastornos de pánico en los niños podría relacionarse con sus dificultades para explicar los síntomas, esto parece poco probable dado que los niños son capaces de comunicar el miedo intenso o el pánico relacionado con la separación y con los objetos o las situaciones fóbicas. Los adolescentes podrían estar menos dispuestos que los adultos a hablar abiertamente de los ataques de pánico. Por lo tanto, los clínicos deben ser conscientes de que los ataques de pánico inesperados aparecen tanto en los adolescentes como en los adultos, y se debería pensar en esta posibilidad cuando se encuentran con adolescentes que presentan episodios de intenso miedo o angustia.

Factores de riesgo y pronóstico

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Temperamentales. La afectividad negativa (neuroticismo) (esto es, la predisposición a experimentar emociones negativas) y la sensibilidad a la ansiedad (esto es, la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico y, de manera independiente, para preocuparse por los ataques de pánico, aunque se desconoce su implicación en el riesgo para el diagnóstico del trastorno de pánico. Una historia de "episodios de miedo" (esto es, ataques con síntomas limitados que no cumplen todos los criterios durante una crisis de pánico) puede ser un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico posterior. Aunque la ansiedad por separación en la infancia, sobre todo cuando es grave, puede preceder al desarrollo posterior de un trastorno de pánico, no siempre es un factor de riesgo.

Ambientales. La historia de experiencias infantiles de abusos sexuales y malos tratos físicos es más frecuente en el trastorno de pánico que en algunos otros trastornos de ansiedad. Fumar es un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico. La mayoría de las personas refiere factores de estrés identificables en los meses previos a su primer ataque de pánico (p. ej., factores estresantes interpersonales y factores de estrés relacionados con el bienestar físico, como experiencias negativas con drogas o fármacos, enfermedades o una muerte en la familia).

Genéticos y fisiológicos. Se cree que hay múltiples genes que confieren vulnerabilidad para el trastorno de pánico. Sin embargo, siguen siendo desconocidos los genes exactos, los productos genéticos y las funciones relacionadas con las regiones genéticas. Los modelos actuales de sistemas neuronales para el trastorno de pánico resaltan el papel de la amígdala y de las estructuras relacionadas, que también están implicadas en otros trastornos de ansiedad. Hay un aumento del riesgo para el trastorno de pánico entre los hijos de los padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares. Algunas dificultades respiratorias, como el asma, se asocian con el trastorno de pánico en cuanto a antecedentes personales, familiares y de comorbilidad.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La proporción de los temores acerca de los síntomas mentales y somáticos de la ansiedad parece variar entre las culturas y puede influir en la tasa de los ataques de pánico y del trastorno de pánico. Además, las expectativas culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

pánico como inesperados o esperados. Por ejemplo, una persona vietnamita que tiene un ataque de pánico después de caminar en un entorno con mucho viento (trúnggió, "golpeado por el viento") puede atribuir el ataque de pánico a la exposición al viento como resultado del síndrome cultural que vincula estas dos experiencias, lo que coloca al ataque de pánico en la clasificación como situacional. Varios otros síndromes culturales se asocian con el trastorno de pánico, entre los que están el ataque de nervios de los latinoamericanos y los ataques *khyál* y de "pérdida del alma" los camboyanos. El *ataque de nervios* puede implicar temblores, gritos o llanto incontrolable, comportamientos agresivo o suicida y despersonalización o desrealización, que se pueden experimentar durante un tiempo más largo que los pocos minutos característicos de los ataques de pánico. Algunas presentaciones clínicas de *ataque de nervios* cumplen los criterios de afecciones distintas del ataque de pánico (p. ej., otro trastorno desadaptativo especificado). Estos síndromes influyen en los síntomas y en la frecuencia del trastorno de pánico incluyendo la atribución individual de lo inesperado, ya que los síndromes culturales pueden originar miedo a ciertas situaciones que van desde las discusiones interpersonales (asociadas al ataque de nervios) hasta algunos tipos de ejercicio (asociados a los ataques *khyál*), pasando por el viento atmosférico (asociado a los ataques *trúng gió*). La aclaración de las atribuciones culturales puede ayudar a distinguir los ataques de pánico inesperados de los esperados.

Las preocupaciones específicas sobre los ataques de pánico o sobre sus consecuencias tienden a variar de una cultura a otra (y también a través de los diferentes grupos de edad y género). Para el trastorno de pánico, las muestras poblacionales estadounidenses de blancos no latinos presentan deterioro funcional significativamente menor que las de afroamericanos. También hay mayores índices de gravedad definida objetivamente en los negros caribeños no latinos con trastorno de pánico menores tasas de trastorno de pánico global tanto en los afroamericanos como en los afrocaribeño lo que sugiere que, en los individuos de ascendencia africana, los criterios del trastorno de pánico se satisfacen cuando el trastorno es grave y existe un deterioro sustancial.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Las características clínicas del trastorno de pánico no parecen diferir entre los varones y las mujeres. Hay algunas pruebas de dimorfismo sexual, con una asociación entre el trastorno de pánico y el gen de la catecol-O-metiltransferasa (COMT) sólo en las mujeres.

Marcadores diagnósticos

Agentes con diferentes mecanismos de acción, como el lactato de sodio, la cafeína, el isoproterenol, la yohimbina, el dióxido de carbono y la colecistocinina, pueden provocar ataques de pánico, en los individuos con trastorno de pánico, en un grado mucho mayor que en los controles sanos (y en algunos casos, mucho mayor que en los individuos con otros trastornos de ansiedad, trastorno depresivo o trastorno bipolar sin ataques de pánico). Además, en un porcentaje de individuos con trastorno de pánico, los ataques de pánico se relacionan con detectores medulares hipersensibles al dióxido de carbono, lo que ocasiona hipocapnia y otras irregularidades respiratorias. Sin embargo, ninguno de estos resultados de laboratorio se considera diagnóstico para el trastorno de pánico.

Riesgo de suicidio

Los ataques de pánico y un diagnóstico de trastorno de pánico en los últimos 12 meses están relacionados con una mayor tasa de intentos de suicidio y de ideación suicida en los últimos 12 meses, incluso si se consideran la comorbilidad, los antecedentes de maltrato infantil y otros factores de riesgo de suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno de pánico

El trastorno de pánico se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física, costos económicos considerables y un mayor número de visitas médicas relacionadas con los trastornos de angustia; aunque estos efectos van a ser más intensos cuando se presenta agorafobia. Los individuos con trastorno de pánico pueden ausentarse con frecuencia del trabajo o de la escuela para ir al médico y a los servicios de urgencias, lo que puede conducir al



desempleo o al abandono escolar. En los adultos mayores, el deterioro se puede observar durante las tareas de cuidado y las actividades de voluntariado. Los ataques de pánico con síntomas completos típicamente se asocian con una mayor morbilidad (p. ej., una mayor utilización de los centros de salud, más discapacidad, peor calidad de vida) que los ataques de síntomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de ansiedad especificados o trastorno de ansiedad no especificado. El trastorno de pánico no se debe diagnosticar si en los ataques de pánico no se presentan los síntomas completos (inesperados). En el caso de que los ataques de pánico inesperados sólo se presenten con síntomas limitados, debe considerarse el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. El trastorno de pánico no se diagnostica los ataques de pánico se consideran una consecuencia fisiológica directa de otras afecciones médicas. Los ejemplos de afecciones médicas que pueden causar ataques de pánico son el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el feocromocitoma, las disfunciones vestibulares, los trastornos convulsivos y las alteraciones cardiopulmonares (p. ej., las arritmias, la taquicardia supraventricular, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]). Las pruebas de laboratorio apropiadas (p. ej., los niveles séricos de calcio para el hiperparatiroidismo, la monitorización por Holter para las arritmias) a los exámenes físicos (p. ej., para las afecciones cardíacas) podrían ser útiles para determinar el papel etiológico de otra afección médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno de pánico no se diagnostica si los ataques de pánico son considerados como un efecto fisiológico directo de una sustancia. La intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., la cocaína, las anfetaminas, la cafeína) o cannabis y la retirada de agentes depresores del sistema nervioso central (p. ej., el alcohol, los barbitúricos) pueden precipitar un ataque de pánico. Sin embargo, si los ataques de pánico continúan ocurriendo fuera del contexto del uso de sustancias (p. ej., mucho después de que los efectos de la intoxicación o de la abstinencia hayan finalizado), se debería considerar el diagnóstico de trastorno de pánico. Además, dado que en algunas personas el trastorno de pánico puede preceder al uso de sustancias y estar asociado al aumento del consumo



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

de las mismas y, sobre todo, a los efectos de la automedicación, se debería realizar una historia detallada para determinar si el individuo presentaba ataques de pánico antes del consumo excesivo de esa sustancia. Si éste es el caso, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de pánico además del diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias. Características tales como la aparición después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida de conciencia, pérdida del control de esfínteres, trastornos del habla, amnesia) sugieren la posibilidad de que otra afección médica o una sustancia pueda estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Otros trastornos mentales con ataques de pánico como característica asociada (p. ej., otros trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos). Los ataques de pánico que suceden como un síntoma de otros trastornos de ansiedad son del tipo esperado (p. ej., provocados por situaciones sociales en el trastorno de ansiedad social, por objetos o situaciones fóbicas en la fobia específica o la agorafobia, por la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada, por la separación del hogar o de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad de separación) y, por lo tanto, no cumplen los criterios del trastorno de pánico. (Nota: A veces, un ataque de pánico inesperado se asocia con la aparición de otro trastorno de ansiedad, pero entonces los ataques se vuelven esperados, mientras que el trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico inesperados y recurrentes.) Si los ataques de pánico se producen sólo en respuesta a desencadenantes específicos, entonces sólo se diagnostica un trastorno de ansiedad específico. Sin embargo, si el individuo experimenta ataques de pánico inesperados y demuestra una inquietud persistente y preocupación o cambios de comportamiento debido a los ataques, entonces se debería considerar el diagnóstico adicional de trastorno de pánico.

Comorbilidad

El trastorno de pánico se observa con poca frecuencia en la práctica clínica en ausencia de otra psicopatología. La prevalencia del trastorno de pánico es elevada en las personas con otros trastornos, particularmente otros trastornos de ansiedad (especialmente la agorafobia), la depresión mayor, el trastorno bipolar y, posiblemente, el trastorno por consumo moderado de alcohol. Mientras que el trastorno de pánico a menudo tiene una edad de inicio anterior a la del



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

trastorno comórbido, su aparición a veces se produce después de la comorbilidad y puede considerarse un marcador de gravedad de la enfermedad comórbida. Las tasas de por vida referidas para la comorbilidad entre el trastorno de pánico y el trastorno depresivo mayor varían ampliamente, desde el 10 al 65%, en los individuos con trastorno de pánico. En aproximadamente un tercio de los individuos con ambos trastornos, la depresión precede a la aparición de un trastorno de pánico. En los dos tercios restantes, la depresión se produce coincidiendo con la aparición del trastorno de pánico o después de él. Un subgrupo de individuos con trastorno de pánico acaba desarrollando un trastorno por consumo de sustancias, lo que para algunos representa un intento de tratar la ansiedad con alcohol o medicamentos. La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y el trastorno de ansiedad a causa de una enfermedad también son frecuentes.

El trastorno de pánico es comórbido de manera significativa con numerosos síntomas y afecciones médicas generales, entre las que están los mareos, las arritmias cardíacas, el hipertiroidismo, el asma, la EPOC y el síndrome del intestino irritable, entre otras. Sin embargo, la naturaleza de la asociación (p. ej., causa y efecto) entre el trastorno de pánico y estas afecciones permanece incierta. Aunque, el prolapso de la válvula mitral y las enfermedades de tiroides son más frecuentes entre las personas con trastorno de pánico que entre la población general, las diferencias entre prevalencias no son uniformes.

Especificador de pánico

Nota: Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

pánico”). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se produce cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Características

La característica esencial de un ataque de pánico es un acceso brusco de miedo o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, tiempo durante el cual se presentan cuatro o más de un total de 13 síntomas físicos y cognitivos. Once de estos 13 síntomas son físicos (p. ej., palpitaciones, sudoración), mientras que dos son cognitivos (esto es, el miedo a



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

perder el control o a volverse loco, y el miedo a morir). "El miedo a volverse loco" es una expresión coloquial utilizada a menudo por personas con ataques de pánico y no pretende servir de término peyorativo o diagnóstico. El término en cuestión de minutos significa que el tiempo hasta el máximo de intensidad es sólo, literalmente, de unos minutos. Un ataque de pánico puede surgir tanto de un estado de calma como de un estado de ansiedad, y se debería evaluar el tiempo hasta el pico de intensidad máxima de manera independiente de cualquier precedente de ansiedad. Es decir, el comienzo del ataque de pánico es el punto en el que hay un aumento brusco del malestar, en vez de ser el punto en el que la ansiedad comienza a desarrollarse. Del mismo modo, un ataque de pánico puede regresar tanto hacia un estado de ansiedad como hacia un estado de calma, y posiblemente pueda alcanzar el pico nuevamente. El ataque de pánico se distingue de la ansiedad constante por el tiempo que transcurre hasta el máximo de su intensidad, que se produce en cuestión de minutos, por su naturaleza discreta y, generalmente, por su mayor intensidad. Los ataques que cumplen todos los demás criterios, pero que tienen menos de cuatro síntomas físicos y /o cognitivos, se conocen como ataques de *síntomas limitados*.

Hay dos tipos característicos de ataques de pánico: los esperados y los inesperados. Los *ataques de pánico esperados* son aquellos en que existe una señal obvia o desencadenante, como son las situaciones en las que previamente han ocurrido *ataques de pánico*. Los *ataques de pánico inesperados* son aquellos para los que no hay ninguna señal obvia o desencadenante en el momento en que aparecen (p. ej., al relajarse o al dormir [ataque de pánico nocturno]). Se espera que sea el clínico el que determine si los ataques de pánico son esperados o inesperados, juicio que basará en la combinación de un interrogatorio cuidadoso, en cuanto a la secuencia de los eventos anteriores o previos al ataque, con la propia opinión del individuo sobre si, parece que el ataque sucedió con o sin alguna razón aparente. Las interpretaciones culturales pueden influir en la determinación de su forma, esperada o inesperada. Se pueden objetivar síntomas específicos de la cultura (p. ej., zumbido de oídos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos incontrolables o llanto); sin embargo, tales síntomas no deben contar como uno de los cuatro síntomas requeridos para el diagnóstico. Los ataques de pánico pueden aparecer en el contexto de cualquier trastorno mental (p. ej., los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos de la alimentación, los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, los trastornos



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

de personalidad, los trastornos psicóticos, los trastornos por consumo de sustancias) y algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales), y la mayoría no cumple con los criterios para el trastorno de pánico. Se requieren ataques de pánico inesperados y recurrentes para hacer un diagnóstico de trastorno de pánico.

Características asociadas

Un tipo de ataque de pánico inesperado es el *ataque de pánico nocturno* (esto es, despertarse del sueño en un estado de pánico), que difiere del pánico después de despertarse plenamente del sueño. Los ataques de pánico están relacionados con una mayor tasa de intentos de suicidio e ideación suicida, incluso cuando se tienen en cuenta la comorbilidad y otros factores de riesgo de suicidio.

Prevalencia

En Estados Unidos, en la población general, la estimación de la prevalencia anual para los ataques de pánico es del 11,2% en los adultos. Las estimaciones de la prevalencia anual no parecen diferir significativamente entre los afroamericanos, los asiático-americanos y los latinos. Las estimaciones de la prevalencia anual son más bajas en los países europeos y parecen oscilar entre el 2,7 y el 3,3%. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones por los ataques de pánico, aunque esta diferencia de género es más pronunciada para el trastorno de pánico. Los ataques de pánico pueden aparecer en los niños, pero son relativamente raros hasta la pubertad, momento en que las tasas de prevalencia aumentan. Las tasas de prevalencia disminuyen en las personas de más edad, posiblemente como reflejo de una disminución de la gravedad hasta niveles subclínicos.

Desarrollo y curso

La edad media de inicio de los ataques de pánico en Estados Unidos es de aproximadamente 22 a 23 años entre los adultos. Sin embargo, el curso de los ataques de pánico está probablemente

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

influenciado por el curso de cualquier otro trastorno mental concurrente y por los eventos estresantes de la vida. Los ataques de pánico son poco frecuentes, y los ataques de pánico inesperados son raros en los niños preadolescentes. Los adolescentes podrían estar menos predispuestos que los adultos a hablar abiertamente de los ataques de pánico, a pesar de que se presentan con episodios de miedo o malestar intensos. La baja prevalencia de los ataques de pánico en las personas mayores puede estar relacionada con una respuesta más débil del sistema nervioso autónomo a los estados emocionales en comparación con los individuos más jóvenes. Las personas de edad avanzada pueden estar menos inclinadas a usar la palabra "miedo" y más inclinadas a utilizar la palabra "malestar" para describir los ataques de pánico, las personas mayores con "sentimientos de pánico" pueden presentar un cuadro "híbrido" de ataques de pánico de síntomas limitados y de ansiedad generalizada. Además, las personas mayores tienden atribuir los ataques de pánico a ciertas circunstancias (p. ej., procedimientos médicos, situaciones les) que son estresantes y pueden proporcionar explicaciones retrospectivas para el ataque de pánico, incluso si ocurrió de manera inesperada en la realidad. De esto se podría deducir que existe un diagnóstico de los ataques de pánico inesperados en las personas mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La afectividad negativa (neuroticismo) (esto es, la predisposición a experimentar emociones negativas) y la sensibilidad a la ansiedad (esto es, la disposición para creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico. La experiencia previa de "episodios de miedo" (esto es, ataques de síntomas limitados que no cumplen los criterios completos para un ataque de pánico) puede ser un factor de riesgo para los ataques de pánico posteriores.

Ambientales. Fumar es un factor de riesgo para los ataques de pánico. La mayoría de las personas identifica factores de estrés en los meses previos a su primer ataque de pánico (p. ej., los factores estresantes interpersonales y los factores de estrés relacionados con el bienestar físico, tales como las experiencias negativas con medicamentos lícitos e ilícitos, las enfermedades o la muerte en la familia).



Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las interpretaciones culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como esperados o inesperados. Los síntomas específicos de la cultura pueden objetivarse (p. ej., zumbido de oídos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos incontrolables o llanto); sin embargo, tales síntomas no deben contar como uno de los 4 síntomas requeridos para el diagnóstico. La frecuencia de cada uno de los 13 síntomas varía entre las culturas (p. ej., las tasas más altas de parestesias en los afroamericanos y de mareos, en varios grupos asiáticos). Los síndromes culturales también influyen en la presentación intercultural de los ataques de pánico, lo que origina diferentes perfiles de síntomas a través de los distintos grupos culturales. Algunos ejemplos son los ataques *khyal* (viento), un síndrome cultural de Camboya que cursa con mareos, acúfenos y dolor de cuello, y los ataques *trúng gió* (relacionados con el viento), un síndrome de la cultura vietnamita asociado con dolores de cabeza. El *ataque de nervios* es un síndrome cultural de los latinoamericanos que puede implicar temblor, gritos incontrolables o llanto, comportamiento agresivo, suicida y despersonalización o desrealización, y puede experimentarse durante un tiempo mayor que los pocos minutos típicos de los ataques de pánico. Algunas presentaciones clínicas del *ataque de nervios* cumplen los criterios de otras afecciones distintas del ataque de pánico (p. ej., otro trastorno disociativo especificado). Además, las expectativas culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como esperados o inesperados, como ocurre en los síndromes culturales en los que se puede originar miedo a ciertas situaciones, desde discusiones interpersonales (asociadas con el *ataque de nervios* hasta ciertos tipos de ejercicio (asociados con los ataques *khyál*), pasando por el viento atmosférico (asociados con los ataques *trúng gió*). La aclaración de las atribuciones culturales puede ayudar a distinguir los ataques de pánico inesperados de los esperados.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los ataques de pánico son más comunes en las mujeres que en los varones, pero las características o síntomas clínicos de los ataques de pánico no difieren entre los varones y las mujeres.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



Marcadores diagnósticos

Los registros fisiológicos de los ataques de pánico de causa natural en las personas con trastorno de pánico indican un acceso brusco de la excitación, por lo general de la frecuencia cardíaca, que alcanza su máxima expresión en minutos y que desaparece también en cuestión de minutos, y en un porcentaje de estos individuos el ataque de pánico podría estar precedido de inestabilidad cardiorrespiratoria.

Consecuencias funcionales del ataque de pánico

En el contexto de los trastornos mentales, entre los que están los trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo, el trastorno bipolar, los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos psicóticos y los trastornos de la personalidad, pueden concurrir los ataques de pánico con una mayor gravedad de los síntomas, unas tasas más altas de comorbilidad y de tendencia suicida, y una respuesta más pobre al tratamiento. Además, los ataques de pánico con sintomatología completa normalmente se asocian con una mayor morbilidad (p. ej., un mayor uso de los servicios sanitarios, mayor discapacidad, peor calidad de vida) que los ataques de síntomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Otros episodios paroxísticos (por ejemplo, “ataques de ira”). No se deberían diagnosticar ataques de pánico cuando los episodios no implican la característica esencial de un aumento brusco del miedo o un malestar intenso, sino más bien otros estados emocionales (p. ej., la ira, la pena).

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. Las afecciones médicas que pueden causar, o ser mal diagnosticadas de ataques de pánico son el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, la feocromocitoma, las disfunciones vestibulares, los trastornos convulsivos y las afecciones cardiopulmonares (p. ej., las arritmias, la taquicardia supraventricular, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Las pruebas adecuadas de laboratorio (p. ej., los



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

niveles de calcio en el suero para el hiperparatiroidismo, o la monitorización por Holter para las arritmias) o los exámenes médicos (p. ej., para las enfermedades cardíacas) podrían ser útiles para determinar el papel etiológico de otra afección médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Pueden precipitar un ataque de pánico la intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., la cocaína, las anfetaminas, la cafeína) o cannabis y la abstinencia de los agentes depresores del sistema nervioso central (p. ej., el alcohol, los barbitúricos). Se debe realizar una historia detallada para determinar si el individuo tenía ataques de pánico antes del consumo excesivo de sustancias. Características tales como una aparición después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida de la conciencia, pérdida del control de los esfínteres, trastornos del habla o amnesia) sugieren la posibilidad de que una afección médica o de que una sustancia pueda estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de pánico. Para el diagnóstico de trastorno de pánico se requieren ataques de pánico inesperados y repetidos, pero no son suficientes para el diagnóstico de éste (p. ej., se deben cumplir todos los criterios diagnósticos para el trastorno de pánico).

Comorbilidad

Los ataques de pánico están asociados a una mayor probabilidad de padecer diversos trastornos mentales comórbidos, entre los que están los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos del control de los impulsos y los trastornos por consumo de sustancias. Los ataques de pánico se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar posteriormente trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares y posiblemente otros trastornos.



1.2.6 Agorafobia

Criterios diagnósticos

- A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:
 - 1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
 - 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
 - 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
 - 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
 - 5. Estar fuera de casa solo.
- B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).
- C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal, recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la agorafobia es un marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones (Criterio A). El diagnóstico requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones siguientes: 1) el uso de medios de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones; 2) encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamientos, plazas, puentes; 3) estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines; 4) estar de pie haciendo cola o encontrarse en una multitud, o 5) estar fuera de casa solo. Los ejemplos para cada situación no son exclusivos; se pueden temer otras situaciones. Al experimentar el miedo y la ansiedad desencadenados por tales situaciones, los individuos suelen experimentar pensamientos de que algo terrible podría suceder (Criterio B). Los individuos con frecuencia creen que podría ser difícil escapar de este tipo de situaciones (p. ej., "no se puede salir de aquí") o que sería difícil disponer de ayuda en el momento en que se presentaran síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazoso (p. ej., "no hay nadie que me ayude"). "Los síntomas similares al pánico" se refieren a cualquiera de los 13 síntomas incluidos en los criterios del ataque de pánico, tales como mareos, desmayos y miedo a morir. "Otros síntomas incapacitantes o embarazosos" podrían ser los vómitos y los síntomas inflamatorios del intestino, así como, en las personas mayores, el miedo a caerse o, en los niños, una sensación de desorientación y de encontrarse perdidos.

La cantidad de miedo experimentado puede variar con la proximidad a la situación temida y puede ocurrir en anticipación o en presencia de la situación agorafóbica. Además, el miedo o la ansiedad pueden tomar la forma de un ataque de pánico de síntomas limitados o completo (esto es, un ataque de pánico esperado). El miedo o la ansiedad se evocan casi cada vez que el individuo entra en contacto con la situación temida (Criterio C). Por lo tanto, una persona que



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

desarrolla ansiedad y sólo de vez en cuando se produce una situación agorafóbica (p. ej., desarrolla ansiedad cuando hace cola en sólo una de cada cinco ocasiones) no sería diagnosticada de agorafobia. El individuo evita activamente la situación o, si no puede o decide no evitarla, la situación provoca un miedo o una ansiedad intensa (Criterio D). La *evitación activa* significa que el individuo se comporta de una manera intencionada para prevenir o minimizar el contacto con las situaciones de agorafobia. La naturaleza de la evitación puede ser comportamental (p. ej., cambiar las rutinas diarias, la elección de un trabajo cercano para evitar el uso del transporte público, encargar las compras a domicilio para evitar entrar en las tiendas y los supermercados) o cognitiva (p. ej., usar la distracción para superar las situaciones de agorafobia). La evitación puede llegar a ser tan grave que la persona se quede completamente confinada en casa. A menudo, la persona se encuentra en mejores condiciones para hacer frente a la situación temida si va acompañada de alguien, como un socio, un amigo o un profesional de la salud.

El miedo, la ansiedad y la evitación deben ser desproporcionados para el peligro que realmente suponen las situaciones de agorafobia y para el contexto sociocultural (Criterio E). Es importante, por varias razones, diferenciar los temores agorafóbicos clínicamente significativos de los temores razonables (p. ej., salir de casa durante una fuerte tormenta) o de las situaciones que se consideren peligrosas (p. ej., caminar por un aparcamiento o usar el transporte público en un área de alta criminalidad). En primer lugar, la evasión puede ser difícil de juzgar a través de la cultura y el contexto sociocultural (p. ej., en ciertas partes del mundo, es socioculturalmente aceptable que las mujeres musulmanas ortodoxas eviten salir de casa solas, y esta evitación no se consideraría indicativa de agorafobia). En segundo lugar, los adultos mayores son propensos a atribuir en exceso sus temores a las limitaciones relacionadas con la edad y son menos propensos a juzgar sus miedos como desproporcionados con respecto al riesgo real. En tercer lugar, las personas con agorafobia tienden a sobrestimar el peligro de los síntomas similares al pánico u otros síntomas corporales. La agorafobia se debe diagnosticar sólo si el miedo, la ansiedad o la evitación persiste (Criterio F) y si causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro significativo en las áreas sociales u ocupacionales, o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio G). La duración de "típicamente 6 meses o más" pretende excluir a las



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

personas con problemas transitorios de corta duración. Sin embargo, el criterio de duración se debería utilizar como guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

En sus formas más severas, la agorafobia puede motivar que los individuos se queden totalmente confinados en casa, que no puedan salir de su hogar y que dependan de los demás para los servicios o la asistencia e incluso para las necesidades básicas. Son frecuentes la desmoralización y los síntomas depresivos, así como el abuso del alcohol y los medicamentos sedantes, y los intentos indebidos de automedicación.

Prevalencia

Cada año, aproximadamente el 1,7% de los adolescentes y de los adultos es diagnosticado de agorafobia. Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los varones de experimentar agorafobia. La agorafobia puede ocurrir en la infancia, pero la incidencia máxima se encuentra en la adolescencia tardía y en la vida - adulta temprana. La prevalencia anual en los individuos mayores de 65 años es del 0,4%. Las tasas de prevalencia no parecen variar sistemáticamente en los diferentes grupos culturales o raciales.

Desarrollo y curso

El porcentaje de personas con agorafobia que refieren ataques de pánico o trastorno de pánico antes de la aparición de la agorafobia es del 30 % en las muestras de la comunidad y de más del 50% en las muestras clínicas. La mayoría de los individuos con trastorno de pánico muestra signos de ansiedad y agorafobia antes de la aparición del trastorno de pánico. En dos tercios de todos los casos de agorafobia, la aparición inicial es anterior a los 35 años. Hay un riesgo importante de incidencia en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana, con una segunda fase de alto riesgo de incidencia después de los 40 años de edad. La primera aparición en la infancia es poco común. La edad media de inicio de los síntomas de agorafobia en la población



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

general son los 17 años, aunque la edad de inicio de la agorafobia sin ataques de pánico o trastorno de pánico precedentes es 25-29 años. El curso de la agorafobia es típicamente persistente y crónico. A menos que se trate, la remisión completa de la agorafobia es rara (10%). En los casos graves de agorafobia, las tasas de plena remisión disminuyen, mientras que las tasas de recaída y cronicidad aumentan. Una variedad de otros trastornos, en particular otros trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de la personalidad, pueden complicar el curso de la agorafobia. La evolución a largo plazo y el pronóstico de la agorafobia se asocian con un riesgo sustancialmente elevado de trastorno depresivo mayor secundario, de trastorno depresivo persistente (distimia) y de trastorno por consumo de sustancias.

Las características clínicas de la agorafobia son relativamente constantes durante toda la vida, aunque el tipo de situaciones agorafóbicas que desencadenan el miedo, la ansiedad o la evitación, así como el tipo de cogniciones, pueden variar. Por ejemplo, en los niños estar fuera de casa a solas y situación temida más frecuente, mientras que en los adultos mayores las situaciones que más habitualmente temen son estar en tiendas, haciendo cola y en espacios abiertos. Además, las cogniciones a menudo se refieren a perderse (en los niños), a experimentar síntomas similares a la angustia (en los adultos) y a caerse (en las personas mayores).

La baja prevalencia de la agorafobia en los niños podría reflejar dificultades para expresar los síntomas y, por lo tanto, las evaluaciones en los niños pequeños pueden requerir la obtención de información a partir de múltiples fuentes, entre ellas los padres y los maestros. Los adolescentes, en particular los varones, pueden estar menos dispuestos que los adultos a expresar abiertamente los temores y la evitación de la agorafobia; sin embargo, la agorafobia puede aparecer antes de la edad adulta y se deberán evaluar tanto en los niños como en los adolescentes. Las personas mayores suelen citar los trastornos comórbidos con síntomas somáticos y las alteraciones motoras (p. ej., la sensación de caerse o de tener complicaciones médicas) como el motivo del miedo y la evitación. En estos casos debe evaluarse con cuidado si el miedo y la evitación son desproporcionados en relación al verdadero peligro involucrado.



Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La inhibición de la conducta y la disposición neurótica (p. ej., la afectividad negativa [neuroticismo] y la sensibilidad a la ansiedad) están estrechamente relacionadas con la agorafobia, pero son relevantes para la mayoría de los trastornos de ansiedad (trastornos fóbicos, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada). La sensibilidad a la ansiedad (la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) también es característica de las personas con agorafobia.

Ambientales. Los sucesos negativos de la infancia (p. ej., separación, muerte de los padres) y otros acontecimientos estresantes, como haber sido atacado o atracado, se asocian a la aparición de la agorafobia. Además, las personas con agorafobia describen un clima familiar y una crianza caracterizada por escasa calidez y exceso de sobreprotección.

Genéticos y fisiológicos. La heredabilidad de la agorafobia es del 61%. De las diversas fobias, la agorafobia es la que tiene la asociación más intensa y específica con el factor genético de propensión a las fobias.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los patrones de trastornos comórbidos de las mujeres y de los varones son distintos. De acuerdo con las diferencias de género en cuanto a prevalencia de trastornos mentales, los varones tienen mayores tasas de comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias.

Consecuencias funcionales de la agorafobia

La agorafobia se asocia con una considerable deficiencia y discapacidad en lo que se refiere a funcionalidad, productividad laboral y días de incapacidad. La gravedad de la agorafobia es un fuerte determinante del grado de discapacidad, independientemente de la presencia comórbida de un trastorno de pánico, ataques de pánico y otros trastornos. Más de un tercio de los individuos con agorafobia permanece completamente confinado en casa y no puede trabajar.



Diagnóstico diferencial

Cuando se cumplen todos los criterios diagnósticos de la agorafobia y de otro trastorno, se deberán asignar ambos diagnósticos, a menos que el miedo, la ansiedad o la evitación de la agorafobia sean atribuibles al otro trastorno. En algunos casos podría ser útil la ponderación de los criterios y el juicio clínico.

Fobia específica de tipo situacional. La diferenciación con la agorafobia puede ser difícil en algunos casos, debido a que estas afecciones comparten varios síntomas y criterios característicos. Se debería diagnosticar fobia específica situacional en lugar de la agorafobia si el miedo, la ansiedad y la evitación se limitan a una de las situaciones de agorafobia. Como método sólido para diferenciar la agorafobia de las fobias específicas se debería exigir el temor a dos o más de las situaciones de agorafobia, en particular en el subtipo situacional. Una característica diferenciadora adicional es la cognición. Por lo tanto, si la situación se teme por razones distintas a experimentar síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., temor a ser dañado directamente por la propia situación, como el miedo a que se estrelle el avión en las personas que temen volar), podría ser más apropiado un diagnóstico de fobia específica.

Trastorno de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por separación se puede diferenciar de la agorafobia mediante el análisis de las cogniciones. En el trastorno de ansiedad por separación, los pensamientos son acerca del desapego de las figuras vinculantes y del entorno del hogar (p. ej., los padres u otras figuras de apego), mientras que, en la agorafobia, el foco está en los síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos en las situaciones temidas.

Trastorno de ansiedad social (fobia social). La agorafobia se debe distinguir del trastorno de ansiedad social basándose principalmente en las situaciones que desencadenan el miedo, la ansiedad o la evitación, y en la cognición. En el trastorno de ansiedad social, la atención se centra en el miedo a ser evaluado negativamente.

Trastorno de pánico. No se debería diagnosticar la agorafobia cuando se cumplen los criterios del trastorno de pánico y si las conductas de evitación asociadas con los ataques de pánico no se extienden a la evitación de dos o más situaciones de agorafobia.



Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se pueden diferenciar de la agorafobia examinando si el miedo, la ansiedad o la evitación se relacionan únicamente con las situaciones que recuerdan al individuo un acontecimiento traumático. Si el miedo, la ansiedad o la evitación se limitan a los recordatorios del trauma, y si el comportamiento de evitación no se extiende a dos o más situaciones de agorafobia, no estaría justificado un diagnóstico de agorafobia.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, el individuo puede evitar dejar la casa debido a la apatía, la pérdida de energía, la baja autoestima y la anhedonia. Si la evitación no está relacionada con el temor a presentar síntomas incapacitantes o embarazosos similares a la angustia, no se debería diagnosticar una agorafobia.

Otras afecciones médicas. No se diagnosticaría agorafobia si la evitación de las situaciones es consecuencia fisiológica de una afección médica. Esta determinación se basa en la historia, los hallazgos de laboratorio y el examen físico. Otras afecciones médicas de interés son los trastornos neurodegenerativos con alteraciones motoras asociadas (p. ej., la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple) y los trastornos cardiovasculares. Los individuos con ciertas afecciones médicas pueden evitar ciertas situaciones debido a una preocupación realista por su incapacidad (p. ej., los desmayos en un individuo con ataques isquémicos transitorios) o por sentir vergüenza (p. ej., la diarrea en un individuo con enfermedad de Crohn). Se debería realizar un diagnóstico de agorafobia sólo cuando el temor y la evitación sean claramente superiores a los que, por lo general, se asocian a estas afecciones médicas.

Comorbilidad

La mayoría de los individuos que padecen agorafobia tiene también otros trastornos mentales. Los diagnósticos adicionales más frecuentes son otros trastornos de ansiedad (p. ej., fobias específicas, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor), trastorno de estrés postraumático y trastorno por consumo de alcohol. Mientras que otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, fobias específicas, trastorno de pánico) con frecuencia preceden a la aparición de la agorafobia, el trastorno



depresivo y los trastornos por consumo de sustancias suelen ocurrir de forma secundaria a la agorafobia.

1.2.7 Trastorno de ansiedad generalizada

Criterios diagnósticos

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

- 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2. Facilidad para fatigarse.
 - 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Características diagnosticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todos los días acerca de circunstancias rutinarias de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos de menor importancia (p. ej., las tareas del hogar o llegar tarde a las citas). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse en exceso por su competencia o por la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otra.

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes. Cuanto mayor sea la variedad de circunstancias de la vida sobre las que una persona se preocupa (p. ej., las finanzas, la seguridad de los niños, el rendimiento en el trabajo), es más probable que sus síntomas cumplan los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. En tercer lugar, las preocupaciones cotidianas se asocian con mucha menos frecuencia a síntomas

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

físicos (p. ej., inquietud, sentimiento de agitación o nerviosismo). Las personas con trastorno de ansiedad generalizada refieren malestar subjetivo debido a la preocupación constante y al deterioro de las áreas sociales u ocupacionales, o de otras áreas importantes del funcionamiento.

La ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos, tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, a pesar de que en los niños sólo se requiere un síntoma adicional.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Asociados a la tensión muscular pueden aparecer temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada también experimentan síntomas somáticos (p. ej., sudoración, náuseas y diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada. Los síntomas de hiperactividad vegetativa (p. ej., el ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, mareos) son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico. Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (p. ej., el síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

Prevalencia

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada en Estados Unidos es del 0,9% entre los adolescentes y del 2,9% entre los adultos en la comunidad. La prevalencia anual del trastorno en otros países varía del 0,4 al 3,6%. El riesgo de por vida es del 9,0%. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los varones de experimentar un trastorno de ansiedad generalizada. La mayor prevalencia del diagnóstico se da en la edad media de la vida, con disminución en las edades más avanzadas. Las personas de ascendencia europea tienden a experimentar el trastorno de ansiedad generalizada más frecuentemente que los individuos de ascendencia no europea (p. ej., de Asia, de África, nativos americanos y de las islas del Pacífico).

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Además, las personas de los países desarrollados tienen más probabilidades que las personas procedentes de países no desarrollados de manifestar que han experimentado síntomas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada a lo largo de su vida.

Desarrollo y curso

Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada expresan que han sentido ansiedad y nerviosismo durante toda su vida. La edad media de inicio de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada es de 30 años; sin embargo, la edad de inicio se extiende a lo largo de un amplio rango. La edad media de aparición es más tardía que la de los otros trastornos de ansiedad. Los síntomas de preocupación y ansiedad excesiva pueden aparecer en edades tempranas de la vida, pero entonces se manifiestan como un temperamento ansioso. El inicio del trastorno rara vez ocurre antes de la adolescencia. Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser crónicos y oscilantes durante toda la vida, fluctuando entre formas sindrómicas y subsindrómicas del trastorno. Las tasas de remisión completa son muy bajas.

La expresión clínica del trastorno de ansiedad generalizada es relativamente constante a lo largo de la vida. La principal diferencia entre los grupos de edad está en el contenido por el que el individuo se preocupa. Los niños y los adolescentes tienden a preocuparse más por la escuela y el rendimiento deportivo, mientras que las personas mayores refieren una mayor preocupación por el bienestar de su familia o de su propia salud física. Por lo tanto, el contenido de la preocupación del individuo tiende a ser apropiado para la edad. Los adultos más jóvenes experimentan síntomas más graves que los adultos mayores.

El inicio más precoz de los síntomas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada se asocia a una comorbilidad y un deterioro mayores. La aparición de una enfermedad física crónica puede ser un tema importante de preocupación excesiva en los ancianos. En los ancianos frágiles, las preocupaciones sobre la seguridad y, sobre todo, por las caídas pueden limitar sus actividades. En las personas con deterioro cognitivo precoz se debería



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

considerar, de manera realista y en ' el contexto del deterioro cognitivo, 10 que podría ser una preocupación excesiva sobre, por ejemplo, el paradero de las cosas.

En los niños y los adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, las inquietudes y las preocupaciones a menudo se refieren a la calidad de su rendimiento o a su competencia en la escuela o las actividades deportivas, incluso si el rendimiento no está siendo evaluado por los demás. Puede haber excesivas preocupaciones sobre la puntualidad. También pueden preocuparse por sucesos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear. Los niños con este trastorno pueden ser demasiado formales, perfeccionistas e inseguros y tienden a repetir las tareas debido a una excesiva insatisfacción con su rendimiento. Por lo general son muy propensos a buscar seguridad y aprobación, y requieren una reafirmación excesiva sobre su desempeño y otras cosas que les preocupan.

El trastorno de ansiedad generalizada puede sobrediagnosticarse en los niños. Cuando se considera este diagnóstico, en los niños, se debe hacer una evaluación completa de la presencia de otros trastornos de ansiedad de la infancia y de otros trastornos mentales para determinar si las preocupaciones se pueden explicar mejor por alguno de ellos. El trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad social (fobia social) y el trastorno obsesivo-compulsivo se acompañan a menudo de preocupaciones que pueden confundirse con las que se describen en el trastorno de ansiedad generalizada. Por ejemplo, un niño con trastorno de ansiedad social puede estar preocupado por su rendimiento escolar por temor a la humillación. Las preocupaciones relativas a enfermedades también se pueden explicar mejor por el trastorno de ansiedad por separación o por el trastorno obsesivo-compulsivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La inhibición de la conducta, la afectividad negativa (neuroticismo) y la evitación del daño se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada.

Ambientales. Aunque las adversidades en la infancia y la sobreprotección de los padres se han asociado al trastorno de ansiedad generalizada, no se han identificado factores ambientales más



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

específicos, necesarios o suficientes para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

Genéticos y fisiológicos. Un tercio del riesgo de sufrir trastorno de ansiedad generalizada es genético, y estos factores genéticos se superponen con el riesgo de neuroticismo y son compartidos con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sobre todo con el trastorno depresivo mayor.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Existe una variación cultural considerable en la expresión del trastorno de ansiedad generalizada. Por ejemplo, en algunas culturas los síntomas somáticos predominan en la expresión del trastorno, mientras que en otras culturas tienden a predominar los síntomas cognitivos. Esta diferencia puede ser más evidente en la presentación inicial que posteriormente, a medida que los individuos presentan más síntomas con el paso del tiempo. No hay información en cuanto a si la propensión a la preocupación excesiva tiene influencias culturales, aunque el tema de la preocupación podría ser específico de cada cultura. Es importante tener en cuenta el contexto social y cultural al evaluar si las preocupaciones sobre ciertas situaciones son o no excesivas.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En el ámbito clínico, el trastorno de ansiedad generalizada se diagnostica más frecuentemente en las mujeres que en los varones (alrededor del 55-60% de quienes presentan el trastorno son mujeres). En los estudios epidemiológicos, aproximadamente dos tercios son mujeres. Las mujeres y los varones con trastorno de ansiedad generalizada parecen tener síntomas similares, pero tienen diferentes patrones de comorbilidad. En las mujeres, la comorbilidad se limita en gran parte a los trastornos de ansiedad y a la depresión unipolar, mientras que en los varones es más probable que la comorbilidad se extienda a los trastornos por uso de sustancias.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados, como la tensión muscular y la sensación de excitación o de nerviosismo, el cansancio, la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño, contribuyen al deterioro. Es importante destacar que la preocupación excesiva puede afectar a la capacidad que tienen las personas con trastorno de ansiedad generalizada de fomentar la confianza en sus hijos.

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad significativa y una angustia que son independientes de los trastornos comórbidos, y la mayoría de los adultos no institucionalizados por este trastorno tiene una discapacidad entre moderada y grave. El trastorno de ansiedad generalizada ocasiona, en la población de Estados Unidos, una pérdida de 110 millones de días al año por incapacidad.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debería asignar si se considera que la ansiedad y la preocupación del individuo, basándose en la historia, los hallazgos de laboratorio y la exploración física, son el efecto fisiológico de otra afección médica específica (p. ej., feocromocitoma, hipertiroidismo).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno de ansiedad generalizada por el hecho de considerar que una sustancia o medicamento (p. ej., una droga de abuso, la exposición a una toxina) está etiológicamente relacionado con la ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad grave que se produce sólo en el contexto de un elevado consumo de café sería diagnosticada de trastorno de ansiedad inducido por cafeína.

Trastorno de ansiedad social. Los individuos con trastorno de ansiedad social a menudo tienden a esperar la ansiedad en relación con situaciones sociales próximas o de evaluación por terceros,



mientras que los individuos con trastorno de ansiedad generalizada muestran preocupación estén o no siendo evaluados.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Varias características distinguen la preocupación excesiva del trastorno de ansiedad generalizada de los pensamientos obsesivos del trastorno obsesivo-compulsivo. En el trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación se enfoca en los problemas futuros, y es el carácter excesivo de la preocupación por esos acontecimientos futuros lo que es anormal. En el trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones son ideas inadecuadas porque adoptan la forma de pensamientos, impulsos o imágenes intrusivos y no deseados. **Trastorno de estrés postraumático y trastornos de adaptación.** La ansiedad está invariablemente presente en el trastorno de estrés postraumático. No se debería diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada si la ansiedad y la preocupación se pueden explicar mejor como síntomas del trastorno de estrés postraumático. La ansiedad también puede aparecer en el trastorno de adaptación, pero esta categoría sólo se debe utilizar cuando no se cumplen los criterios de otro trastorno (incluido el trastorno de ansiedad generalizada). Por otra parte, en los trastornos adaptativos, la ansiedad se produce en respuesta a un factor estresante, identificable en los 3 meses anteriores a su aparición, y no debe persistir durante más de 6 meses después de haber desaparecido el factor estresante o sus consecuencias.

Trastornos depresivos, bipolares y psicóticos. La ansiedad y la preocupación generalizada constituyen una característica frecuente de los trastornos depresivos, bipolares y psicóticos, y no se deberían diagnosticar separadamente si la preocupación sólo aparece durante el curso de trastornos.

Comorbilidad

Los individuos que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada es probable que padecido, o que actualmente cumplan, los criterios de otro trastorno de ansiedad y de los trastornos depresivos unipolares. El neuroticismo o la responsabilidad emocional que sostiene este patrón de comorbilidad se asocia a antecedentes temperamentales y factores de riesgos genéticos y ambientales que estos trastornos tienen en común, aunque también son posibles otros factores independientes. Es menos común la comorbilidad con los trastornos por consumo de



sustancias, con los trastornos de la conducta, con los trastornos psicóticos, con los trastornos del neurodesarrollo y con los trastornos neurocognitivos.

1.2.8 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

- C. El trastorno se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante {p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos)

- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico o cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos de ansiedad inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter en 4a posición es “1”, y el médico registrará “trastorno leve por consumo de [sustancia]” antes de trastorno de ansiedad inducido por sustancias (p. ej., “trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno de ansiedad inducido por cocaína”). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter en 4a posición es “2”, y el médico hará constar “trastorno moderado por consumo de [sustancia]” o “trastorno grave por consumo de [sustancia]” según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), el carácter en 4a posición es “9”, y el médico sólo hará constar el trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

Procedimientos de riesgo

CIE-9-MC. El nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se supone que es la causante de los síntomas de ansiedad. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., salbutamol), se utilizará el código "otra sustancia"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico, pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio durante el consumo del medicamento). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de síntomas de ansiedad durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es 292.89 trastorno de ansiedad por consumo de lorazepam, con inicio durante la abstinencia. También se hace constar un diagnóstico

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

adicional 304.10 trastorno grave por consumo de lorazepam. Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel significativo en el desarrollo de síntomas de ansiedad, cada una de ellas se hará constar por separado (p. ej., 292.89 trastorno de ansiedad inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; 292 trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, con inicio después del consumo del medicamento).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se supone que es la causante de los síntomas de ansiedad. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios que, se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., salbutamol), se utiliza el código "otra sustancia", y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico, pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Para registrar el nombre del trastorno, el trastorno concurrente por consumo de sustancias, se enumera en primer lugar, y a continuación la palabra “con”, seguida del nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio durante el consumo de medicamentos. Por ejemplo, en el caso de síntomas de ansiedad durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es F13.280 trastorno grave por consumo lorazepam con trastorno de ansiedad inducido por lorazepam, con inicio durante la abstinencia se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de lorazepam trastorno de ansiedad inducido por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), no se hace con el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F16.980 trastorno de ansiedad inducido por psilocibina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel significativo en el desarrollo de los síntomas de ansiedad, cada una de ellas se constar por separado (p. ej., F15.280 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno ansiedad inducido por metilfenidato, con inicio durante la



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

intoxicación; F19.980 trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, con inicio después del consumo del medicamento).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad (Criterio A) que se consideran debidos a efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina). Los síntomas del pánico o de ansiedad se deben haber desarrollado durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia, o después de la exposición a un medicamento, y las sustancias/ medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas (Criterio B2). El trastorno de ansiedad debe considerar otras causas. Se debe realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos/ en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, únicamente si los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El pánico o la ansiedad pueden aparecer asociados a la intoxicación con los siguientes tipos de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina, alucinógenos, inhalantes, estimulantes (incluida la cocaína y otras sustancias (o sustancias desconocidas). El pánico y la ansiedad pueden aparecer en asociación con la retirada de las siguientes clases de sustancias: alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes (como la cocaína) y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Algunos medicamentos que evocan los síntomas de ansiedad son los anestésicos y los analgésicos, los simpaticomiméticos u otros broncodilatadores, los anticolinérgicos, la insulina, los preparados para la glándula tiroides, los anticonceptivos orales, los antihistamínicos, los medicamentos antiparkinsonianos, los corticosteroides, los medicamentos antihipertensivos y cardiovasculares, los anticonvulsivantes, el carbonato de litio, y los fármacos antipsicóticos y antidepresivos. También pueden causar síntomas de pánico o



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

ansiedad los metales pesados y las toxinas (p. ej., los insecticidas organofosforados, los gases nerviosos, el monóxido de carbono, el dióxido de carbono y las sustancias volátiles, tales como la gasolina y la pintura).

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos no está clara. Los datos generales de la población sugieren que puede ser infrecuente, con una prevalencia anual de aproximadamente el 0,002 %. Sin embargo, en las poblaciones clínicas la prevalencia es probablemente mayor.

Marcadores diagnósticos

Los análisis de laboratorio (p. ej., los de toxicología en la orina) pueden ser útiles para medir la intoxicación por sustancias como parte de una evaluación del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias y retirada de sustancias. Los síntomas de ansiedad ocurren comúnmente por la intoxicación y la retirada de sustancias. El diagnóstico de intoxicación por sustancias específicas o abstinencia de sustancias específicas es por lo general suficiente para clasificar la presentación de los síntomas. Debe hacerse un diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, además del de intoxicación o abstinencia de sustancias, cuando los síntomas de pánico o ansiedad predominan en el cuadro clínico y son de gravedad suficiente como para merecer una atención clínica independiente. Por ejemplo, los síntomas de pánico o ansiedad son característicos de la abstinencia del alcohol.

Trastorno de ansiedad (p. ej., no inducido por sustancias/medicamentos). El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos está etiológicamente relacionado con la sustancia/medicamento. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

distingue de un trastorno de ansiedad primario basándose en el inicio, el curso y otros factores relativos al uso de sustancias/medicamentos. Respecto a las drogas de abuso, debe haber indicios en la historia, la exploración física o los análisis de laboratorio que evidencien su uso, una intoxicación o la abstinencia. Los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias/medicamentos se presentan solamente en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos de ansiedad primarios pueden preceder a la aparición del uso de sustancias/medicamentos. La presencia de características que son atípicas de un trastorno de ansiedad primaria, tales como la edad atípica de inicio de los síntomas (p. ej., la aparición del trastorno de pánico después de la edad de 45 años) o unos síntomas atípicos (p. ej., un ataque de pánico con síntomas atípicos como verdadero vértigo, pérdida del equilibrio, pérdida de la conciencia, pérdida del control vesical, dolores de cabeza, trastornos del habla) pueden sugerir como etiología el trastorno inducido por sustancias/medicamentos. El diagnóstico de ansiedad primaria se justifica si los síntomas de pánico o de ansiedad persisten durante un período sustancial de tiempo (alrededor de un mes o más) después del final de la intoxicación por sustancias o de la abstinencia aguda, o si hay antecedentes de un trastorno de ansiedad.

Delirium. Si los síntomas de pánico o ansiedad aparecieran exclusivamente en el transcurso de un delirium, se consideraría que son una característica asociada al delirium y no se diagnosticarían por separado.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Si los síntomas de pánico o de ansiedad se atribuyen a las consecuencias fisiológicas de otra afección médica (es decir, se atribuyen a la afección más que a la medicación tomada para ésta), debería diagnosticarse trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. La historia clínica a menudo proporciona la base para tal juicio. A veces puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la afección médica (p. ej., medicación, sustitución o interrupción) para determinar si la medicación es el agente causal (en cuyo caso los síntomas se podrían explicar mejor por un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Si la perturbación es atribuible tanto a otra afección como a una sustancia de uso médico, se podrían realizar ambos diagnósticos (esto es, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si los síntomas de pánico o ansiedad son atribuibles a una sustancia/medicamento o a otra afección médica, o si ya existían antes (esto es,



que no son atribuibles a cualquier otra sustancia o afección médica), estaría indicado el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificada! o no especificado.

1.2.9 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma). La otra afección médica se codificará y anotará por separado inmediatamente antes del trastorno de ansiedad debido a la afección médica (p. ej., 227.0 [D35.0G] feocromocitoma; 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica. Los síntomas pueden ser manifestaciones de ansiedad o ataques de pánico prominentes (Criterio A). El juicio de que los síntomas se explicarían mejor por la afección física relacionada se ha de basar en las pruebas aportadas por la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio (Criterio B). Además, se debe descartar que los síntomas no se expliquen mejor por otro trastorno mental, en particular por el trastorno de adaptación, donde el factor de estrés originario de la ansiedad sería la afección médica (Criterio C). En este caso, un individuo



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

con trastorno de adaptación estaría especialmente angustiado por el significado o por las consecuencias de la afección médica asociada. Por contrario, cuando la ansiedad se debe a otra afección médica, la ansiedad muestra a menudo un componente físico prominente (p. ej., sensación de falta de aire). El diagnóstico no se realiza si los síntomas de ansiedad se producen sólo durante el curso de un delirium (Criterio D). Los síntomas de ansiedad deben causar un malestar clínicamente significativo, deterioro social o laboral, o deterioro de otras áreas importantes de actividad (Criterio E).

Para determinar si los síntomas de ansiedad son atribuibles a otra afección médica, el clínico debe establecer en primer lugar la presencia de la enfermedad médica. Además, antes de hacer el juicio de que la afección es la mejor explicación para los síntomas, debería establecer una relación etiológica entre los síntomas de ansiedad y el estado de salud mediante algún mecanismo fisiológico. Sería necesaria una evaluación cuidadosa y exhaustiva de múltiples factores. Se deben considerar varios aspectos de la presentación clínica: 1) la presencia de una asociación temporal clara entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la afección médica y los síntomas de ansiedad; 2) la presencia de características que sean atípicas de los trastornos de ansiedad primaria (p. ej., la edad de inicio de los síntomas atípicos o el curso), y 3) la evidencia bibliográfica de que existe un mecanismo fisiológico conocido (p. ej., el hipertiroidismo) capaz de causar la ansiedad. Además, la perturbación no se debería explicar mejor por un trastorno de ansiedad primaria, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos u otro trastorno mental primario (p. ej., un trastorno adaptativo).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Hay varias afecciones orgánicas que son conocidas por presentar como manifestación sintomática la ansiedad. Ejemplos de ello son las enfermedades endocrinas (p. ej., el hipertiroidismo, el feocromocitoma, la hipoglucemia y el hiperadrenocortisolismo), los trastornos cardiovasculares (p. ej., la insuficiencia cardíaca congestiva, la embolia pulmonar, las arritmias, como la fibrilación auricular), las enfermedades respiratorias (p. ej., la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, la neumonía), los trastornos metabólicos (p. ej., la deficiencia de



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

vitamina B12, la porfiria) y las enfermedades neurológicas (p. ej., las neoplasias, la disfunción vestibular, la encefalitis y las convulsiones). Se diagnostica la ansiedad debida a otra afección médica cuando se sabe que dicha afección médica induce ansiedad y ha precedido a su aparición.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica no está clara. Parece existir una elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad entre los individuos con determinadas afecciones médicas, como el asma, la hipertensión, las úlceras y la artritis. Sin embargo, este aumento de la prevalencia puede deberse a razones distintas al trastorno de ansiedad y puede estar causado directamente por la afección médica.

Desarrollo y curso

El desarrollo y el curso del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica general son los de la enfermedad subyacente. Este diagnóstico no está destinado a incluir trastornos de ansiedad primarios que surgen en el contexto de una enfermedad médica crónica. Esto es importante considerarlo en las personas mayores, que pueden experimentar una enfermedad médica crónica y luego desarrollar trastornos de ansiedad independientes, secundarios a la enfermedad médica crónica.

Marcadores diagnósticos

Para confirmar la existencia de la enfermedad médica asociada son necesarias pruebas de laboratorio y exámenes médicos.

Diagnóstico diferencial

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Delirium. No es determinante un diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica si la ansiedad se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. Sin embargo, se puede otorgar un diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo importante (demencia), si la etiología de la ansiedad se juzga que es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo y si la ansiedad es una parte importante de la presentación clínica.

Presentación mixta de los síntomas (p. ej., el estado de ánimo y la ansiedad). Si la presentación Ocluye una mezcla de diferentes tipos de síntomas, el trastorno mental específico debido a otra afección médica dependerá de los síntomas que predominen en el cuadro clínico.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Si hay evidencia de un reciente o prolongado uso de sustancias (incluyendo medicamentos con efectos psicoactivos), de la suspensión de una sustancia o de la exposición a una toxina, se debería considerar un trastorno de ansiedad inducido por la sustancia/medicamento. Algunos medicamentos se sabe que provocan ansiedad (p. ej., corticosteroides, estrógenos, metoclopramida); si se da esta circunstancia, la etiología medicamentosa podría ser la más probable, aunque quizá es difícil distinguir si la ansiedad es atribuible, los medicamentos o a la propia enfermedad. Cuando se está haciendo un diagnóstico de trastorno; ansiedad inducida por sustancias en relación con drogas recreativas o no prescritas, puede ser realizar un análisis de detección de drogas en la orina o la sangre, u otras pruebas apropiadas labora torio. Si los síntomas aparecen durante o poco después (esto es, en el plazo de 4 semanas) intoxicación por la sustancia o de su retirada, o después del uso de un medicamento, esto podría especialmente indicativo de un diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, dependiendo del tipo, la duración y la cantidad de la sustancia utilizada. Si el trastorno se asocia tanto a otra afección médica como al consumo de alguna sustancia, se podrían establecer ambos diagnósticos (p. ej., trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Características tales como la aparición después de los 45 años o la presencia de síntomas típicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida de conciencia, pérdida del control de los esfínteres, problemas del habla y amnesia) sugieren la posibilidad de que sea otra afección médica o una sustancia lo que esté causando los síntomas del ataque pánico.



Trastorno de ansiedad (no debido a una afección médica conocida). El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe distinguirse de otros trastornos de ansiedad (especialmente de trastorno de pánico y del trastorno de ansiedad generalizada). En los otros trastornos de ansiedad no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados con otra afección médica. Una edad avanzada de inicio de los síntomas, los síntomas atípicos y la ausencia de antecedentes personales o familiares de trastornos de ansiedad sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. El trastorno de ansiedad puede exacerbar o suponer un mayor riesgo de afecciones médicas, tales como episodios cardiovasculares y el infarto de miocardio, y en estos casos no se debería diagnosticar un trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debe distinguir del trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por inquietud ante una enfermedad, preocupación por el dolor y otras preocupaciones corporales. En el caso del trastorno de ansiedad por enfermedad, las personas pueden o no haber sido diagnosticadas de afecciones médicas. Aunque una persona con trastorno de ansiedad por enfermedad y diagnosticada de una afección médica es propensa a experimentar ansiedad en relación con su estado de salud, el estado de salud no estaría fisiológicamente relacionado con los síntomas de ansiedad.

Trastornos de adaptación. El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debe distinguir de los trastornos adaptativos con ansiedad o con ansiedad y depresión. El trastorno de adaptación se justifica cuando los individuos experimentan una respuesta desadaptativa a la tensión de tener otra afección médica. La reacción al estrés, por lo general, es secundaria a la importancia o a las consecuencias de éste, a diferencia de los síntomas de ansiedad o anímicos que son consecuencia fisiológica de otras afecciones médicas. En el trastorno de adaptación, los síntomas de ansiedad están típicamente relacionados con el afrontamiento del estrés que genera el hecho de tener una afección médica general, mientras que en el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica los individuos son más propensos a tener síntomas físicos prominentes y a que el centro de las preocupaciones no sea el estrés debido a la enfermedad en sí.

Característica asociada de otro trastorno mental. Los síntomas de ansiedad pueden estar asociados a otro trastorno mental (p. ej., la esquizofrenia, la anorexia nerviosa).



Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado. Este diagnóstico se realiza si no se puede determinar si los síntomas de ansiedad son primarios, inducidos por sustancias o asociados con otra afección médica.

1.2.10 Otro trastorno de ansiedad especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de ansiedad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente”). Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Ataques sintomáticos limitados.
2. Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente.
3. Khyál cap (ataque del viento)
4. Ataque de nervios

1.2.11 Otro trastorno de ansiedad no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría



del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

1.3 Ansiedad en estudiantes de nivel medio superior

Es sabido que toda persona, evidentemente, reacciona ante cualquier cambio importante de la vida; pero cuando estas reacciones alcanzan determinado grado de impacto y no son resueltas por los canales adecuados, propios de una personalidad madura, pueden considerarse como trastornos emocionales y, por consiguiente, de salud mental. Existen grupos de personas que son más vulnerables, entre ellos se encuentran los adolescentes y jóvenes, en quienes aparecen conductas que se expresan como problemas en relaciones familiares, sexuales, escolares, de trabajo y que muchas veces se canalizan hacia hábitos inadecuados como las adicciones y en los estudiantes adolescentes, el problema principalmente se localiza en el rendimiento escolar (Riveros, Hernández y Rivera, 2007).

Riveros, Hernández y Rivera (2007) nos dicen que la ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos en alerta ante sucesos detectados como amenazantes. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. Sin embargo, en ocasiones el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como un trastorno.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Es importante mencionar que la ansiedad no es propia de un escenario, ya que puede manifestarse dentro de la escuela, eventos sociales, eventos deportivos, empresas, entre otras más. Resulta importante tomar en cuenta la existencia de una serie de estresores externos que intervienen y pueden complicar diversas situaciones, por ejemplo: en las relaciones familiares, problemas legales, problemas económicos, bajo rendimiento tanto físico como mental, etc. (Feldman, 2002).

En el caso particular de la ansiedad, ésta afecta el aprendizaje escolar en diferentes etapas. Por otra parte, se ha identificado a la ansiedad como un factor de riesgo para experimentar malestar escolar y desarrollar síntomas posteriores. Los estudiantes víctimas de ansiedad afirman algunas veces que se sienten como bloqueados u ofuscados frente a pruebas importantes y son incapaces de recuperar información que tienen acerca de un tema. De este modo, la ansiedad puede influir en la codificación, almacenamiento y/o recuperación de información (Davidoff, 1984).

1.3.1 El principal reto que los estudiantes afrontan a lo largo de sus estudios

Consiste en, tener éxito en ellos, es decir, pasar semestre tras semestre todas las asignaturas que se imparten para terminar cabalmente su nivel medio superior y poder posteriormente estudiar una carrera profesional. El éxito en los estudios depende de factores económicos y personales, así como de psicológicos o emocionales. El factor económico se refiere a tener los recursos necesarios para poder solventar los gastos de transporte, alimentación, compra de libros y materiales de estudio. Dentro de los factores personales, se encuentra la condición de salud, el tiempo dedicado al estudio, el esfuerzo, la dedicación plasmada y la capacidad de trabajo dentro y fuera del salón de clases. Por último, dentro de los factores psicológicos o emocionales que influyen de manera positiva o negativa interfiriendo con el rendimiento académico, se encuentran la inteligencia, la motivación, las diversas preocupaciones, el estrés, la ansiedad y en algunos casos la depresión, sumando los factores negativos a la salud y a la capacidad de concentración en los estudios.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Los estudiantes de nivel medio superior se encuentran cotidianamente inmersos en situaciones académicas estresantes tales son como las evaluaciones de diversos tipos, el esfuerzo que implica hacer las tareas, los trabajos, la participación y la exposición en clase, los exámenes, trabajar en equipo, además de los posibles problemas que se puedan suscitar entre el maestro y el alumno, entre otras. A decir de Schinke, Schilling y Snow (1987, cit. en Farkas, 2003), la etapa de desarrollo en la que se encuentran, se considera como un tiempo de estrés, y además como un tiempo para aprender a afrontarlo a través de un doloroso proceso de ensayo y error, lo cual les hace más vulnerables a las situaciones estresantes, y conlleva, por tanto, la aparición de sintomatología.

1.3.2 Factores principales generadores de ansiedad en adolescentes

Entre los factores principales que generan más ansiedad en los estudiantes de nivel medio superior, se encuentra el elevado costo de los estudios y si el dinero recibido no cubre satisfactoriamente dichos gastos sólo crece la frustración.

Labrador y Crespo (1994) mencionan que el estrés es un factor que aqueja a la población, que causa ansiedad y existe la posibilidad de que llegue a provocar problemas físicos, mentales y también psicológicos. Dichos autores creen que el estar sometido bajo gran presión, sentirse frustrado o encontrarse en situaciones de las que no es fácil obtener el control, crea en la persona un desequilibrio interno que se manifiesta en síntomas físicos como insomnio, cansancio, dolor de cabeza, problemas de digestión, temblores, alteraciones cardiovasculares, hipertensión, dolores musculares, asma, jaquecas, etc.; y en síntomas comportamentales como: conflictos, aislamiento, desgano, ausentismo, ingestión de bebidas alcohólicas, entre otros, y en síntomas psicológicos como la ansiedad, tristeza, angustia, problemas de concentración, bloqueo mental, inquietud, olvidos, depresión, etc.

En general, la ansiedad parece facilitar el éxito en tareas sencillas e impedirlo en tareas complejas. Las personas con niveles elevados de ansiedad están muy propensas a tener un



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

rendimiento mediocre en tareas difíciles de ejecutar obteniendo resultados desastrosos porque se encuentran en situación de presión y de estrés. En vista de estos descubrimientos, es de suponer que las personas altamente ansiosas rendirán más pobremente en la escuela que personas menos ansiosas (Davidoff, 1984).

1.3.3 Correlación entre el rendimiento académico y la ansiedad

En un estudio García y de la Peza (2005), exploraron la correlación entre el rendimiento académico y la ansiedad; evaluando el rendimiento académico a través del promedio de los alumnos y la ansiedad a través del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de Tobal y Cano. La muestra estuvo conformada por 151 alumnos del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey Campus Querétaro. Los principales resultados indican que existe una correlación significativa negativa entre las variables académicas y ansiedad; esto quiere decir que los alumnos con mayores niveles de ansiedad presentan menor rendimiento académico que los que no presentan niveles altos de ansiedad.

Farkas (2003) elaboró un estudio que tuvo por objetivo estudiar la utilización de las estrategias mágicas en el proceso de afrontamiento al estrés académico. La muestra estuvo conformada por 160 estudiantes universitarios pertenecientes a las carreras de Música y Arquitectura en Santiago de Chile, de edades entre 17 y 27 años. El criterio de selección fue contar con niveles de estrés e incontrolabilidad altos. Se encontró una correlación significativa entre el rendimiento académico y con el uso de estrategias mágicas, es decir, que mientras más bajo sea el rendimiento académico, se recurrirá con mayor frecuencia al empleo de estrategias mágicas, sin embargo, no se encuentran diferencias significativas entre ambos sexos.



1.3.4 Relación entre ansiedad, salud física y salud mental

Sánchez, Aparicio y Dresh (2006) dicen que parece ser que existe una relación entre la ansiedad y la salud física y mental, sobre todo en la adolescencia. Dichos autores señalan que la ansiedad afecta de modo directo a la salud mental de las personas que la padecen. Para comprobar lo anteriormente expuesto, realizaron un estudio el cual tuvo por objetivo analizar las posibles relaciones entre variables psicológicas (ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida) y la salud física entre hombres y mujeres y comprobar las posibles diferencias. La muestra fue de 500 sujetos de entre 25 a 65 años. Se utilizaron cuatro instrumentos: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de Tobal y Cano, la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Cuestionario de Satisfacción Autopercibida y el Cuestionario de Medida de la Salud Física. Los resultados indican que las mujeres a diferencia de los hombres, tienen peor salud y que se encuentra ligada a la salud psicológica, además de que sobresalen en ansiedad fisiológica.

1.3.5 Índice de sensibilidad a la ansiedad

Sandin, Valiente, Chorot y Santed (2005), realizaron un estudio con 726 estudiantes universitarios (523 mujeres y 203 hombres) de entre 18 y 34 años pertenecientes a diferentes universidades de Madrid y Pamplona, a quienes aplicaron el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rango, el Cuestionario EPORA, el Cuestionario de Miedo y el Cuestionario de Depresión. Los resultados indican puntuaciones significativamente más elevadas en las mujeres en comparación con los hombres en el total de ansiedad y en las escalas somáticas y cognitivas.

De este modo, el estrés que envuelve la vida académica en el nivel medio superior donde la competitividad y la alta exigencia son factores primordiales, sumados a la incipiente madurez emocional y cognoscitiva, es un factor de riesgo para la adaptación de los adolescentes a la escuela, así como para su salud física y emocional. A pesar de que las demandas de la vida académica son similares para todos los estudiantes, no lo son la manera en cómo ellos las



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

perciben, ni las estrategias y recursos emocionales, así como cognoscitivos con los que cuenta cada uno para afrontar los retos y las dificultades que los estudios les exigen.

Para Fromm (1956), los factores psicosociales son determinantes para el amor a la vida, la condición de abundancia contra la insuficiencia, tanto económica como cultural o emocional; facilitan o no el desarrollo que permite trascender la vida. En la medida en que el hombre gasta su energía luchando contra la escasez, para obtener los recursos mínimos necesarios para sobrevivir, insuficiente tiempo le quedará para realizar actividades de recreación y esparcimiento, no tendrá energía para satisfacer sus necesidades emocionales, provocando resentimientos, malestar, inconformidad, hostilidad a la vida. Cuando se crece en sistemas enajenantes, limitado en educación, con poca estimulación sociocultural, sin conocer otras formas de vida, se transitará con una pobreza espiritual, sin fe y esperanza, sin libertad para crear, construir, admirar y aventurarse, se negará el amor que es la preocupación activa por la vida y el crecimiento de lo que amamos, con sus elementos básicos como son: el cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento.

Los datos anteriormente expuestos, sugieren la importancia de conocer, evaluar y describir los niveles de ansiedad en una muestra de 150 estudiantes de nivel medio superior, con el objetivo de aportar valiosos datos que pueden ser la base de futuras investigaciones relacionadas con este importante tema que asecha el día de hoy.



1.4 Técnicas y tratamiento para disminuir los síntomas de los diferentes tipos de ansiedad

1.4.1 Tratamiento para el trastorno de ansiedad por separación

Según un artículo publicado por la clínica de la ansiedad. Psicólogos y psiquiatras en Barcelona y Madrid; y tomando en cuenta que es un trastorno que tiene una mayor prevalencia en niños, para su tratamiento se aplican técnicas cognitivo-conductuales similares a las usadas en el resto de problemas de ansiedad. No obstante, al darse fundamentalmente en personas de reducida edad, requieren una serie de adaptaciones.

En primer lugar, es fundamental considerar la edad y el nivel de desarrollo del niño/a, porque esto nos indicará que es normal y que no. Si finalmente resulta que estamos ante un problema, y existe la decisión de iniciar la terapia, es preferible que ésta se haga en un contexto lo más parecido posible al que está habituado el niño.

Lo ideal es que las sesiones se desarrollaran en el contexto natural del niño. El terapeuta necesariamente ha de adoptar un papel más activo, puesto que el paciente aún no tiene suficiente capacidad de decisión. Además, y sobre todo en las primeras sesiones, es aconsejable que estén presentes los cuidadores habituales, que den seguridad y apoyo al niño. De lo contrario seguramente el tratamiento no lograría desarrollarse adecuadamente. También es importante que los padres y otros educadores sean educados para ser co-terapeutas, de manera que aprendan estrategias enseñadas por el terapeuta y las usen fuera de la terapia con su niño. Por último, es importante trabajar con la motivación por la terapia en el niño, para que le resulte más gratificante estar siguiendo un tratamiento psicológico y/o farmacológico.

Las técnicas más usadas y que han mostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno de ansiedad por separación son:

- Entrenamiento de padres y otros educadores en los principios de las técnicas operantes: fundamentalmente se les enseña a premiar los pequeños avances del niño/a y a dejar de reforzar conductas que, aunque parecen aliviar la angustia del paciente, no hacen sino prolongarla innecesariamente.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- Exposición gradual en vivo a las situaciones de separación: se prepara una lista de situaciones ordenadas de menos a más temidas. Progresivamente el niño se va exponiendo a cada una. En las primeras sesiones es acompañado por alguna persona significativa, para gradualmente ir el paciente haciendo frente sólo a las situaciones con lo que aumentará su confianza. A la larga el objetivo es que sea el propio paciente el que haga una autoexposición regular y en su contexto habitual, para que, finalmente soporte las situaciones de separación con la menor ansiedad posible.
- Relajación: es una respuesta incompatible con la ansiedad (no se puede estar relajado y ansioso a la vez) que sirve para afrontarla. Lo más habitual es emplear la *Relajación Progresiva de Jacobson* que se basa en ejercicios de tensión-distensión que muestran las diferencias entre relajación y tensión. Para niños menores de 8 años las sesiones son más cortas, de unos 10-15 minutos para mantener su atención y no fatigarle, se usan instrucciones cortas y claras, también modelos para que aprenda mejor el procedimiento de relajación, así como materiales que facilitan el aprendizaje como muñecos o silbatos.
- Otros métodos de relajación: la risa, el juego, la música, etc.
- Técnicas de modelado: se usa un modelo real o no, que se enfrenta a la situación temida gradualmente y sin sufrir consecuencias negativas. Lo más efectivo es que el modelo esté de cuerpo presente y que el niño participe repitiendo las conductas del modelo animado y apoyado emocionalmente por éste. Estas técnicas se usan reforzando al niño sistemáticamente a medida que se anima a realizar las conductas del modelo, y dándole indicaciones de cuál es la forma de proceder (las llamadas “guías físicas”). Es importante que el modelo resulte atractivo para el niño, se asemeje a él, y sea un modelo de afrontamiento y no de dominio. Mientras más modelos de este tipo mejor. Atender a la tarea es muy necesario.
- Imágenes emotivas: el niño/a a de imaginar situaciones diarias donde participan sus personajes favoritos, lo cual genera emociones gratas. Progresivamente se dice al niño que imagine situaciones que le provoquen algo de ansiedad, para ir pasando a otras más angustiantes. Las emociones positivas del principio de la técnica tienen un efecto de inhibición sobre la angustia posterior.
- Práctica reforzada o moldeamiento: se pacta un objetivo final (ir solo al colegio, por ejemplo) y se fragmenta en una serie de objetivos intermedios que vayan de la situación actual en que



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

se encuentra el niño al objetivo último. Luego se va premiando la consecución de cada uno de los objetivos parciales, para así llegar al objetivo final. Esta técnica también usa la guía física. Es importante ir dejando de reforzar las conductas de evitación e ir informando al niño del desarrollo de la técnica.

- Técnicas cognitivas: se trabajan aquellos pensamientos o imágenes que podrían estar implicados en el trastorno. Fundamentalmente, en este trastorno, se usan las autoinstrucciones positivas. Se trata fundamentalmente de invitar al niño a que cambie la forma de hablarse a sí mismo, pasando del “no puedo hacerlo”, “algo malo va a pasar” al “lo voy a intentar”, “puede ser que algo ocurra”. Esta técnica, sin embargo, requiere de unas ciertas habilidades intelectuales, que la hacen inadecuada para niños de reducida edad que aún carecen de éstas.

Aunque aquí, con propósitos expositivos, se han presentado las técnicas por separado, lo habitual es que se usen diferentes técnicas simultáneamente, para así potenciar la efectividad del tratamiento.

1.4.2 Tratamiento para fobia específica

Tratamiento no farmacológico

- A. Psicoeducación. Explicarle que es de los trastornos psiquiátricos más comunes y que lo irrazonable de sus miedos nada tiene que ver con debilidad, cobardía o la locura. Ubicar al paciente de inmediato que se trata de una enfermedad cuyo origen corresponde a un mal aprendizaje en algún momento de la vida que probablemente ha sucedido dentro del ambiente familiar (en el caso de fobias específicas) y en otros casos se encuentran alteraciones neuroquímicas (en el caso de fobia social).
- B. Para cualquier trastorno fóbico se puede entrenar a los pacientes en la clínica a enfrentar las situaciones fóbicas a través terapia de “desensibilización sistemática en la imaginación”, de acuerdo al siguiente programa:
 1. Hacer el listado de las fobias colocando primero las leves y dejando de último los severos.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

2. Se entrena al paciente con técnicas de relajación:
 - a) Lo primero que se hace es explicarle que se le enseñará una técnica sencilla para resolver las fobias comenzando con la relajación.
 - b) Se acuesta al paciente en la camilla o en su defecto se le sienta en una silla y se le indica que se afloje el cinturón y se quite la corbata.
 - c) Que inspire lentamente por la nariz y expulse el aire lentamente por la boca.
 - d) Con frecuencia se le está diciendo que “va estar muy relajado y tranquilo, si usted está bien relajado no hay tensión”.
 - e) Se le pide que “apreté todo el cuerpo, brazos, piernas, abdomen y cuello y manténgase así”.
 - f) “Ahora empiece a aflojar los dedos de su mano izquierda, concéntrese en eso y sienta como se relaja. Continúe con el antebrazo, brazo y hombro. Sienta como se relajan los músculos. Su brazo esta tan relajado que al levantarse caerá (el terapeuta le levantará el brazo)”. “Ahora que está relajado su brazo seguimos con la pierna izquierda, empezando con el pie, siguiendo con la pierna y terminando con el muslo (seguir el procedimiento con las mismas frases anteriores)”.
 - g) Sucesivamente se sigue con la pierna derecha, luego el brazo derecho.
 - h) Luego se le pide que “afloje la barriga, sienta como se relaja”. “Ahora relaje su pecho. Sigamos con el cuello. Afloje todos los músculos. Afloje los músculos de la cara, de los ojos de la boca. Para saber si está bien relajado su boca debe queda entreabierta”.
 - i) Se le dice: “Sienta como está todo su cuerpo relajado, sin tensión, como si flotara. Sentirá una especie de sueño, pero no se duerma. Ahora que está relajado físicamente, vamos a relajarlo mentalmente. Imagínese que está bajo un árbol viendo nadar una manada de patos. Que tranquilidad. Que paz. Los patitos siguen de cerca a la pata y puede verse las pequeñas olas que hacen. Todo es tranquilidad. Puede sentir su cuerpo y mente bien relajados”
 - j) “Esta técnica por una semana la practicará en la mañana al levantarse y antes de acostarse en lugar privado donde nadie lo interrumpa. Para relajarse mejor puede escuchar música instrumental de su agrado”.
 - k) A la semana siguiente se le vuelve a realizar la relajación en la clínica y una vez lograda la relajación física y mental y se procede a la desensibilización de sus fobias de acuerdo a la



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

jerarquización que hizo en el listado. Tomaremos el ejemplo de Gladys quien presenta los siguientes temores:

- Quedarse en casa con la trabajadora.
 - Estar en el aula de clases.
 - Salir en carro con un hermano y enfrentar un “embotellamiento”.
 - Asistir a un centro comercial con su hermano.
 - Asistir a un centro comercial con un amigo.
 - Viajar sola en un transporte público.
 - Quedarse sola en casa.
 - Salir sola a caminar.
- l) Se le dice “ahora que está física y mentalmente relajado imagínese que está en su casa con la trabajadora. Como está relajada y tranquila no siente ningún miedo. Puede verse en la sala, en su cuarto sin ansiedad. Es imposible sentir ansiedad si se está bien relajada”.
- m) La paciente continuará enfrentando imaginativamente las fobias en su casa, pasando a la siguiente hasta que logre estar sin temor en la situación imaginaria.
- n) Se le da cita en una semana para ver los progresos y una vez comprobado los resultados se procede a la siguiente etapa de “desensibilización en vivo”, en la que la paciente afronta cada una de las fobias en la realidad de acuerdo al listado, haciendo las tareas paso a paso y afirmándole que está preparada para ello. Se le explica que, si al entrar en contacto con la situación temida siente ansiedad, hacer el esfuerzo en mantenerse en el lugar, respirando relajadamente y diciéndose que el miedo pasará en pocos minutos. Se le debe recomendar no tomar alcohol y si está tomando ansiolíticos no deberá tomarlos en 4 horas antes de hacer las prácticas.
- o) A veces es necesario pedir la colaboración de un amigo o un miembro de la familia.
- p) Para facilitar la supervisión la paciente debe llevar un diario en donde escriba la situación, la ansiedad experimentada y la fecha de la prueba.

Tratamiento farmacológico

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

1. Utilizando la metodología antes descrita muchos pacientes con fobias no necesitan medicación.
2. En caso de utilizar ansiolíticos, hacerlo por períodos cortos.
3. En la fobia social no generalizada (miedo a hablar en público) se indica tratamiento con betabloqueadores (propranolol de 20 a 40 mgs. 45 minutos antes de hablar en público) y en la generalizada, se indican los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina o inhibidores de la MAO (Moclobemida) y benzodiazepinas (clonazepam o alprazolam).
4. En el caso de miedo a volar un método alternativo consiste en administrar una benzodiazepina como el alprazolam 0.5 mgs. la noche antes de viajar, al momento de salir de la casa al aeropuerto y al momento de tomar el avión. Podrá repetirse una dosis más durante el vuelo si es necesario. Se le advierte que no deben tomar bebidas alcohólicas.

1.4.3 Tratamiento para el trastorno de ansiedad social (fobia social)

1. Psicoterapia

Muchos individuos con fobia social y otras fobias, continúan recibiendo psicoterapia analítica y otras psicoterapias dinámicas, con el ambicioso objetivo de descubrir y trabajar a través de las causas psicológicas inconscientes del trastorno por ansiedad. La investigación no apoya la eficacia de estos enfoques en los trastornos fóbicos. Su aplicación continua frente a las pruebas que apoyan tratamientos más eficaces. Lo que indica que muchos clínicos encuentran difícil abandonar modelos aprendidos mientras estaban en entrenamiento.

2. Terapia conductual

La terapia de exposición in vivo con retroalimentación con videocintas y con fantasía (para situaciones que son difíciles de producir en la vida real) es útil para muchos individuos con temor a hablar en público y en otros tipos de fobia social. En ocasiones, la exageración paradójica del desempeño temido disminuirá la ansiedad (p. ej., pedir a un paciente con temor de escribir de manera ilegible que escriba más legiblemente). Aunque muchos individuos con fobias sociales se



convencen de que no pueden enfrentar su situación temida, unos cuantos tratamientos de exposición por lo general invierten esta mala interpretación.

3. Tratamiento con fármacos

Los β bloqueadores son útiles con frecuencia para aminorar los síntomas periféricos de la ansiedad, tales como temblor, taquicardia y diaforesis. Pueden utilizarse en una sola dosis una hora o más, antes de entrar en situaciones que probablemente evoquen estos síntomas. Los ansiolíticos benzodiazepínicos algunas veces se administran en combinación con β bloqueadores o incluso solos. También se ha encontrado que la gabapentina es eficaz para el tratamiento de la fobia social generalizada y no causa dependencia física como las benzodiazepinas (Pande et al., 1999). Los antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), por lo general fenelcina, han mostrado ser útiles en el control de la fobia social, aunque deben administrarse de manera regular y requieren una dieta baja en tiramina. Las pruebas controladas con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) también han sido positivas (Stein et al., 1998) y se han vuelto el tratamiento de primera línea para la fobia social, ahora que la paroxetina ha recibido aprobación de la FDA como fármaco indicado para el trastorno de ansiedad social. Frecuentemente, una combinación de terapia de exposición y β bloqueadores funciona bien para fobias sociales únicas y los pacientes que han experimentado años de incapacidad son ayudados a alcanzar valores sustancialmente más elevados de funcionamiento en unas cuantas semanas. Para la fobia social generalizada, los tratamientos farmacológicos de opción son IMAO, ISRS o benzodiazepinas.

1.4.4 Tratamiento para el trastorno de pánico

Tratamiento no farmacológico

1. Como primera medida evitar decirle al paciente que "no tiene nada".
2. Psicoeducación. La explicación del trastorno y de que se dispone de un tratamiento efectivo, son los primeros pasos a dar. El paciente necesita saber que sus síntomas tienen una base bioquímica, en las que hay una hipersensibilidad del sistema noradrenérgico cerebral



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

provocada por una avería funcional del sistema de alarma. Los pacientes y los familiares deben saber que los ataques de pánico están autolimitados en el tiempo, es decir duran pocos minutos y que el trastorno por pánico es una enfermedad real y que la medicación proporciona un medio para corregirla.

El médico tiene que dedicar tiempo considerable a contrarrestar el daño causado por diagnósticos erróneos previos, dejándole claro que su enfermedad no es "imaginaria", por "pitis", "para llamar la atención" o que es "una crisis de nervios por problemas".

3. Consejos para el paciente y familiares:

Aconsejar que sigan la pauta que a continuación se describe cuando se presenta un ataque de pánico:

- a) Esperar que el ataque de pánico pase, no luchar ni huir, simplemente aceptarlo, que nada terrible pasará.
- b) Recordar que los síntomas son desagradables, pero no peligrosos.
- c) Concentrarse y describir lo que está sucediendo, observando lo que ES, no lo que teme PUEDE SER.
- d) Observar cómo se desvanece la crisis cuando se deja de añadir pensamientos atemorizantes. Pregúntese que es lo que se está diciendo así mismo que le asusta.
- e) La ansiedad puede ir muy alto, pero luego baja. Observar que viene en olas. Antes usted corría al primer signo de temor y no se daba la oportunidad de verlo bajar.
- f) Respirar por la nariz lenta y relajadamente (cuente mentalmente y en forma lenta: 1, 2, 3, 4 para la inspiración y expiración). Recordar que respirar rápidamente (hiperventilación) produce algunos síntomas de pánico. La respiración controlada reduce los síntomas físicos de la ansiedad.
- g) Convencerse asimismo de que lo que está sucediendo es un ataque de pánico y que los pensamientos y las sensaciones de miedo pasaran pronto. Mirar el reloj para comprobar cómo pasa el tiempo. Se puede tener la sensación de que ha transcurrido mucho tiempo, aunque solo haya pasado unos minutos.

4. Detectar y controlar las "trampas cognitivas" en que cae el paciente con ataques de pánico:



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- a) Falsas alarmas: Para el paciente, una fasciculación o una palpitación precordial puede ser origen de un ataque de pánico.
 - b) La incapacidad para discriminar las sensaciones propias del estrés y del ataque de pánico.
 - c) El asociar ciertos síntomas físicos (palpitaciones, ahogo, opresión precordial, mareo) del ataque de pánico como una emergencia médica.
 - d) El no advertir y controlar las "trampas cognitivas" establece un círculo vicioso que dar lugar a un ataque de pánico
5. Planificar medios para afrontar estos temores durante el ataque de pánico (ej. el paciente debe decirse a sí mismo: "No estoy teniendo un ataque al corazón. Esto es un ataque de pánico y pasara dentro pocos minutos")
 6. Terapia conductual. El paciente va desarrollando fobias a distintos espacios dependiendo en donde tenga los ataques de pánico lo cual puede llegar a incapacitarlo. En este caso y ya cuando el paciente ha estado varias semanas sin síntomas se anima a que se exponga intencionalmente a los estímulos fóbicos. Cuando las fobias son muy crónicas y severas, pueden requerir terapia conductual más formal.

Tratamiento farmacológico

El trastorno por pánico debe considerarse un trastorno de larga evolución: Solo un 31% es agudo y remiten totalmente. Un 24% es episódico y un 45% es persistente (Katschnig).

El tratamiento debe durar de 6 a 12 meses, con opción a prolongarse, y al suspenderse debe hacerse paulatinamente:

1. Se recomienda iniciar el tratamiento con alprazolam o clonazepam y mantenerlo por un término de 3 a 6 semanas:
 - a) Clonazepam a dosis de 0.25 a 1 mg. cada doce horas.
 - b) Alprazolam a dosis de 0.5 a 1 mg. cada TID o QID.
2. Simultáneamente iniciar tratamiento con:

Opción A

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina:

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- Sertralina: Iniciar con 25 mgs y en una semana pasar a 50 mgs diarios.
- Citalopram, fluoxetina, paroxítóna: Iniciar con 10 mgs y en una semana pasar a 20 mgs diarios.
- Fluvoxamina: Iniciar con 50 mgs y en una semana pasar a 100 mgs diarios.

Opción B

- Clomipramina, imipramina o amitriptilina: Iniciar con 25 mgs. antes de acostarse, luego 50 mgs. y en dos semanas pasar a 75 mgs. En caso necesario podrá aumentarse dosis hasta 150 mgs.

Opción C

Inhibidores reversibles de la monoaminooxidasa:

- Moclobemida: Iniciar con 150 mgs. BID y aumentar hasta 450 mgs. de acuerdo a la evolución.

Opción D

- Ácido valpróico: Iniciar con 500 mgs. e incrementarlo hasta 1000 mgs. En este caso no es necesario combinarlo con alprazolam o clonazepam ya que el efecto terapéutico es rápido.

1.4.5 Tratamiento para agorafobia

A. Tratamiento psicológico

La eficacia de psicoterapias específicas para el tratamiento de la agorafobia no se ha establecido. Todas las terapias (incluyendo la medicación y la terapia conductual) deben incluir elementos inespecíficos pero importantes de educación y apoyo; esto podría explicar parcialmente la mejoría vista algunas veces con la psicoterapia.

B. Terapia conductual

La terapia de exposición es el tratamiento más efectivo para la agorafobia, con crisis de angustia y sin ella. Esta, la ansiedad anticipatoria y la evitación son todas reducidas por este enfoque sencillo cuando se aplica de manera sistémica de acuerdo con instrucciones simples, que muchos pacientes pueden poner en práctica por sí mismos, o con la ayuda de un miembro de la



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

familia o un amigo. Pueden dárseles sugerencias a los pacientes acerca de “tácticas de afrontamiento” con el fin de aplicarlas cuando la ansiedad se eleve a grados perturbadores. Durante el decenio pasado, la cantidad promedio de horas de contacto pasadas con un terapeuta conductual experimentado en el tratamiento con éxito de la agorafobia, ha disminuido de cerca de 20 a menos de 4. Un estudio controlado (Swinson et al., 1992) demostró un efecto benéfico sustancial y sostenido para instrucciones específicas de exposición, dadas durante solo un encuentro poco tiempo después que el paciente se presentó en la sala de urgencias con una crisis de angustia. La evitación, la frecuencia de la crisis de angustia y la depresión mejoraron de manera significativa; los pacientes que recibieron reaseguramiento no mejoraron. Los resultados de este estudio apoyan tanto la eficacia de los costos de este tratamiento como su naturaleza de autoayuda. Los pacientes bajo terapia de exposición desarrollan una nueva actitud hacia los temores que experimentan y los riesgos que están dispuestos a tomar, en relación con estos temores. Este cambio en la actitud a menudo se extiende a otros aspectos de su funcionamiento, con resultados benéficos.

C. Terapia con fármacos

Cuando la angustia está presente, con frecuencia está indicado el tratamiento con fármacos. En ausencia de esta suele ser suficiente la terapia de exposición. Algunos pacientes tienen una ansiedad anticipatoria notoria cuando comienzan la terapia de exposición; a esto quizá se les de medicación antiangustia. Debe administrarse la dosis eficaz más baja, ya que algunos individuos pueden no aprender la manera eficiente de tratar con los estímulos causantes de ansiedad mientras se encuentran bajo la influencia de ansiolíticos.

1.4.6 Tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada

Consideraciones generales

El trastorno por ansiedad generalizada puede ser un trastorno de larga duración. El objetivo del tratamiento consiste en reducir los síntomas hasta un nivel manejable, ya que quizás no sea posible eliminarlos por completo. Cuando el paciente presenta sus síntomas en relación a



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

estresores psicosociales, el tratamiento no farmacológico puede ser satisfactorio y debe ensayarse primero. Si existen síntomas persistentes o severos considerar la combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas.

El tratamiento de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada debe comenzar con una exploración física, que a la vez que descarta una enfermedad física tranquiliza y ayuda a establecer la comunicación entre el médico y paciente. El paso siguiente es establecer un diagnóstico específico: “Sus síntomas se deben a un trastorno de ansiedad generalizada, en la cual existe alteraciones fisiológicas frecuentemente asociados a problemas de la vida diaria pero susceptibles de ser controlados”. La referencia de que se trata de "nervios" es insatisfactoria ya que trasmite poca información útil y sugiere al paciente que él mismo es responsable de su estado. Los síntomas deben explicarse en forma clara y debe ofrecerse un pronóstico favorable. Siempre requieren consultas cortas y periódicas.

Tratamiento no farmacológico

1. Los pacientes se sienten con frecuencia desbordados y desmoralizados. El consejo de apoyo o la psicoterapia controla esta tendencia.
2. Ofrecer psicoeducación. Los pacientes se benefician de una explicación de sus síntomas y de los factores que la modifican. Decirle que "no tiene nada" puede agravar la enfermedad y perder la confianza del médico. La explicación de que los síntomas son parte de la respuesta exagerada del estrés o como resultado de la secreción de adrenalina por las preocupaciones es mejor aceptada. Ellos deben conocer que la tensión conduce al dolor muscular y que la activación neurovegetativa da lugar a los síntomas cardiovasculares y digestivos. Que los síntomas empeoran con el consumo de caféina, nicotina, alcohol, fatiga y por estresores.
3. El médico puede ofrecer la oportunidad de expresar sus preocupaciones sobre problemas laborales, académicos o familiares y explorar después las posibles conexiones entre estos problemas y los síntomas ansiosos.
4. Una vez identificado los factores desencadenantes de la preocupación excesiva, enseñarle a enfrentar las situaciones. Tomaremos el caso de la paciente Ana para ilustrar el abordaje



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

psicoterapéutico: Esclarecerle que los síntomas que ella presenta no tienen nada que ver con un "derrame cerebral" y ayudarle a resolver el problema de su hijo con epilepsia a través de del método de "entrenamiento en la resolución de problemas", que explicamos a continuación:

- a) Hay que hablar con la paciente para saber que está haciendo para resolver el problema de la epilepsia de su hijo.
- b) Identificar y reforzar las cosas positivas que hace para solucionarlo.
- c) Planificar acciones específicas que puede llevar a cabo la paciente en los próximos días tales como:
 - I. Reunirse con el médico tratante de su hijo para que él explique lo referente a la epilepsia.
 - II. Leer sobre la enfermedad.
 - III. Hablar sobre el tema con padres de otros niños con epilepsia.
 - IV. Escribir un plan para la prevención de las crisis epilépticas.
5. Identificar y superar preocupaciones exageradas:
 - a) Identificar pensamientos pesimistas o preocupaciones exageradas (ej. en el caso de la señora Ana que está preocupada de tener un posible "derrame cerebral" o que su hijo puede morir por una crisis de epilepsia).
 - b) Buscar soluciones para tratar de afrontar estos pensamientos negativos cuando se presenten (cuando la paciente empiece a preocuparse por su hijo que está en el colegio, ha de decirse a sí mismo: "me estoy empezando a ahogar de nuevo en mis preocupaciones. Los profesores tienen información de la enfermedad y él tiene 3 meses sin convulsiones. No tengo por qué estar hablando al colegio preguntando por el estado de mi hijo").
6. Animar al paciente a practicar diariamente métodos de relajación con el fin de reducir los síntomas físicos.
7. Animar al paciente a realizar actividades relajantes y a retomar las actividades que han sido beneficiosas para ella en el pasado.
8. Practicar regularmente ejercicios (caminatas y gimnasia).



Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico está indicado para pacientes que tienen síntomas ansiosos persistentes o severos. Deben instituirse ensayos fármaco-terapéuticos de corto plazo (semanas) y mediano plazo (3 a 6 meses) en combinación con las intervenciones no farmacológicas, con intentos periódicos de disminuir y suspender la medicación. Esta estrategia es consistente con el curso natural fluctuante del trastorno de ansiedad generalizada.

1. Empleo de benzodiazepinas. Son los medicamentos más ampliamente prescritos por su comprobada eficacia y seguridad. Todas las benzodiazepinas tienen similar acción farmacológica y la diferencia va estar primordialmente en la duración de la acción terapéutica.
 - a. ¿Qué benzodiazepina seleccionar? El médico debe familiarizarse con una benzodiazepina de acción corta y una de acción larga para ser utilizada con mayor seguridad. La que se seleccione debe darse en la dosis, horario y tiempo adecuado (Cuadro 17). En ancianos es preferible las de acción corta y a dosis bajas. Recuérdese no cambiar de marca porque varía su efectividad, aunque tenga la misma sustancia y dosis.
 - b. ¿Cuánto tiempo debe durar el tratamiento? Inicialmente dar un tratamiento de 6 semanas y algunos casos se puede prolongar hasta por 3 a 6 meses, teniendo el cuidado que al suspenderlo hacerlo gradualmente (bajar 25% semanalmente) para evitar los síntomas de ansiedad por supresión.
 - c. ¿Cuál es el riesgo de habituación con las benzodiazepinas? Si se emplean en períodos cortos (6 semanas) y en pacientes sin antecedente de abuso de sustancias el riesgo es prácticamente nulo. Las benzodiazepinas de acción prolongada son las que tienen menos riesgo.
 - d. ¿Cuáles son los efectos indeseables de mayor cuidado? La somnolencia por el riesgo de accidentes y la disminución de la memoria reciente que suelen evitarse si se emplean dosis mínimas terapéuticas.
2. Empleo de ansiolíticos no benzodiazepínicos: Ante un síndrome ansioso por lo general se piensa en las benzodiazepinas, sin embargo, se tienen otro tipo de medicamentos ansiolíticos sin riesgo de dependencia que pueden ser utilizados de primera línea y especialmente cuando



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

tenemos frente a nosotros pacientes con ansiedad crónica que requerirán tratamientos muy prolongados o pacientes con historia de abuso de sustancias.

- a) Bupiriona: Es un ansiolítico que no causa sedación y parece no tener potencial de abuso, aunque tarda varios días en manifestar su efecto. Dosis: de 5 a 10mgs TID.
 - b) Betabloqueadores a dosis bajas (propranolol 20 mgs. TID, atenolol 50 mgs. diarios), pueden ser útiles para controlar los síntomas físicos de la ansiedad.
 - c) La hidroxizina, un antihistamínico bloqueador H1 actúa rápido como ansiolítico a dosis de 25 mgs. BID y sin causar mucha somnolencia diurna.
 - d) Amitriptilina, Imipramina, clomipramina, maprotilina: Iniciar con 12.5 mgs. en la noche y aumentar la dosis paulatinamente hasta un máximo de 75 mgs.
 - e) Sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram. Dosis: Sertralina 50 mgs., fluvoxamina 100 mgs. y el resto 20 mgs. diarios.
 - f) Venlafaxina. Dosis: 75 mgs. diarios.
 - g) Tianeptina. Dosis: 12.5 mgs. TID.
 - h) Moclobemida. Dosis: 150 mgs. BID.
3. Los antidepresivos inicialmente pueden producir ansiedad y acatisia, por lo que se recomienda iniciar con la mitad de las dosis arriba indicadas por una semana.

1.4.7 Tratamiento para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias – medicamentos

Según el doctor Steven Batki, MD el primer paso es la desintoxicación. La persona debe dejar de usar la sustancia o sustancias disponibles. A menudo, los síntomas desaparecen una vez que la droga ha salido del sistema de la persona.

En los casos donde los síntomas siguen presentes, unas combinaciones de opciones de tratamiento pueden ser consideradas, incluyendo la rehabilitación, la terapia conductual, intervenciones familiares y medicamentos.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Las psicoterapias como la terapia conductiva conductual (TCC) y la entrevista motivacional pueden ayudar a una persona reformular su relación con diferentes sustancias, y encontrar la fuerza de voluntad para superar cualquier adicción que hayan formado. La terapia familiar multidimensional puede ayudar a una familia con un adolescente que lucha contra la adicción encontrar maneras productivas de afrontar y curarse juntos. Otros programas que ayudan pueden ser los grupos de apoyo como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

Dependiendo de la situación, también se podrían recomendar los medicamentos. Alguien con depresión inducida por sustancias podría ser recetado antidepresivos para elevar su estado de ánimo, o alguien con una psicosis inducida por sustancias podría ser recetado antipsicóticos. En los casos graves se podría requerir hospitalización.

1.4.8 Tratamiento para el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Según un artículo publicado en MSD Profesionales (una gran selección de contenido gratuito de alta calidad para profesionales sanitarios). A veces el tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina o terapia cognitivo-conductual.

Los pacientes pueden beneficiarse de tener una relación de confianza con un médico que los cuida y los tranquiliza. Si los síntomas no se alivian correctamente, el paciente puede favorecerse con la derivación psiquiátrica mientras continúa bajo los cuidados del médico de atención primaria.

El tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina puede ser útil, al igual que la terapia cognitivo-conductual.



CAPÍTULO 2.- ESTRÉS ACADÉMICO

2.1 Historia del estrés.

El término estrés se ha utilizado históricamente para denominar realidades muy diferentes. Es un concepto complejo, vigente e interesante. Por tal razón Martínez y Díaz (2007) sostienen que El fenómeno del estrés se lo suele interpretar en referencia a una amplia gama de experiencias, entre las que figuran el nerviosismo, la tensión, el cansancio, el agobio, la inquietud y otras sensaciones similares, como la desmesurada presión escolar, laboral o de otra índole. Igualmente, se lo atribuye a situaciones de miedo, temor, angustia, pánico, afán por cumplir, vacío existencial, celeridad por cumplir metas y propósitos, incapacidad de afrontamiento o incompetencia interrelacionar en la socialización (p. 12).

Dicha dificultad para identificar el significado del término estrés se evidencia desde tiempo atrás, pues en el siglo XIX Claude Bernard pensaba que lo propio del estrés eran los “estímulos estresores” o “situaciones estresantes”, y durante el siglo XX Walter Cannon planteaba que lo importante eran las respuestas fisiológicas y conductuales características (Moscoso, 1998 citado en Martín, 2007). De allí la importancia de retomar la génesis del concepto. Así pues, el término estrés se remonta a la década de 1930, cuando Hans Selye, un estudiante de segundo año de medicina en la Universidad de Praga, se percató de que todos los enfermos a quienes observaba, indiferentemente de la enfermedad que sufrían, tenían síntomas comunes y generales como agotamiento, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros síntomas inespecíficos. Selye denominó este fenómeno como “Síndrome General de Adaptación”. Posteriormente, cuando realizó su posdoctorado, Selye desarrolló experimentos sobre ejercicio físico extenuante con ratas, comprobando elevación de las hormonas suprarrenales, atrofia del sistema linfático y aparición de úlceras gástricas. A este conjunto de factores Selye lo designó inicialmente como “estrés biológico” y después simplemente “estrés”. De esta manera, Selye consideró que varias enfermedades (cardíacas, hipertensión arterial y trastornos emocionales o mentales) se generaban por los cambios fisiológicos producidos por un prolongado estrés en los órganos, y que dichas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente. Luego amplió su teoría, ya que pensó que no solamente los agentes físicos nocivos son productores de estrés, sino que, además, en el caso de los seres humanos, las demandas sociales y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación, pueden provocar el trastorno del estrés.

A partir de la publicación del libro de Selye en 1960, el estrés se definió como “la suma de todos los



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

efectos inespecíficos de factores (actividades cotidianas, agentes productores de enfermedades, drogas, hábitos de vida inadecuados, cambios abruptos en los entornos laboral y familiar), que pueden actuar sobre la persona” (Martínez y Díaz, 2007, p. 13).

Desde entonces, el estrés ha sido estudiado desde varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías variadas y avanzadas, y con enfoques teóricos diferentes. Por ejemplo, los enfoques fisiológicos y bioquímicos resaltaron la importancia de la respuesta orgánica, es decir, el nacimiento del estrés en el interior de la persona. Las orientaciones psicosociales, por otra parte, han puesto el acento en el estímulo y en la situación que genera el estrés, enfocándose en factores externos. En contraste, otras tendencias mediacionales o transaccionales, han hecho énfasis en definir el estrés de forma interactiva. Atribuyen al sujeto la acción decisiva en el proceso, al explicar que el estrés tiene su origen en la evaluación cognitiva que hace la persona al intermediar entre los componentes internos y los que provienen del entorno.

Asimismo, hay otra perspectiva, que se centra en la calidad o naturaleza del estrés, distinguiendo si es negativo, denominado distrés, o positivo, denominado eustrés. Cuando las respuestas a los estímulos estresores se realizan en armonía, respetando los parámetros fisiológicos y psicológicos del sujeto, son adecuadas en relación con la demanda y se consume biológica y físicamente la energía dispuesta por el sistema general de adaptación, se habla de eustrés. Inversamente, cuando las respuestas han sido insuficientes o exageradas en relación con la demanda, ya sea en el nivel biológico, físico o psicológico, y no se consume la energía mencionada, entonces se produce distrés.

En cambio, los modelos más recientes sobre estrés, denominados modelos integradores multimodales, sugieren que el estrés no puede definirse desde una concepción unívoca, sino que debe comprenderse como un conjunto de variables que funcionan de forma sincrónica y diacrónica, dinamizadas a lo largo del ciclo vital. Estos modelos presentan una visión comprensiva más amplia sobre el tema. Por ello, aunque la propuesta teórica de Lazarus suele considerarse como de carácter interactivo, este sugirió en 1966 que se entendiera el estrés Como un concepto organizador utilizado para entender un alto grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Por tanto, no se considera el estrés como una variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos (Lazarus y Folkman, 1986, p. 35).

Así, debido a la amplitud de los ámbitos en los que se presenta el estrés, se empezaron a realizar en el



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

siglo XX numerosas investigaciones sobre el tema, aplicadas en los diferentes ámbitos en los que se produce este fenómeno, incluyendo, por supuesto, el educativo. Los tipos de estrés suelen ser clasificados tomando como base la fuente del estrés (...), en ese sentido se puede hablar del estrés amoroso y marital, del estrés sexual, del estrés familiar, del estrés por duelo, del estrés médico, del estrés ocupacional, del estrés académico, del estrés militar y del estrés por tortura y encarcelamiento (Barraza, 2005, p. 3).

Por consiguiente, el estrés originado en el contexto educativo suele denominarse estrés académico, estrés escolar, estrés de examen, entre otros sinónimos. A pesar de que los desarrollos teóricos sobre el estrés académico son muy recientes, ya que apenas en la década de 1990 se comenzó a investigar y teorizar sobre este tópico, en Latinoamérica, se pueden distinguir tres conceptualizaciones, siguiendo a Barraza (2007a):

- Una centrada en los estresores. El 26% de las investigaciones se basan en este tipo de conceptualización.
- Una enfocada en los síntomas. El 34% de los estudios se realizan a partir de esta conceptualización.
- Las definidas a partir del modelo transaccional. El 6% de los estudios toman como base este modelo.

Lo anterior permite concluir que “en el campo de estudio del estrés académico se da la coexistencia de múltiples formas de conceptualización, lo cual, aunado a la no conceptualización explícita en otros casos, constituye el primer problema estructural de este campo de estudio” (Barraza, 2007, p. 2), y que, por tal motivo, es un área de estudio reciente y con mucho aún por investigar. Tal como se afirmaba al inicio, el escenario académico no es ajeno al padecimiento de estrés. “Es sabido que el estrés está presente en casi todas las actividades y contextos en los cuales se desenvuelve el ser humano” (Martínez y Díaz, 2007, p. 14). De ahí que, en el contexto universitario, la gran mayoría de los estudiantes experimenten un grado elevado de estrés académico.



2.1.1 Nosología psiquiátrica del estrés

El concepto de síndrome de estrés hace referencia al conjunto de signos y síntomas que están implicados en el estado morbosos, y que son accesibles mediante la investigación psicopatológica (González, 2001). De acuerdo con la participación de los factores estresantes en el origen del trastorno, los síndromes de estrés se clasifican de la siguiente forma:

a) Inespecíficos: son "secundarios a un estado más o menos crónico de sobrecarga de mecanismos homeostáticos, con reducción de la capacidad defensiva e incremento inespecífico de la vulnerabilidad del organismo" (González, 2001, p. 2). Aquí se incluyen los fenómenos psicósomáticos, posiblemente todas las enfermedades crónicas en las que tienen un papel importante los mecanismos neuroendocrinos y neuroinmunológicos (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, tiroiditis, etc.), y trastornos como la depresión mayor y la enfermedad de Alzheimer.

b) Semi-específicos: en ellos se entrelazan, normalmente de manera aguda, los factores externos de estrés con otros factores patógenos independientes, indispensables para activar el ciclo patogénico del cuadro clínico. Algunos ejemplos son: coronariopatía isquémica, infecciones respiratorias víricas, reacciones alérgicas, episodios disociativos, psicosis reactivas, y muchos trastornos de ansiedad.

c) Específicos: los factores externos de estrés son determinantes en la génesis del proceso morbosos. Los síndromes típicos de este grupo son el síndrome de estrés postraumático, el trastorno agudo de estrés y los trastornos adaptativos.

A este último grupo, suele restringirse la consideración de síndrome de estrés en psiquiatría. En consecuencia, se definen los síndromes de estrés como "aquellos síndromes psiquiátricos en los que la defensa o adaptación a exigencias externas juegan un papel etiopatogénico determinante y específico" (González, 2001, p. 3).



2.1.2 Clasificación de los síndromes de estrés en las nosologías oficiales

El DSM-IV, incluye el factor etiológico entre los criterios diagnósticos para los trastornos de estrés, a diferencia de otras clasificaciones que realiza de trastornos psiquiátricos, caracterizadas por ser ateóricas, basadas en evidencias sintomáticas, y con desconocimiento del criterio etiológico. Por tal razón, no es posible diagnosticar trastornos de estrés, si el factor estresante no está presente en el cuadro, aunque se cumplan los demás criterios clínicos.

Además, el DSM-IV en lugar de agrupar los síndromes de estrés, los dispersa en varias categorías, y no define adecuadamente los conceptos de trauma, acontecimiento estresante y sobrecarga (González, 2001).

En la siguiente tabla se sintetiza la evolución de la clasificación de los síndromes de estrés en el DSM (González, 2001)

Tabla 7.

EVOLUCIÓN DE LOS SÍNDROMES DE ESTRÉS EN LA NOSOLOGÍA NORTEAMERICANA.

DSM-I (1952)	Reacción aguda de estrés Reacción situacional del adulto Reacción de adaptación
DSM-II (1968)	Reacción de adaptación
DSM-III (1980)	Trastorno de estrés postraumático Agudo Crónico Retardado
DSM-IV (1994)	Trastorno de adaptación Trastorno agudo de estrés Trastorno de estrés postraumático Trastorno de adaptación
DSM-V (2013)	Trastorno por estrés agudo Trastorno por estrés postraumático

Fuente: (González, 2001)



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha establecido clasificaciones similares a las norteamericanas. La CIE-10 (1992), considera los siguientes trastornos de estrés:

- Reacción aguda de estrés
- Trastorno de estrés postraumático
- Cambio de personalidad tras experiencia catastrófica
- Trastornos de adaptación

2.2 Orientaciones teóricas del estrés

Las orientaciones sobre el estrés focalizado en la respuesta, propuesto por Selye, el estrés centrado en el estímulo, formulado por Holmes y Rahe, y el estrés basado en la valoración cognitiva, planteado por Lazarus, han marcado el desarrollo de la teoría general del estrés y de su aplicación al campo psicopatológico.

"...el estrés no tiene una causa particular. El estresor, es decir, el agente desencadenante del estrés, es un factor que afecta la homeostasis del organismo, y puede ser un estímulo físico, psicológico, cognitivo o emocional"

2.2.1 Teorías basadas en la respuesta

La teoría del estrés que expuso Selye, como se dijo, concibe el estrés como una respuesta no específica del organismo, ante las demandas que se le hacen. Para él, el estrés es "el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico" (1960, citado en Sandín, 1995, p. 5). Esto implica que el estrés



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

no tiene una causa particular. El estresor, es decir, el agente desencadenante del estrés, es un factor que afecta la homeostasis del organismo, y puede ser un estímulo físico, psicológico, cognitivo o emocional.

No obstante, Selye indica que no se debe evitar el estrés, ya que se puede asociar con estímulos o experiencias agradables y desagradables, y por tanto, la privación total de estrés conllevaría la muerte. "Cuando se afirma que un individuo sufre de estrés significa que éste es excesivo y que implica un sobreesfuerzo del organismo al tratar de sobreponerse al nivel de resistencia de éste" (Selye, 1974 citado en Sandín, 1995, p. 5). Por esta razón, el estrés es una reacción adaptativa, mientras no exceda sus niveles, y afecte de modo negativo al organismo.

Por otro lado, Selye acentúa que la respuesta de estrés está compuesta por un mecanismo tripartito, que es el ya mencionado, síndrome general de adaptación, el cual tiene tres etapas: reacción de alarma, resistencia y agotamiento.

Así pues, esta teoría brinda una definición operativa del estrés, con base en el estresor y la respuesta de estrés, que se constituyen en fenómenos objetivables.

2.2.2 Teorías basadas en el estímulo

Las teorías del estrés centradas en el estímulo, lo interpretan y comprenden de acuerdo con las características que se asocian con los estímulos ambientales, pues consideran que éstos pueden desorganizar o alterar las funciones del organismo. Los autores que más han desarrollado esta orientación son T.H. Holmes y R.H. Rahe.

Holmes y Rahe han propuesto que los acontecimientos vitales importantes, tales como el casamiento, el nacimiento de un hijo, la jubilación, la muerte de un ser querido, el embarazo, etc., son siempre una fuente de estrés porque producen grandes cambios y exigen la adaptación del sujeto (Papalia y Wendkos, 1987 citado en Oros y Vogel, 2005, p. 86).



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Así, estos modelos se diferencian de los focalizados en la respuesta, porque localizan el estrés en el exterior, no en el individuo, a quien le corresponde el strain (efecto generado por el estrés). De ahí que la orientación basada en el estímulo sea la más cercana a la idea popular de estrés.

Por otra parte, debido a las diferencias individuales, los estímulos no tienen el mismo efecto estresor en todas las personas. Weitz (1970, citado en Sandín, 1995) clasificó las situaciones generadoras de estrés más comunes, a saber: procesar información velozmente, estímulos ambientales nocivos, percepción de amenaza, funciones fisiológicas alteradas, aislamiento y encierro, bloqueos y obstáculos para llegar a una meta, presión grupal y frustración. Nótese la gran importancia que se le da al ambiente y las situaciones sociales, por tal razón esta teoría se circunscribe en la que suele denominarse perspectiva psicosocial del estrés.

2.2.3 Teorías basadas en la interacción

El máximo exponente de este enfoque es Richard Lazarus, quien enfatiza la relevancia de los factores psicológicos (principalmente cognitivos) que median entre los estímulos estresantes y las respuestas de estrés, dando al individuo un rol activo en la génesis del estrés.

Para Lazarus y Folkman (1986) el estrés tiene su origen en las relaciones entre el individuo y el entorno, que el sujeto evalúa como amenazante, y de difícil afrontamiento. Por consiguiente, el concepto fundamental de la teoría interaccional es el de evaluación cognitiva. "La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43). Por tanto, la evaluación es un elemento mediador cognitivo entre las reacciones de estrés y los estímulos estresores.

Lazarus propone tres tipos de evaluación:

- Evaluación primaria: se da en cada encuentro con algún tipo de demanda (interna o externa). Es la primera mediación psicológica del estrés.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- Evaluación secundaria: ocurre después de la primaria, y tiene que ver con la valoración de los propios recursos para afrontar la situación estresante.
- Reevaluación: se realizan procesos de feedback, permitiendo corregir las evaluaciones previas.

"Para Lazarus y Folkman el estrés tiene su origen en las relaciones entre el individuo y el entorno, que el sujeto evalúa como amenazante, y de difícil afrontamiento"

2.3 Afrontamiento del estrés

El afrontamiento "es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 44). Además, el afrontamiento se relaciona estrechamente con la evaluación cognitiva de las situaciones estresantes.

Este concepto se puede comprender como un estilo personal para afrontar el estrés, o como un proceso. Los estilos de afrontamiento son disposiciones personales estables, que permiten hacer frente a las diferentes situaciones estresantes.

Entendido como proceso, el afrontamiento se define como los "esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes (...) para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164). Este término se utiliza independientemente de que el proceso sea adaptativo o no.

Además, hay estrategias de afrontamiento más estables o consistentes que otras, de acuerdo con la situación estresante, puesto que el afrontamiento depende del contexto. Lazarus y Folkman (1988, citado en Sandín, 1995) formularon ocho estrategias de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape-avoidance, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva. Estas dos últimas se han asociado con resultados positivos.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Los recursos emocionales (apoyo), instrumentales (ayuda material) e informativos (consejo), que aportan otras personas al afrontamiento, se denominan apoyo social. "El apoyo social constituye los recursos sociales para el afrontamiento" (Sandín, 1995, p. 33).

2.4 Estrés académico

En el mundo “uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave de estrés y en las ciudades, se estima que el 50 por ciento de las personas tienen algún problema de salud mental de este tipo” (Caldera, Pulido y Martínez, 2007, p. 78). Como factor epidemiológico, se considera un aspecto de gravedad, ya que el estrés es un importante generador de diversas patologías.

El estrés está presente en todos los medios y ambientes, incluido el educativo, en donde se centra el objetivo de esta investigación; sobre todo si lo presentan como posible causa derivado a tomar clases en línea., identificado la necesidad de conocer las implicaciones que tiene sobre el rendimiento de los estudiantes, es decir, el estrés que éstos experimentan en el ámbito académico.

Maldonado, Hidalgo y Otero (2000, citado en Román, Ortiz y Hernández, 2008) plantean que un nivel elevado de estrés académico altera el sistema de respuestas del individuo a nivel cognitivo, motor y fisiológico. La alteración en estos tres niveles de respuestas influye de forma negativa en el rendimiento académico, en algunos casos disminuye la calificación de los alumnos en los exámenes y, en otros casos, los alumnos no llegan a presentarse al examen o abandonan el aula (...) antes de dar comienzo el examen (p. 2). Por lo que se pudo notar en el Centro Universitario de Taxco, fue que el 30% de los alumnos presentaba ataques de pánico cuando realizaban los exámenes orales en línea, identificando que hubo bajo rendimiento, donde ellos exponían que se sentían angustiados si su internet se cortaba o se desconectaban.

Asimismo, los especialistas en comportamiento escolar han señalado que es necesario diseñar programas para reducir los efectos adversos que puede tener el estrés sobre el desempeño académico en general, y atender oportunamente a los estudiantes en riesgo. Lo anterior, debido a que las consecuencias de altos niveles de estrés “van desde los estados depresivos, ansiedad,



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

irritabilidad, descenso de la autoestima, insomnio, hasta asma, hipertensión, úlceras, etcétera” (Caldera, Pulido y Martínez, 2007, p. 78), afectando de modo perjudicial tanto la salud, como el rendimiento académico de los alumnos.

Los escasos trabajos sobre el tema han demostrado la existencia de índices notables de estrés en las poblaciones universitarias, alcanzando mayores cuotas en los primeros cursos de carrera y en los periodos inmediatamente anteriores a los exámenes” (Muñoz, 1999 citado en Martín, 2007, p.89). Se pudo notar que la deserción académica del ciclo escolar 2020-2021 fue drásticamente notable, ya que la mayoría de estudiantes que deserto mencionan que prefieren las clases presenciales ya que tomar clases en línea les estresa bastante.

2.4.1 Definición de estrés académico

Orlandini (1999), siguiendo la tradición que concibe el estrés como una tensión excesiva, señala que "desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de postgrado, cuando una persona está en (...) período de aprendizaje experimenta tensión. A ésta se le denomina estrés académico, y ocurre tanto en el estudio individual como en el aula escolar", (citado en Barraza, 2004, p. 143).

En esta misma línea, Caldera, Pulido y Martínez (2007) definen el estrés académico como aquél que se genera por las demandas que impone el ámbito educativo. En consecuencia, tanto alumnos como docentes, pueden verse afectados por este problema. Sin embargo, nos vamos a focalizar en el estrés académico de los estudiantes universitarios.

Por otra parte, hay un enfoque psicosocial del estrés académico, que enfatiza los factores psicosociales que pueden originarlo, y que lo concibe como el malestar que el estudiante presenta debido a factores físicos, emocionales, ya sea de carácter interrelacional o intrarrelacional, o ambientales que pueden ejercer una presión significativa en la competencia individual para afrontar el contexto escolar en rendimiento académico, habilidad metacognitiva para resolver problemas, pérdida de un ser querido, presentación de exámenes, relación con los compañeros y



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

educadores, búsqueda de reconocimiento e identidad, habilidad para relacionar el componente teórico con la realidad específica abordada (Martínez y Díaz, 2007, p. 14).

Finalmente, se enuncia la definición de estrés académico, que, desde el modelo sistémico cognoscitivista, hace Barraza (2006), uno de los autores latinoamericanos que más ha aportado datos investigativos y conceptuales sobre el tópico que nos ocupa:

El estrés académico es un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta a) cuando el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno son considerados estresores (input); b) cuando estos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio); y c) cuando este desequilibrio obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento (output) para restaurar el equilibrio sistémico (p. 10).

2.4.2 Modelo sistémico cognoscitivista del estrés académico

Este modelo propuesto por Barraza (2005; 2006; 2007a; 2007b; 2008; Barraza y Acosta, 2007; Barraza y Silerio, 2007), se sustenta en la teoría general de sistemas de Colle, y en el modelo transaccional del estrés de Richard Lazarus. El modelo se constituye por cuatro hipótesis:

a) Hipótesis de los componentes sistémicos-procesuales del estrés académico: enfatiza la definición de sistema abierto, que implica un proceso relacional sistema-entorno. Por tanto, los componentes sistémicos-procesuales del estrés académico se refieren al constante flujo de entrada (input) y salida (output) que presentan todos los sistemas para lograr su equilibrio. Dichos componentes del estrés académico son tres: estímulos estresores (input), síntomas (indicadores del desequilibrio sistémico) y estrategias de afrontamiento (output).

b) Hipótesis del estrés académico como estado psicológico: el estrés académico es un estado esencialmente psicológico porque presenta estresores mayores (amenazan la integridad vital del



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

individuo y son ajenos a su valoración) y estresores menores (se constituyen en tales por la valoración que la persona hace de ellos). En general, un estresor es un "estímulo o situación amenazante que desencadena en el sujeto una reacción generalizada e inespecífica" (Barraza, 2005, p. 4).

2.4.3 Estresores académicos

En esta clasificación los estudios permiten diferenciar dos tipos de estresores académicos:

- a) Generales, aquellos que no son privativos de una carrera o nivel.
- b) Específicos, que corresponden a los estudiantes de una carrera en particular.

Entre los Estresores Generales los estudios refieren los siguientes:

Falta de tiempo o tiempo limitado para poder cumplir con las actividades académicas (Barraza, 2003; Celis et. Al. 2001, Polo, Hernández y Poza, 1996).

Sobrecarga académica de estudio, de tareas o de trabajos escolares (Al Nakeeb, Alcázar Palomares, Fernández Jiménez Ortiz, Malagón Caussade y Molina Gil, 2002; Barraza, 2003,2005; Celis, Bustamante, Cabrera, D., Cabrera M., Alarcón y Monge, 2001; Polo, Hernández y Poza 1996).

Realización de un examen (Celis, Bustamante, Cabrera, D., Cabrera, M. Alarcón y Monge, 2001 y Polo, Hernández y poza, 1996).

Exposición de trabajos en clase, realización de trabajos obligatorios para aprobar la asignatura, la tarea de estudio, intervención en el aula (Polo, Hernández y Poza, 1996).

Exceso de responsabilidad por cumplir las obligaciones escolares. El tipo de trabajo que solicitan los profesores. La evaluación de los profesores (Barraza, 2005).



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Mantener un buen rendimiento o promedio académico (Bermúdez, 2004; y Mancipe et. al. 2005 en Barraza 2007).

Entre los estresores específicos que corresponden a los estudiantes de carreras en particular, los estudios hallados refieren los siguientes: - García Vargas (2001) realizó una investigación con alumnos de cuarto, sexto y octavo semestre de la clínica odontológica de Iztacala en el período 2000-2001. Mediante un estudio descriptivo, transversal y utilizando una encuesta elaborada con base en el inventario de evaluación de estrés de Lazarus, (1966) llegó a la conclusión que para el 84.4% de estos estudiantes la carrera es estresante y que el tener que presentar cierto número de trabajos clínicos en un lapso de tiempo corto y atender pacientes no cooperadores en su tratamiento odontológico son vivenciados por ellos como estresores, entre otros.

Entre los estudiantes de enfermería sus principales estresores en las prácticas clínicas se derivan de la falta de competencia, del contacto con el sufrimiento, de la relación con tutores y compañeros, de la impotencia e incertidumbre, de no controlar la relación con el enfermo, de la implicación emocional, de la relación con el enfermo (Zupiria Gorostidi, Uranga Iturriotz, Alberdi Erize y Barandiaran Lasa, 2003). Barraza (2003 en Barraza 2006) y Polo, Hernández y Poza (1996 en Barraza 2006) sintetizaron un conjunto de Estresores (competitividad grupal, sobre cargas de tareas, exceso de responsabilidad, interrupciones del trabajo, ambiente físico desagradable, falta de incentivos, tiempo limitado para hacer el trabajo, entre otros) que pueden ser identificados como propios del ámbito educativo. Celis, Bustamante, Cabrera D., Cabrera M., Abreón y Monge (2001) enumeran los siguientes.

Estresores Académicos resultantes de una muestra de estudiantes de medicina de 1 y 6 año a quienes se les administró nuevamente el Inventario de estrés académico (I.E.A) (Polo, Hernández y Pozo, 1996).

Las apariciones de los mismos en dicha muestra son expuestas a continuación en orden decreciente:

- 1) Sobre carga académica
- 2) Falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- 3) Realización de un examen
- 4) Realización de trabajos obligatorios
- 5) Exposición de trabajos en clase
- 6) Tarea de estudio
- 7) Intervención en el aula
- 8) Competitividad entre compañeros
- 9) Trabajos en grupo
- 10) Masificación de las aulas.

2.4.4 Hipótesis de los indicadores del desequilibrio sistémico que implica el estrés académico

Los indicadores o síntomas de la situación estresante (desequilibrio sistémico) se clasifican como reacciones físicas, psicológicas y comportamentales.

Tabla 8.

INDICADORES DEL ESTRÉS ACADÉMICO

Indicadores	Ejemplos
Físicos: reacciones corporales	Dolores de cabeza, insomnios, problemas digestivos, fatiga crónica, sudoración excesiva, etc.
Psicológicos: relacionados con las funciones cognitivas o emocionales	Desconcentración, bloqueo mental, problemas de memoria, ansiedad, depresión, etc.
Comportamentales: involucran la conducta	Ausentismo de las clases, desgano para realizar labores académicas, aislamiento, etc.

Fuente: "Este conjunto de indicadores se articulan de manera idiosincrática en las personas, de tal manera que el desequilibrio sistémico va a ser manifestado de manera diferente, en cantidad y variedad, por cada persona" (Barraza, 2008, p. 274).



2.5 Síntomas del estrés académico

La exposición continua al estrés puede generar una serie de reacciones que pueden ser catalogadas como físicas, psicológicas y comportamentales (Rossi, 2001 en Barraza 2005); físicas, mentales, comportamentales y emocionales (Ed. Tomo, 2000 en Barraza 2005) o fisiológicas y psicológicas (Trianes, 2002 y Kyriacau, 2003 en Barraza, 2005).

Entre las reacciones físicas posibles, es decir, aquellas reacciones propias del cuerpo, se encuentran las siguientes (Barraza, 2005):

- Dolor de cabeza, cansancio difuso o fatiga crónica, bruxismo (rechinar los dientes durante el sueño), presión arterial elevada, disfunciones gástricas, impotencia, dolor de espalda, dificultad para dormir o sueño irregular, catarros o gripes frecuentes, disminución del deseo sexual, sudoración excesiva, aumento o pérdida de peso, temblores o tic, nervios. Los síntomas psicológicos que tienen que ver con las funciones cognitivas o emocionales de la persona podrían ser (Barraza, 2005):

- Ansiedad, susceptibilidad, tristeza, sensación de no ser tenido en consideración, irritabilidad excesiva, indecisión, confianza en uno mismo escasa, inquietud, sensación de inutilidad, falta de entusiasmo, sensación de no tener el control sobre la situación, pesimismo hacia la vida, imagen negativa de uno mismo, sensación de melancolía durante la mayor parte del día, preocupación excesiva, dificultad de concentración, infelicidad, inseguridad, tono de humor depresivo. Entre los síntomas comportamentales estarían aquellos que involucran la conducta de la persona. Dentro de estos se encuentran los siguientes (Barraza, 2005):

- Fumar excesivamente, olvidos frecuentes, aislamiento, conflictos frecuentes, empeño escaso en ejercer las propias obligaciones, tendencia a polemizar, desgano, ausentismo aboral, dificultad para aceptar responsabilidades, aumento o reducción del consumo de alimentos, dificultades para mantener las obligaciones contraídas, interés escaso en la propia persona, indiferencia hacia los demás. En palabras de Barraza (2008) “este conjunto de indicadores se articula de manera idiosincrática en las personas, dicho de otro modo, el desequilibrio sistémico será manifestado de



manera diferente en cantidad y variedad, por cada estudiante”.

CAPÍTULO 3.- DEL APRENDIZAJE EN ESCENARIOS PRESENCIALES AL APRENDIZAJE VIRTUAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

El confinamiento social obligatorio causado por la pandemia modificó la forma de vida de los seres humanos, sin embargo, aunque el fenómeno viral llevó al aislamiento social, no significó una paralización absoluta de las actividades; al contrario, se incrementó el uso de medios tecnológicos que dio lugar al teletrabajo y la teleeducación. La situación de la educación a nivel mundial durante la época de la pandemia se convirtió en un reto para los gobiernos y para la comunidad educativa, pues varias familias no contaban con los recursos necesarios para responder a las exigencias planteadas por el sistema educativo.

El aprendizaje virtual reemplazó drásticamente a los escenarios presenciales de aprendizaje. El sujeto educativo dejó de lado el contacto social para entrar en contacto directo con dispositivos digitales, la relación entre educador-educando se volvió asimétrica ya que la participación educativa no se dio en igualdad de condiciones. La realidad virtual introdujo nuevas formas de comprender el proceso educativo y produjo nuevos cuestionamientos como: ¿Qué tipo de aprendizaje genera la educación virtual? Y ¿Cuáles son las problemáticas sociales que surgen de este tipo de realidades virtuales?

3.1 Situación educativa producto de la pandemia

La pandemia por coronavirus (COVID-19) ha generado una crisis sin precedentes en todas las esferas. En referencia a la esfera educativa, esta crisis provocó el cierre masivo de las instituciones educativas en más de 190 países según datos suministrados por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), con la finalidad de evitar la transmisión del virus y disminuir su impacto en la sociedad. Se puede indicar que esta pandemia ocasionó que aproximadamente más de 1.200 millones de estudiantes de todos los niveles de instrucción dejaran de recibir clases presenciales. Aunado a esta situación, el sector



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

educativo tuvo que reinventarse para lograr adaptarse a las necesidades de los docentes y alumnos para continuar con el proceso de aprendizaje (Ferrante, 2021: 2).

El escenario educativo fue uno de los más sacudidos y, por su escala, rol central como organizador de la vida familiar, laboral, educativa y social, esta sacudida repercutió en todos los demás. En una nueva situación que llegó sin aviso y sin tiempo para nada, cada estudiante, docente, padre e institución hicieron lo que pudieron para salir a flote con lo que tenían a su alcance (Dussel, Ferrante, & Pulfer, 2020: 86).

Según el informe COVID-19 de la CEPAL-UNESCO (2020), en el ámbito educativo, gran parte de las medidas que los países de la región adoptaron ante la crisis se relacionan con la suspensión de las clases presenciales en todos los niveles, lo que dio como origen a tres campos de acción principales: el despliegue de modalidades de aprendizaje a distancia, mediante la utilización de una diversidad de formatos y plataformas (con o sin uso de tecnología); el apoyo y la movilización del personal y las comunidades educativas, y la atención a la salud y el bienestar integral de las y los estudiantes.

Debe señalarse que el sistema educativo se vio en la imperiosa necesidad de reinventarse con extrema urgencia, para permanecer constantes a pesar de la ausencia en las aulas de clase. Se puede decir que las escuelas y la mayor parte de las universidades ya sean instituciones públicas y privadas, diseñaron estrategias con el fin de culminar con éxito el año escolar. Estas estrategias se encuentran directamente relacionadas con el uso de las TIC para lograr la interacción necesaria entre el docente y el alumno. Según resultados preliminares obtenidos a través de la Encuesta sobre Enseñanza y Aprendizaje en Tiempos de Cuarentena publicados por el Observatorio Interuniversitario de sociedad, tecnología y educación (2020), parece que cada quien recurrió a lo que tenía a mano (a veces más, a veces menos) para continuar el diálogo con sus estudiantes: WhatsApp, correo electrónico, YouTube, Moodle, Google Classroom, Zoom, Jitsi, Meet, entre otros.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Algunas de estas herramientas eran desconocidas para los docentes, padres y estudiantes, inesperadamente se convirtieron en espacios de interacción en donde se comenzaron a realizar los encuentros o clases virtuales. En la medida que se usan herramientas tecnológicas para solucionar el distanciamiento físico, su aplicación demanda el uso de un contenido programado, a fin de cubrir las exigencias de los programas educativos. Si bien es cierto que la implementación de estas herramientas no es la solución al problema, es necesario que las instituciones, docentes, alumnos y familias, tengan la disposición para adaptarse a su uso. Se puede indicar que la situación actual ha ocasionado que los agentes educativos se vean forzados a aplicar estrategias que les permitan continuar con los eventos de enseñanza-aprendizaje de forma remota; sin embargo, dichas estrategias no son iguales a lo que un proyecto de educación a distancia formal requiere para estructurarse (Mendoza Castillo, 2020:1). Para el sector educativo, las implicaciones del aislamiento social han representado retos en infraestructura, estrategias educativas y en la necesidad de un cambio de mentalidad por parte de docentes y estudiantes (Vásquez, 2020:15).

Dentro de este contexto Morín (2001:43) indicaba que, frente a nuevas realidades sociales, el adecuar cambios a la educación ayudara en buena medida a fortalecer el proceso de enseñanza y aprendizaje como un reto desafiante que permita dar cara a la complejidad de los hechos sociales llenos de cambios repentinos y desconocidos.

3.1.1 Impacto de la pandemia en educación

Debido a la pandemia del COVID-19 las instituciones educativas se encuentran cerradas para aproximadamente un 85,00% de estudiantes alrededor del mundo (Banco Mundial, 2020). Esta situación unificada con una recesión Mundial conlleva a la interrupción del aprendizaje, a un aumento de la deserción escolar y al incremento de la desigualdad. A raíz de esta situación el progreso de la educación se encuentra amenazado, el daño a largo plazo no es inevitable si los gobiernos actúan rápidamente, reformando los sistemas educativos, para de esta forma estar mejor preparados para crisis que se puedan presentar en el futuro.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Según el informe presentado por el Banco Mundial (2020: 13) la pandemia del COVID-19 representa una amenaza para la educación mundial debido a su doble impacto: en primer lugar, los impactos inmediatos del cierre de escuelas y universidades y, en segundolugar, los impactos de la crisis económica provocada por la respuesta a la pandemia.

Este doble impacto comenzó y seguirá aumentando al pasar el tiempo. Estos impactos se convertirán en una amenaza para los principales factores que promueven la educación de calidad como: estudiantes preparados y comprometidos, docentes competentes, aulas de clases bien equipadas, instituciones educativas inclusivas y seguras, y buenos sistemas de gestión. Si los países no toman en cuenta este tipo de acciones para contrarrestar el impacto generado por la pandemia, traerá como consecuencia costos a largo plazo entre los cuales se pueden mencionar: el aumento en la pobreza de aprendizaje, reducción del capital humano, aumento de la inequidad y aumento de la pobreza en general (generado por la falta de educación).

La suspensión de clases demanda en forma urgente de una experiencia en la docencia virtual, ya que, en muchas latitudes geográficas, esta forma de abordar una clase haciendo uso del internet nos acerca al punto de lo importante que es saber afrontar las incertidumbres, sobre todo cuando el cierre de las instituciones educativas muestra en forma acentuada la abismal diferencia entre los estudiantes urbanos y los estudiantes rurales (Oliva, 2020: 6).

Es evidente señalar que dentro del sistema educativo las personas que proceden de ambientes privilegiados pueden tener acceso al aprendizaje, más allá de las puertas cerradas de las instituciones educativas, contando con el apoyo de sus padres, deseos y capacidad para instruirse. Quienes provienen de entornos vulnerables y desfavorecidos, por lo general no pueden continuar con su educación al cerrar los centros educativos.

El impacto que ha generado el cierre de las instituciones educativas y las restricciones sociales en los grupos más desventajados, está suscitando gran interés y preocupación a nivel global. Es por



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

ello, que académicos e investigadores alrededor del mundo han comenzado a desarrollar estudios, recopilando información valiosa y experiencias que aporten con debida rapidez a la generación de políticas nacionales y medidas de apoyo orientadas a contrarrestar tales limitaciones (Murillo & Duk, 2020: 13). Es primordial que, al mismo tiempo, se diseñen medidas a largo plazo que ayuden a enfrentar el regreso a clases al culminar la emergencia sanitaria, por cuanto los efectos de la virtualidad serán trasladados a la práctica en los centros educativos.

3.1.2 Los aprendizajes en tiempo de pandemia con apoyo en la educación virtual

La crisis sanitaria actual generada por la pandemia del COVID-19, hizo que los gobiernos tomaran la decisión de cerrar las puertas de las instituciones educativas con el fin de mitigar el riesgo y el contagio, afectando en gran parte a los estudiantes de todos los niveles. Esta situación según Amuchástegui, Del Valle, & Renna (2017: 57), no puede ocasionar que la llama de la educación sea extinguida y aún en este contexto de extrema emergencia, debe ser garantizada como un derecho humano fundamental.

Evidentemente el desafío del sistema educativo desde el inicio de la pandemia es contribuir con la educación y originar el desarrollo del aprendizaje. Dentro de este marco se deben tomar en cuenta dos elementos claves que han permitido que se logren los objetivos planteados como son los docentes y la virtualidad, en otras palabras, el trabajo de los docentes desde la virtualidad. Esto ha generado un reto sin precedentes, debido a que la mayoría de los docentes se vieron en la necesidad de generar sus propios aprendizajes para poder trabajar en entornos virtuales y, a la vez, fueran los responsables de enseñar a sus estudiantes a manejarse en ese espacio (Bonilla Guachamín, 2020: 93).

La mayor parte de los países cuentan con recursos y plataformas educativas que permiten realizar la conexión de forma remota, y que han sido fortalecidos por los Ministerios de Educación con recursos en línea y la ejecución de programas de televisión y radio. Sin embargo, según información suministrada por Álvarez Marinelli, Arias Ortiz, Bergamaschi, López Sánchez, Noli,

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Ortiz Guerrero, Pérez Alfaro, Rieble-Aubourg, Camila Rivera, Scannone, Vásquez & Viteri (2020), pocos países cuentan con estrategias de educación nacionales por medios digitales que aprovechen las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Evidentemente existe un acceso desigual a las conexiones de Internet, que se traduce en una distribución desigual de los recursos y estrategias, lo que afecta principalmente a sectores de mayor vulnerabilidad (Rieble-Aubourg & Viteri, 2020: 12).

La educación en estos tiempos de pandemia se debe a la implementación de entornos virtuales de aprendizaje, que no se venían utilizando y que tenían algunas falencias, pero a raíz de la emergencia que se viene presentando permitió que comenzaran a trabajar al máximo de su capacidad. Es importante mencionar que también se ha tomado en cuenta el uso de las redes sociales como Whatsapp, Facebook, entre otros, para el desarrollo del aprendizaje.

Anteriormente, existía rechazo hacia el uso de las redes sociales en el ámbito educativo, pero su potencialidad y fácil manejo, permitió que fueran valoradas como un recurso primordial para las implementarlas dentro las comunidades de aprendizaje.

El aislamiento por la pandemia ha generado que se deban asumir nuevos retos dentro de los estándares educativos y el aprovechamiento de las herramientas digitales que se encuentran disponibles. El proceso de la virtualidad dentro del entorno educativo se encuentra direccionado por herramientas y metodologías digitales que requieren más dedicación por parte de los estudiantes y los docentes. En estos tiempos la educación virtual se ha transformado en una oportunidad para adquirir competencias importantes como: el aprendizaje colaborativo, disciplina y autonomía, organización del tiempo, adquisición de habilidades tecnológicas y digitales, que permiten el desarrollo académico.

Según Cortes (2020: s/p) el ecosistema digital que compone el modelo de educación virtual está en constante evolución, ofreciendo al proceso de formación enormes oportunidades para la creación y la innovación, que dependen, en gran medida, de los cambios tecnológicos y de las diversas experiencias que el estudiante, guiado por su tutor, pueda desarrollar. No obstante, el cambio momentáneo de un formato educativo presencial a un modelo virtual asistido por el uso de



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

tecnologías ha generado que se replantee el uso de herramientas digitales.

La situación actual requiere el cambio de percepción de la educación tradicional o presencial, en donde el docente era el que giraba las instrucciones y los estudiantes solo actuaban como los receptores del conocimiento. Tal como lo indica Hurtado Talavera (2020:79):

Debido a la pandemia la educación ha cambiado su forma de ser concebida, los hogares se han transformado en el único espacio viable para realizar esta actividad y así evitarlos riesgos de un contagio, tal como lo indica Crespo Argudo & Palaguachi Tenecela, (2020:294):

Las estrategias para generar un proceso de enseñanza-aprendizaje, en donde el maestro solo se valía de clases magistrales y recursos memorísticos, deben cambiar ante estenuevo escenario; el docente debe transformarse y ser creativo; de lo contrario tratará de implementar en un sistema virtual, la realidad presencial bajo una estructura tradicional; lamentablemente esto no funcionará y no dará los resultados necesarios para responder a las exigencias de la sociedad.

Este desafío solo es posible gracias a la tecnología que ofrece el mundo actual, que sin duda trae desventajas pues no todos tienen acceso a la red y aparatos tecnológicos, lo que ocasiona que los sectores vulnerables se queden atrás en sus aprendizajes acrecentando la brecha digital, pero la educación debe continuar ya sea con clases virtuales, con programas en los medios de comunicación convencionales, más la colaboración de los líderes en las comunidades rurales.

Es importante mencionar que las personas que tengan acceso a estas tecnologías (docentes y estudiantes) deben aprovechar los recursos que tengan disponibles sin dejar de lado el enorme sacrificio que hacen los que viven en escenarios de inequidad para lograr la educación. Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), se han situado en las aulas rápidamente y debido a la situación generada por la pandemia exige su uso inmediato; la era digital ha pasado por constantes cambios a nivel tecnológico y educativo, ha generado reformas en el contexto pedagógico haciendo que los docentes cambien su metodología de trabajo y manejen las herramientas tecnológicas para renovar los procesos educativos con recursos transformadores.



3.2 Retos del aprendizaje virtual en tiempos de pandemia

La telemática como medio de producción en las sociedades actuales afectó los horarios de trabajo, de educación y de convivencia. Los niveles de ansiedad y estrés generados por la pandemia y el confinamiento plantean una serie de retos al sistema educativo, mismo que deberá reinventarse y replantearse sobre el tipo de aprendizaje que se está creando a partir del uso de los entornos virtuales.

El proceso de aprendizaje en tiempos de pandemia es un proceso de ensayo-error, sus resultados serán evidentes en el futuro. El tipo de aprendizaje generado por los espacios virtuales es aún precario si se considera que éste inició en la última etapa del año lectivo, pero a pesar de ello, se pudo notar que los contenidos no pudieron ser debidamente profundizados, no se hizo seguimiento del desarrollo de competencias de los estudiantes, el uso de las plataformas virtuales y/o las aplicaciones digitales no contribuyeron a la consolidación de los aprendizajes debido a la falta de conocimiento del funcionamiento de las mismas, las evaluaciones abiertas, las actividades grupales no pudieron ser abiertas, es decir, en la mayoría de los casos, la evaluación se redujo a un trabajo grupal e irreflexivo que no evidenció el desarrollo de competencias. Algunos educandos no poseían recursos ni espacios adecuados para el estudio, no se buscaron soluciones para quienes no tenían acceso a internet y/o a dispositivos digitales, el exceso de flexibilidad para la presentación de tareas también perjudicó la calidad de los aprendizajes.

A pesar de antes afirmado, según Ola (2020) “la pandemia ha dejado al descubierto que el uso de la tecnología es vital en el campo de la educación” (p. 1). De allí que, el retomar el proceso de enseñanza-aprendizaje en modalidad virtual procura producir un aprendizaje autónomo y significativo mediante el uso de herramientas digitales interactivas gratuitas como classroom, zoom, pizarras virtuales, kahoot, to.mi digital, genially, entre otros.



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Sin embargo, es importante comprender el sentido y el significado del uso de la tecnología en la educación sin perder de vista que éste depende de la perspectiva del sujeto que la utiliza y la valora, misma que a decir de Aguilar (2011) puede ser vista desde las siguientes tres aristas de reflexión: “1. Desde la apreciación subjetiva de un hecho tecnológico; 2. Desde la descripción objetiva de un proceso tecnológico; 3. Desde los resultados, productos, metas y objetivos alcanzados” (p.130). Aspectos que obligan a los involucrados a realizar un proceso de concientización previo, durante y posterior a la aplicación de cada uno de los insumos tecnológicos en el aula con miras a lograr la transformación del individuo y de la sociedad en general.

El reto de los docentes no se reduce únicamente a la transmisión de contenidos, sino que va más allá, debe trabajar emociones con niños y adolescentes, siendo una forma atípica de aprendizaje (Villanueva, 2020). Los contenidos a transmitir deben partir desde la transdisciplinariedad, relacionando temas educativos con la realidad que aqueja a toda la humanidad, estableciendo comparaciones con la situación de otros países, manejando estadísticas en tiempo real, creando foros de discusión, contrastando opiniones con la finalidad de desarrollar las diferentes competencias en el sujeto que aprende. Es preciso hacer una educación realmente situada en la que se consideren íntegramente a los sujetos y sus contextos. El reto de los docentes es transformar el espacio virtual asimétrico en un espacio simétrico donde cada una de las partes (educando-educador) intervenga en igualdad de condiciones en los foros, discusiones o participaciones. De esta forma es factible generar empatía, confianza, autonomía y capacidad de emprendimiento como elementos necesarios para consensuar sentidos y significados de vida en relación con el mundo y con los otros iguales.

El manejo del espacio virtual en el proceso de enseñanza y aprendizaje en tiempos de pandemia exige transformaciones en la forma de ser, de pensar y de actuar de los sujetos involucrados, conlleva nuevas formas de enseñar y de aprender. Así, en este contexto, conforme a Capdet (2011) el docente es “un hábil mediador de conflictos que con su acción contribuye decisivamente a negociar un significado consensuado y a mantener la estabilidad y el equilibrio del contexto en el que están inmersos” (p. 57), mediante la creatividad.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



3.3 Propuesta de estrategias para el afrontamiento de estrés académico por educación virtual en tiempos de pandemia

¿CÓMO ACTUAR DURANTE EL ESTRÉS ACADÉMICO? El afrontamiento “es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera”. Los recursos emocionales (apoyo), instrumentales (ayuda material) e informativos (consejo de un psicólogo), que aportan otras personas al afrontamiento, se denominan apoyo social. “El apoyo social constituye los recursos sociales para el afrontamiento”.

3.3.1 Técnicas para que los estudiantes afronten su nivel de estrés por el cual estén pasando (Berrío, 2011):

1. Conócete a ti mismo.
2. Emplea técnicas de estudio eficientes.
3. Estudia para administrar el tiempo. Principios: a) Has una lista de todas las tareas que tienes. b) Distribúyelas en días específicos y horas disponibles. c) Separa un segmento para las actividades inesperadas. d) Evita las distracciones. e) Tómate tiempo para la recreación.
4. Establece relaciones positivas.
5. Planea bien tus finanzas.

3.3.2 ¿Cómo evitar o prevenir el estrés académico por clases virtuales? Según Diego Santos, 2015

El estrés es parte de la vida de un estudiante. De hecho, algunos estudiantes se preocupan por los exámenes y en ocasiones sufren de algún tipo de estrés académico. Sin embargo, no olvidar que el estrés existe por un motivo y que tú eres quién elige si quieres que te afecte negativamente o que te ayude a mejorar tu rendimiento académico. Para combatir el estrés



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

primero debes entender las razones que lo causan para así establecer métodos que te ayuden a sentirte mejor cuando éste se presenta. Diversos estudios han puesto de manifiesto algunas explicaciones comunes del estrés académico: falta de planeación y organización; presiones externas por alcanzar buenos resultados; competitividad con otros compañeros; bajos niveles de motivación. La diferencia entre un estudiante que se siente abrumado por el estrés y otro que lo usa para centrarse y alcanzar mejores resultados es su forma de reaccionar al enfrentarse a dificultades. Los estudiantes que tienen éxito paran, reflexionan sobre sus opciones y eligen el camino que les ayudará a conseguir su objetivo final, en lugar de dejar que todo lo que tienen delante acabe con ellos.

A continuación, se presentan algunas técnicas que pueden usarse para evitar el estrés negativo:

- Realiza actividades que te permitan renovarte física y psicológicamente.
- Haz ejercicio. Las actividades físicas como caminar, nadar, o incluso limpiar el cuarto, reparan nuestras fuerzas y más reaniman.
- Mantén una dieta saludable
- Organiza tu tiempo.
- Intenta mantener expectativas realistas.
- Comparte tus emociones.
- Anticipa las situaciones estresantes y prepárate.
- Ordena tu espacio personal.
- Duerme lo suficiente.
- Dedícale tiempo a tu mente (meditación)



3.4 Estrategias para el manejo del estrés desde la orientación educativa

Es de acuerdo a Orlandini, (2005) en relación al manejo del estrés, se pueden localizar en la literatura propuestas que responden a las diversas problemáticas a las que se les asocia. El autor recopila desde diversos enfoques de conceptualización del estrés una serie de recomendaciones y prescripciones. Así, este autor establece algunas categorías clasificatorias como educación para la salud, intervenciones sobre el estilo de vida, prescripción de medicamentos, métodos de relajación, psicoterapia y procedimientos de intervención individual, intervenciones sociales y de grupo y otros tratamientos e intervenciones.



III. METODOLOGÍA

Para vencer la ansiedad, el miedo al futuro, a lo incierto, como dijo un sabio, hay que entregarse incondicionalmente a lo inevitable.

–Walter Riso

Para elaborar este proyecto de investigación efectivamente y con ello alcanzar los objetivos generales, el estudio se dividió en dos fases, las cuales incluyeron el análisis psicométrico de las escalas de medición de las variables a estudiar.

En la primera fase se aplicaron los instrumentos de evaluación, para conocer los niveles de cada una de las variables presentes en los alumnos.

La segunda fase se centró la evaluación de las escalas para determinar el conteo y por tanto los niveles reales de ansiedad y estrés por clases virtuales en los alumnos.

3.1 Diseño de Investigación

El siguiente estudio se realizará desde un enfoque cuantitativo-descriptivo, la ruta cuantitativa se vincula a conteos numéricos y matemáticos (Niglas, 2020). Representa un conjunto de procesos organizado de manera secuencial para comprobar hipótesis. Siendo así una ruta viable para poder estudiar cómo y en qué nivel se presenta la ansiedad y el estrés académico en los adolescentes como consecuencia de las clases virtuales por Covid-19.

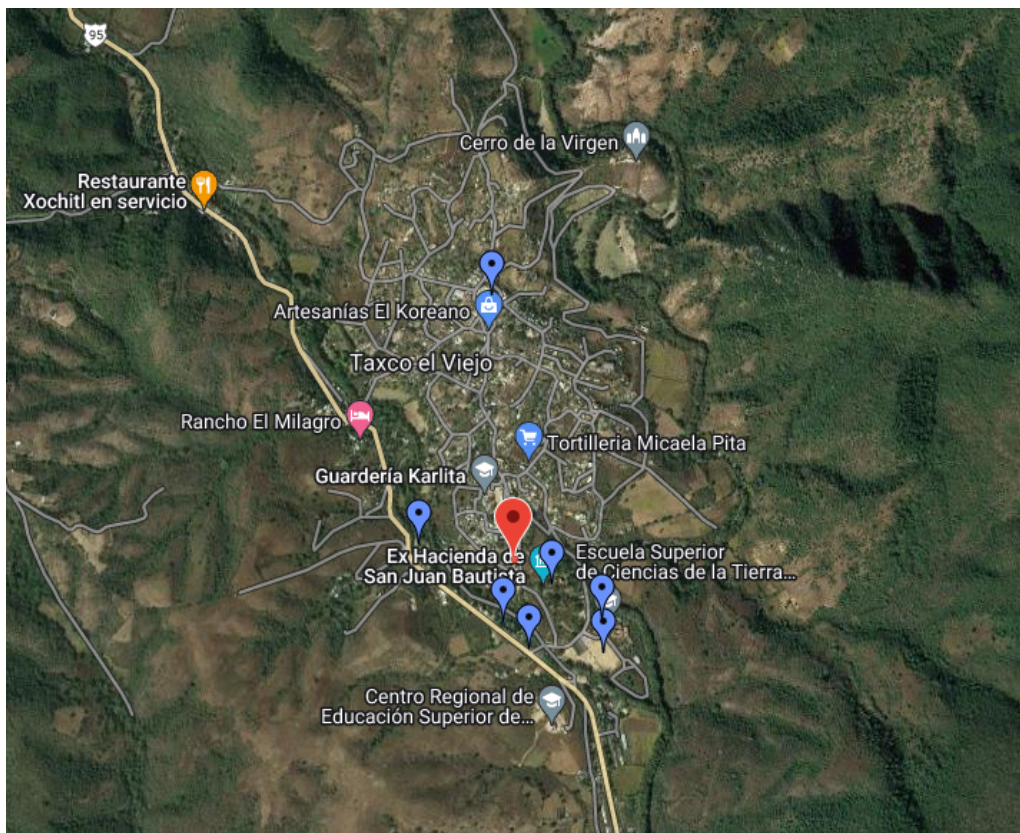
El propósito de esta investigación es recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único, describiendo las variables (ansiedad y estrés académico), su nivel de aparición y analizando su relación con las clases virtuales.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*

3.2 Universo y Muestra

a) Universo:

Para esta investigación el universo no fue elegido al azar, nuestro universo fueron los alumnos del Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperación “Taxco el Viejo” de los tres grados académicos, entre edades de 15 a 18 años y que debido a la pandemia de Covid-19 estuvieron recibiendo clases virtuales durante el ciclo escolar 2020-2021 y parte del 2021-2022.



b) Muestra:

Es una investigación para medir los niveles ansiedad y estrés académico, como resultado de clases virtuales debido a la pandemia de Covid-19. No se eligió al azar la muestra, sino que fueron grupos naturales o intactos, es decir los sujetos ya estaban formados antes del



experimento, con razones para su surgimiento y la manera en que se formaron 150 independientes.

3.3 Procedimiento

Instrumentos:

1) Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado de Ch. Spielberger

Título: Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)

Autores: C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene.

Descripción: El IDARE es un inventario auto evaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), auto aplicado. Cada una tiene 20 ítems. Asimismo, el inventario se presenta como una escala Likert, en la que cada reactivo presenta cuatro opciones de respuesta; en la primera parte donde se evalúa estado las opciones de respuesta son: No / Un / Poco / Bastante / Mucho; y en la parte de rasgo son: Casi Nunca / Algunas Veces / Frecuentemente / Casi Siempre.

2) Test de Vulnerabilidad al Estrés

Nombre de la prueba: Test de Vulnerabilidad al Estrés

Autores: L. HO. Miller y A. Smith (Centro Médico Universidad de Boston)

Objetivo: Valorar el grado de vulnerabilidad al estrés, e identificar los aspectos vinculados de vida del individuo y con el apoyo social que pueden estar incidiendo en su vulnerabilidad.

Descripción: El Test, consta de un total de 20 ítems, cada uno de los cuales se responde de acuerdo con una escala de puntuación entre 1(casi siempre) y 5 (nunca), según la frecuencia con la que el sujeto realice cada una de las afirmaciones.

Los ítems tocan aspectos tales como:

- a) Estilo de vida: ítems 1,2,5,6,7,8,9,17,19 y 20.
- b) Apoyo social: ítems 4,11,12,13, y 16
- c) Exposición de sentimientos: ítems 3 y 15
- d) Valores y creencias: ítems 10
- e) Bienestar físico: ítems 14

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Observaciones: Los ítems 10 y 14 pudieran estar incluidos en la categoría Estilo de vida, pero por su importancia y mayor claridad decidieron clasificarlos en las categorías Valores y creencias y bienestar físico, que, como parte del estilo de vida, creemos que estén débilmente tratados por los autores.

3.4 Confiabilidad

Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado de Ch. Spielberger

Según el Departamento de Salud Mental, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Ciudad de México en una investigación que tuvo por objetivo validar y estandarizar el IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) en padres y madres con un hijo hospitalizado en un servicio de terapia intensiva, con el fin de confirmar la confiabilidad del instrumento para su futura correlación con otras variables clínicas; se encontraron altos coeficientes alpha de Cronbach (mayores a 0.83 tanto para la ansiedad-rasgo como para la ansiedad-estado) en varios países de habla hispana (Argentina, Ecuador y Perú); en muestras mexicanas se obtuvieron coeficientes de confiabilidad para la ansiedad-rasgo mayores a 0.75 y para la ansiedad-estado, mayores a 0.81.4 Aunque el IDARE inicialmente se desarrolló para investigar fenómenos de ansiedad en adultos normales, ha sido comprobada su utilidad práctica en gran diversidad de poblaciones: niños y adolescentes, mujeres infértiles, adultos enfermos, etcétera. De este primer inventario también se desprendió el STAIC para niños,11 validado y estandarizado en diferentes nacionalidades: españoles, tailandeses, canadienses, colombianos y en adolescentes cubanos. Como se puede observar, los valores estuvieron por arriba de 0.83, lo cual indica un alto o fuerte índice de confiabilidad.

Test de Vulnerabilidad Miller y Smith

Este instrumento fue creado por Miller y Smith en 1984 con la finalidad de medir la vulnerabilidad de las personas al estrés y los factores que influyen en éste. Esto permite tener un conocimiento más amplio de por qué la persona puede ser vulnerable al identificar los aspectos a los que está relacionado dicha vulnerabilidad, es decir, su origen. El test indica un buen nivel de confiabilidad.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Este instrumento se emplea aún en la actualidad por el hecho de que ahora se busca más la prevención que el tratamiento y al determinar cuán propensa puede ser una persona a padecer estrés, puede contribuir a implementar estrategias que ayuden a manejarlo. Una de las investigaciones fue desarrollada por Satchimo, Nieves y Grau (2013), cuyo objetivo fue: “Aborda el problema de los principales factores de riesgo y vulnerabilidad al estrés en estudiantes universitarios” (p. 143). Ellos querían encontrar los aspectos que hacían que la persona se vuelva vulnerable, se aplicó este reactivo a 48 estudiantes de una universidad de Cuba, cuyos resultados arrojaron como elementos influyentes la edad, el año académico, y demás, como aspectos que influyen a la predisposición del estrés.

El test de Vulnerabilidad al Estrés fue sometido a análisis de fiabilidad, con el fin de obtener su consistencia interna, el mismo que se aplicó a las estudiantes universitarias con y sin condición de maternidad.

La consistencia interna del valor total del instrumento es de .784. Frente a ello, lo que Morales (2013) manifiesta que mientras el Alpha de Cronbach es más próximo a 1, indica mayor confiabilidad, sin embargo, para investigaciones, mayor de 0.6 es adecuado. Por ende, el instrumento y los resultados son confiables.

3.5 Validez

Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado de Ch. Spielberger

Continúo citando la investigación en el Hospital de Pediatría en el año 2015, donde después del análisis de las puntuaciones obtenidas en el IDARE por el grupo de padres (90 en total) y madres (120 en total) con hijos en terapia intensiva, se logró obtener la validez y confiabilidad con valores fuertes del coeficiente de consistencia interna, ya identificados en anteriores investigaciones. Debido a que este instrumento ha sido utilizado en diversas investigaciones nacionales e internacionales el presente análisis confirma su utilidad en un grupo de hombres y mujeres adultos en una situación de ansiedad particular, como padres y madres de un hijo con una enfermedad crónica o terminal atendido en ese momento en un servicio de terapia intensiva



pediátrica. Por tanto, se concluye que el IDARE es considerado una prueba diagnóstica adecuada para la medición de la ansiedad.

Test de Vulnerabilidad Miller y Smith

Test de Vulnerabilidad al Estrés, de L. H. Miller y A. D. Smith., también conocido con el nombre: Es usted Vulnerable al Estrés; pretende valorar la predisposición al estrés tomando como punto de partida hábitos y estilos de conductas que favorecen comportamientos saludables o poco saludables que conducen a la aparición de enfermedades como consecuencia de lo vulnerable que se hace el individuo al efecto estresor de cualquier agente, cuando presenta estilos de comportamiento proclives a enfermar. Es de fácil aplicación consta de 20 ítems, las opciones de respuestas son siempre – 1, casi siempre – 2, frecuentemente – 3, casi nunca – 4, nunca – 5. Los ítems tocan aspectos tales como: Estilo de vida, Apoyo social, Exposición de sentimientos, Valores y creencias y Bienestar físico. Para la calificación se suman los puntajes obtenidos en todos los ítems y al resultado se le resta 20. Cualquier puntuación por encima de 30 indica que el sujeto es vulnerable al estrés. Puntuación entre 50 y 75: Seriamente vulnerable al estrés. Puntuación por encima de 75: Extremadamente vulnerable al estrés.

3.6 Análisis de datos

Para llevar a cabo el registro y conteo de los resultados obtenidos en la aplicación del Inventario de Ansiedad IDARE y del Test de Vulnerabilidad al estrés, se utilizó el software SPSS, esto porque sus herramientas proporcionaron la facilidad al momento de ingresar, organizar y manipular toda información y datos numéricos. Además, de que los resultados son arrojados automáticamente para evitar posibles errores que sucederían si se realizará de forma manual. Otra razón por la que se decidió trabajar con este programa, es que ahorró tiempo a la hora del conteo, asimismo, porque cuenta con un respaldo de toda la información por si en algún momento se necesitara volverla a revisar.



3.7 Aspectos éticos

Para llevar a cabo de manera correcta la investigación, se considera necesaria la autorización de los directivos y el personal docente de la institución. Así mismo, a las estudiantes se les expuso la finalidad del estudio con el propósito de generar confianza y seguridad a la hora de contestar el Inventario de Ansiedad IDARE y el Test de Vulnerabilidad al Estrés. De este modo, para quienes estuvieron de acuerdo en participar en la aplicación, se les solicitó firmar un consentimiento informado el cual dará la validez y la confidencialidad del estudio. El artículo 132 del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana, menciona que el psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos y la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto. (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010, p.80) El psicólogo tiene la discreción y capacidad de guardar y proteger la información obtenida en las relaciones profesionales, con el objeto de salvaguardar la integridad de la persona y la confianza depositada por el usuario en el profesional y en la profesión. Si se requiriera presentar los datos con fines académicos, terapéuticos o de difusión de hallazgos científicos, se debe mantener el anonimato de los consultantes u obtener la autorización explícita de los mismos. (SMP, 2010, p.32) Siguiendo los lineamientos que la profesión demanda, los resultados y la información que se obtengan sólo serán utilizados para fines de la investigación.

3.8 Programación de tiempos

Para la aplicación de los instrumentos se decidió que este, se realizará en un plazo de cuatro semanas, de tal forma que, los días estarían asignados para trabajar con las estudiantes de un sólo grupo de la siguiente manera: El estudio se inició el día lunes 25 de abril del 2022, este día se aplicó el inventario a 8 estudiantes pertenecientes al primer grado de bachillerato del grupo 101. Para el día lunes 2 de mayo del 2022 se aplicó a 2 estudiantes, pertenecientes al segundo grado del grupo 202. El lunes 8 de mayo del 2022 se aplicó a 36 estudiantes, pertenecientes al tercer



grado del grupo 203. De esta forma sumaron un total de 50 estudiantes las que participaron en el proceso del estudio.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

*El estrés no es lo que nos pasa en la vida.
Es nuestra respuesta a lo que nos pasa. Y esa
respuesta es algo que siempre podemos escoger.
-Maureen Killoran*

El Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperación Taxco el Viejo en el estado de Guerrero, situado en la comunidad de Taxco el Viejo, sobre la calle San Juan Bautista frente a la ex hacienda San Juan, es una institución de carácter público. La población con la que se trabajó fue intencionada y la conformaron alumnos, hombres y mujeres, los cuales de entre 15 a 18 años, el 60% fue población femenina y el 40% población masculina, todos los alumnos aceptaron participar en dicha encuesta, pues solo una persona no quiso participar, sin embargo, el 98% aceptó el consentimiento informado. Se les aplicaron instrumentos solamente a alumnos de dicha institución, en un primer acercamiento se abordó con esta muestra los niveles de ansiedad y estrés académico como resultado de las clases virtuales por pandemia de COVID – 19.

Referente a los instrumentos aplicados a los alumnos del Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperación Taxco el Viejo, los resultados obtenidos se describen a continuación: el instrumento de Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado de Ch. Spielberger lo respondieron 50 participantes, cuenta con 40 ítems en total (20 correspondientes a Rasgo y 20 correspondientes a Estado).

Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado de Ch. Spielberger el instrumento lo respondieron 50 participantes, cuenta con 20 ítems para Ansiedad como Estado, que a su vez se divide en A y B; y 20 ítems para Ansiedad como Rasgo, que también se divide en A y B.

En la primera parte, A) Estado, se tuvo puntuación alta en ansiedad solo en los siguientes ítems: 12= 50% dijo sentirse un poco nervioso y 17= 40% dijo estar un poco preocupado. En la segunda parte, B) Estado, se obtuvieron puntuaciones altas en los ítems: 1= 40% dijo estar un poco



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

calmado, 5= 28% dijo sentirse un poco a gusto, 15= 28% dijo sentirse un poco relajado y 16= 32% dijo no sentirse satisfecho. En los demás ítems se pudo observar que los niveles de ansiedad eran los normales, por lo tanto en esta primera parte se clasifica una ansiedad media.

En la segunda parte, A) Rasgo, se encontró un nivel de ansiedad alto ya que los resultados obtenidos fueron los siguientes en cada uno de los ítems puntuados: 22= 56% dijo que algunas veces se cansa rápido, 24= 44% dijo que casi siempre quisiera ser tan feliz, 25= 46% dijo algunas veces perderse cosas por no decidirse rápidamente, 28= 60% dijo algunas veces sentir que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas, 29= 50% dijo algunas veces preocuparse por cosas sin importancia, 31= 44% dijo algunas veces tomarse las cosas muy a pecho, 34= 44% dijo algunas veces tratar de evitar enfrentar una crisis o dificultad, 35= 46% dijo algunas veces sentirse melancólico, 37= 50% dijo que algunas veces pasan ideas poco importantes por su mente y 40= 48% dijo que algunas veces al pensar en los asuntos que tienen entre manos ponerse tenso y alterado. Mientras que en B) Rasgo se obtuvo los siguientes resultados altos en ansiedad los siguientes ítems: 21= 34% dijo algunas veces sentirse bien, 26= 40% dijo algunas veces sentirse descansado, 35= 46% dijo algunas veces sentirse melancólico y 39= 36% dijo algunas veces ser una persona estable.

Test de vulnerabilidad al estrés L.H.MILLER y A.D. SMITH el instrumento lo respondieron 50 participantes, cuenta con 20 ítems, son 5 categorías que tocan diferentes aspectos, el primero Estilo de vida: ítems 1,2,5,6,7,8,9,17,19 y 20. En donde se encontró un medio índice de estrés ya que los resultados indican lo siguiente en cada ítem: 1= 26% frecuentemente hace una comida caliente y balanceada al día, 2= 40% frecuentemente duerme de 7 a 8 horas por lo menos 4 noches a la semana, 5= 34% frecuentemente hace 2 veces a la semana ejercicio, 8= 26% casi siempre tiene un peso adecuado a su estatura, 9= 34% frecuentemente sus ingresos satisfacen sus gastos fundamentales, 17= 24% frecuentemente una vez a la semana hace algo para divertirse y 20= 28% casi siempre durante el día se dedica un rato de tranquilidad. Otro aspecto es el de Apoyo social: ítems 4,11,12,13, y 16. Notando que en este aspecto los alumnos manifestaron que sí cuenta con apoyo social: ítem 4= 52% siempre en 50 millas a la redonda poseen un familiar en quien confiar, ítem 12= 54% siempre tienen una red de amigos y conocidos. Aunque también se pudo observar que no asisten a un club o actividad, esto



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

en el ítem 11= 32%. El tercer aspecto es el de Exposición de sentimientos: ítems 3 y 15 obteniendo que en el ítem 3= 28% considera que da y recibe afecto regularmente solo frecuentemente. Y en el ítem 15=34% considera que casi nunca es capaz de hablar de sus sentimientos cuando se siente irritado nunca. En el aspecto cuatro que mide Valores y creencias: ítem 10 =46% considera que siempre sus creencias los hacen fuertes. Y por último el aspecto de Bienestar físico: ítem 14 =52% considera que siempre cuenta con buena salud física. En general pudimos observar que la población con la que se trabajó considera que el estrés se mantuvo frecuentemente equilibrado, ya que no hubo un incremento debido a las clases virtuales como consecuencia de la pandemia.

The screenshot shows a digital quiz interface. At the top, it says 'EVALUACIÓN DE ANSIEDAD Y ESTRÉS COMO CONSECUENCIA DE CLASE' with a star icon. Below that, there are tabs for 'Preguntas', 'Respuestas' (with '50' next to it), and 'Configuración'. The main content area is titled '50 respuestas' and has a toggle switch for 'Se aceptan respuestas' which is turned on. Below this, there are three sub-tabs: 'Resumen', 'Pregunta', and 'Individual'. The 'Resumen' tab is selected, showing a list of 'Usuarios que han respondido' with the following email addresses: molinagiovanna27@gmail.com, lopezarleth855@gmail.com, soliskevin788@gmail.com, and yarib0824@gmail.com.

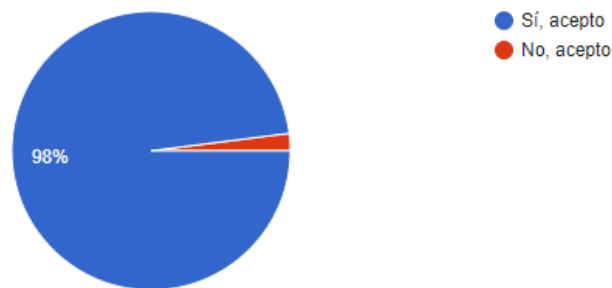


“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

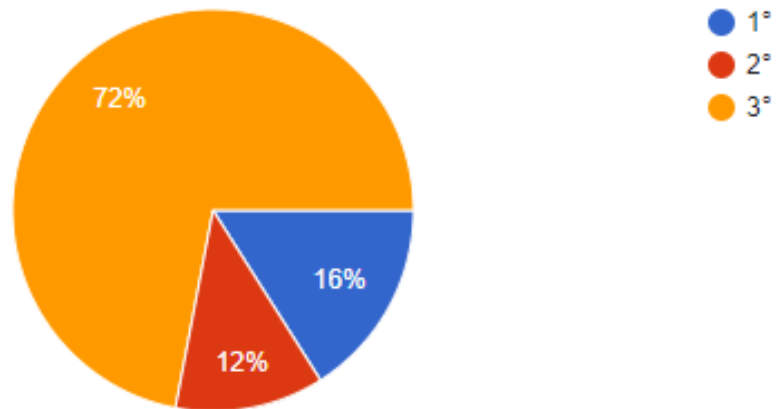
Al aceptar esta solicitud, doy mi consentimiento para participar en la investigación psicológica "Ansiedad y estrés académico, en estudiantes del Colegio de Bachilleres, como consecuencia de clases virtuales por Covid-19". Que tiene como objetivo evaluar los niveles de ansiedad y estrés presentes en los alumnos de dicho colegio. Los resultados de la presente investigación a través de los formularios que contestare, podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad de mi persona; por lo que estoy de acuerdo en participar y expreso mi conformidad firmando el presente consentimiento.

50 respuestas



Grado escolar:

50 respuestas

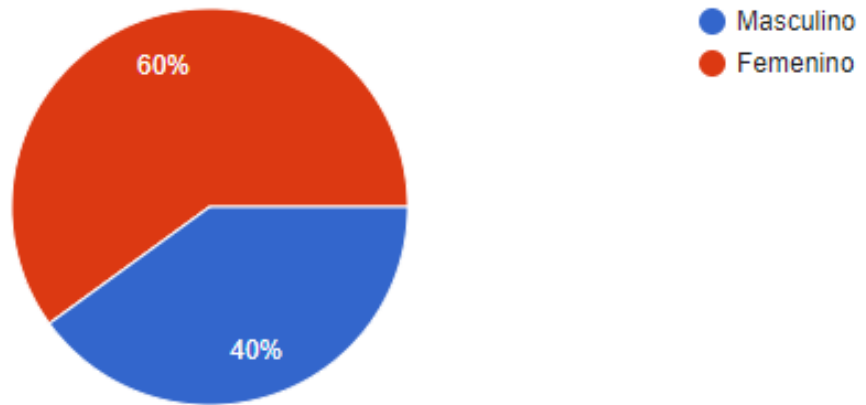




“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Sexo:

50 respuestas

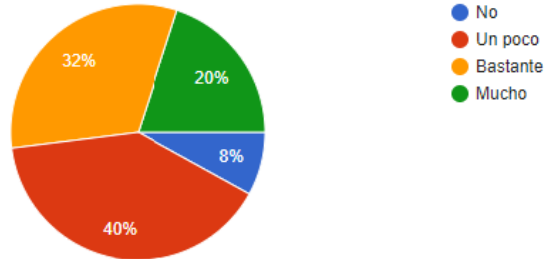


“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

IDARE 1- ESTADO

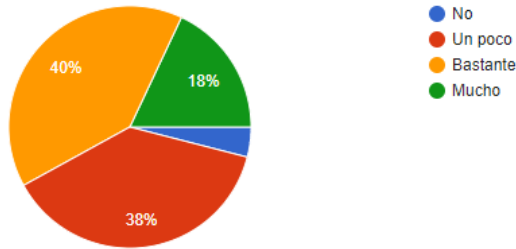
1. Me siento calmado

50 respuestas



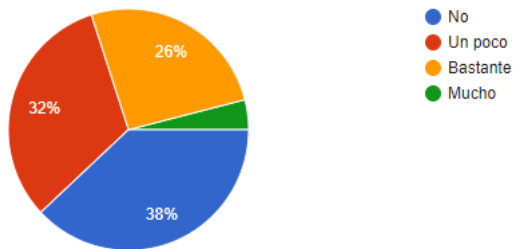
2. Me siento seguro

50 respuestas



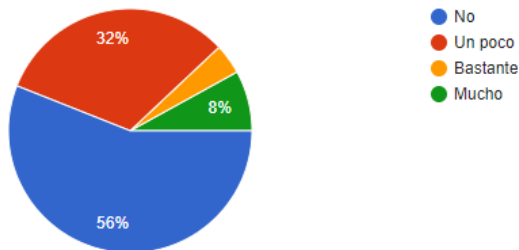
3. Estoy tenso

50 respuestas



4. Estoy contraído

50 respuestas

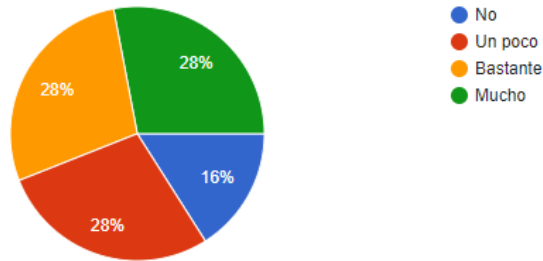




“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

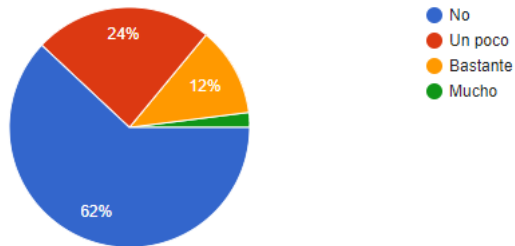
5. Me siento a gusto

50 respuestas



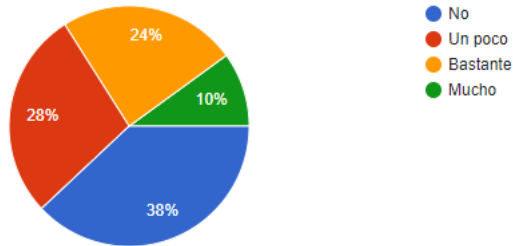
6. Me siento alterado

50 respuestas



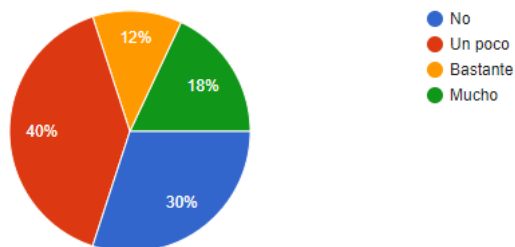
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo

50 respuestas



8. Me siento descansado

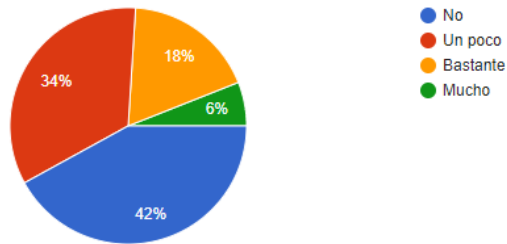
50 respuestas



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

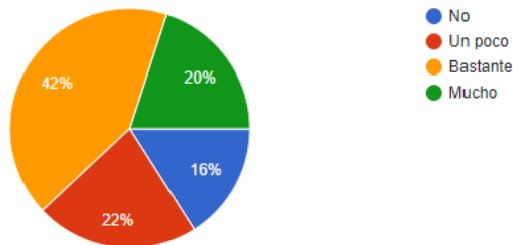
9. Me siento ansioso

50 respuestas



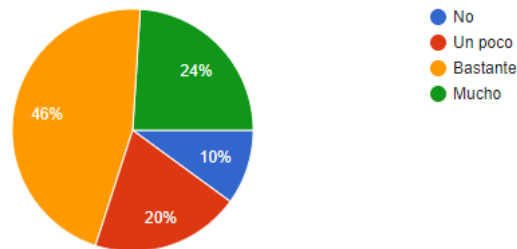
10. Me siento cómodo

50 respuestas



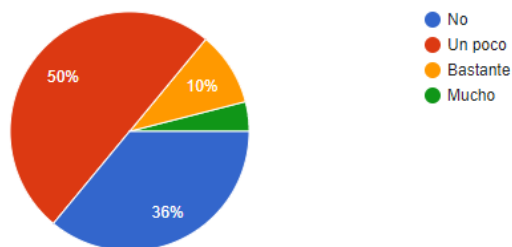
11. Me siento con confianza en mi mismo

50 respuestas



12. Me siento nervioso

50 respuestas

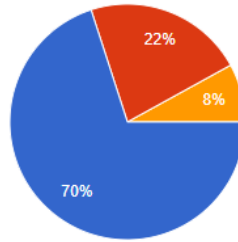




“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

13. Estoy agitado

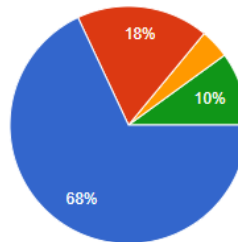
50 respuestas



- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

14. Me siento "a punto de explotar"

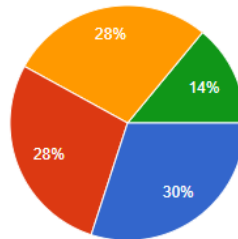
50 respuestas



- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

15. Me siento relajado

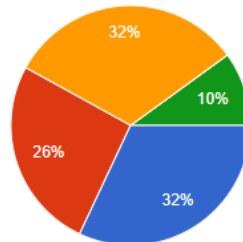
50 respuestas



- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

16. Me siento satisfecho

50 respuestas



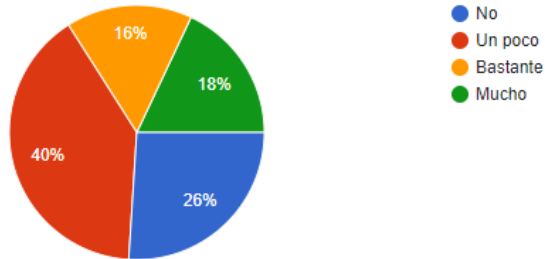
- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

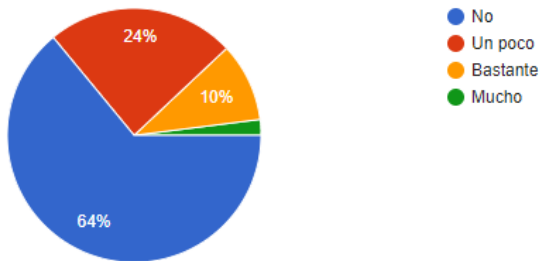
17. Estoy preocupado

50 respuestas



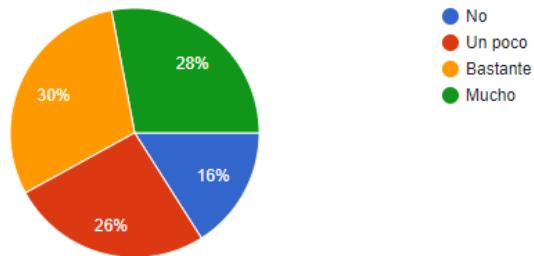
18. Me siento muy exaltado y aturdido

50 respuestas



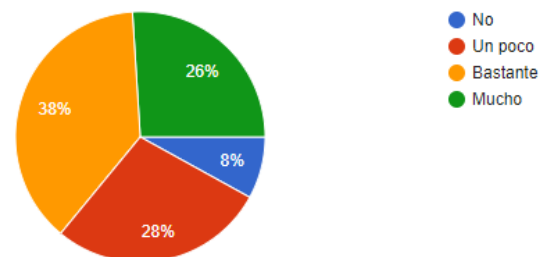
19. Me siento alegre

50 respuestas



20. Me siento bien

50 respuestas

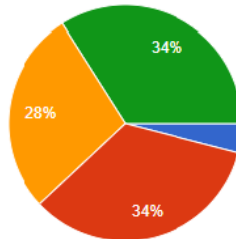


“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

IDARE 2 - RASGO

21. Me siento bien

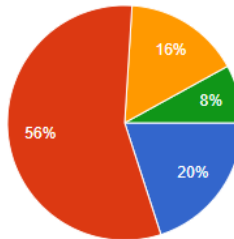
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

22. Me canso rápidamente

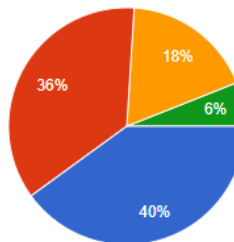
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

23. Siento ganas de llorar

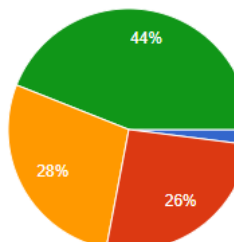
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

24. Quisiera ser tan feliz

50 respuestas

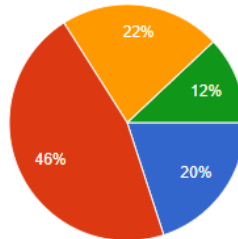


- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente

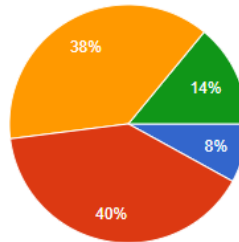
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

26. Me siento descansado

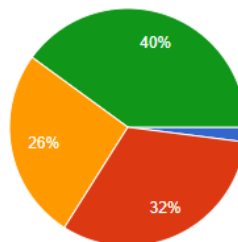
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

27. Soy una persona "tranquila, serena y pacífica"

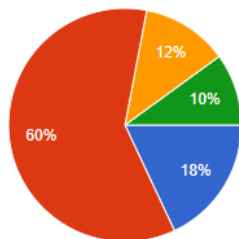
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas

50 respuestas

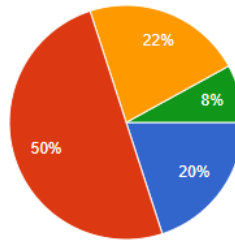


- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia

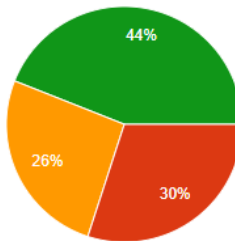
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

30. Soy feliz

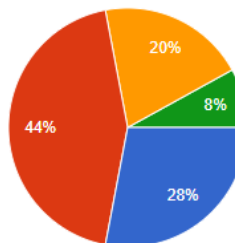
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho

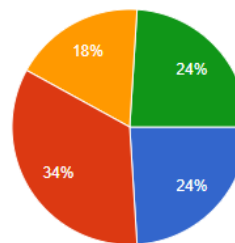
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

32. Me falta confianza en mi mismo

50 respuestas

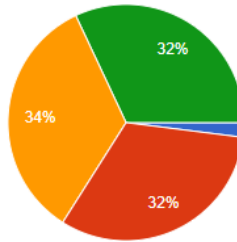


- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

33. Me siento seguro

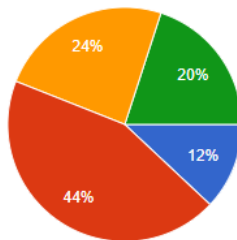
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad

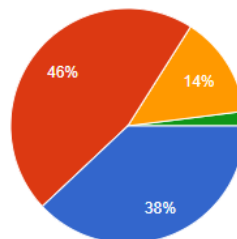
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

35. Me siento melancólico

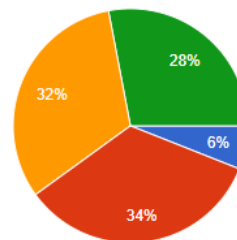
50 respuestas



- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

36. Estoy satisfecho

50 respuestas

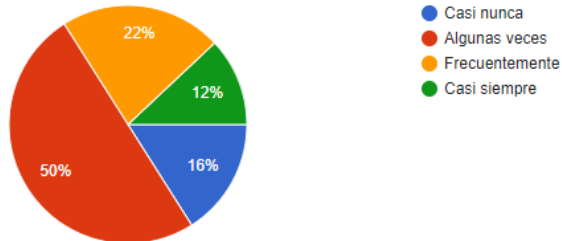


- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

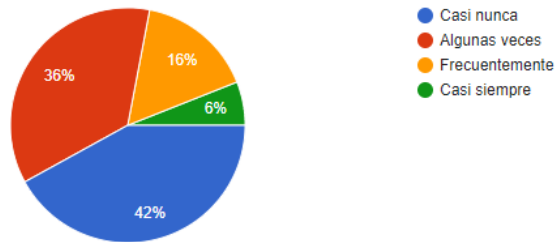
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente

50 respuestas



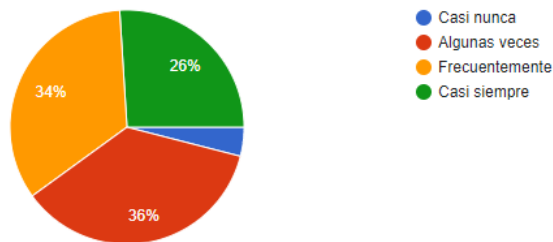
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza

50 respuestas



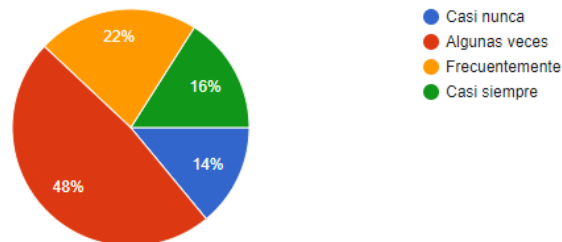
39. Soy una persona estable

50 respuestas



40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado

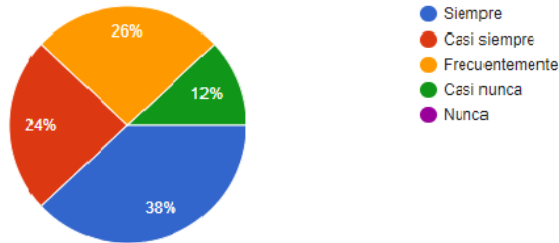
50 respuestas



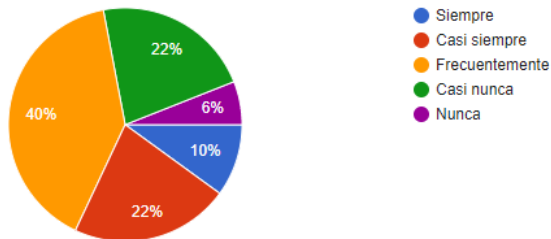
“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

TEST DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS L.H. MILLER y A.D. SMITH

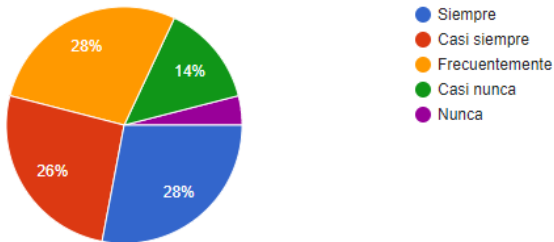
1. Hago por lo menos una comida caliente y balanceada al día
50 respuestas



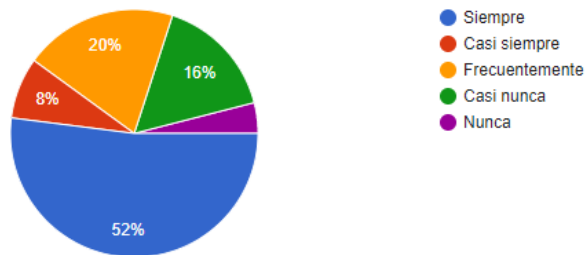
2. Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de 7 a 8 horas
50 respuestas



3. Doy y recibo afecto regularmente
50 respuestas



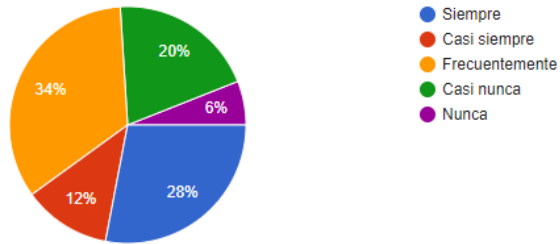
4. En 50 millas a la redonda poseo, por lo menos, un familiar en el que puedo confiar
50 respuestas



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

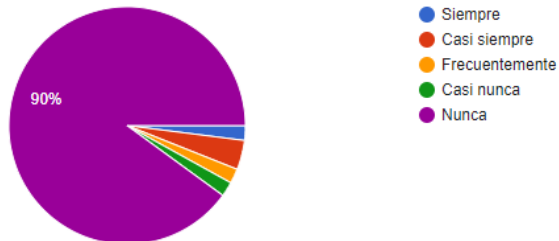
5. Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicios hasta sudar

50 respuestas



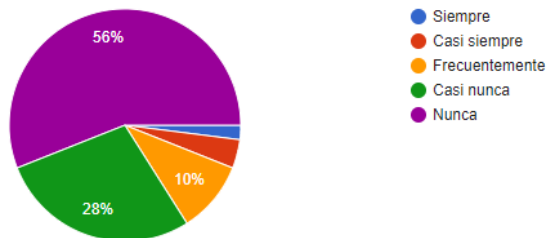
6. Fumo menos de media cajetilla de cigarros al día

50 respuestas



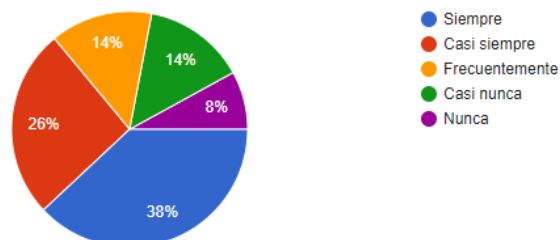
7. Tomo menos de 5 tragos (de bebida alcohólica) a la semana

50 respuestas



8. Tengo el peso apropiado para mi estatura

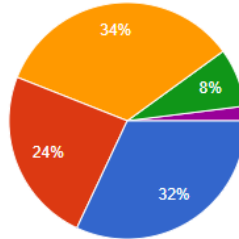
50 respuestas



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

9. Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales

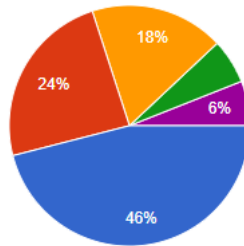
50 respuestas



- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

10. Mis creencias me hacen fuerte

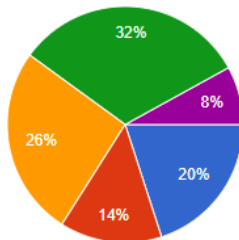
50 respuestas



- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

11. Asisto regularmente a actividades sociales o del club

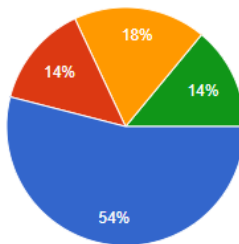
50 respuestas



- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

12. Tengo una red de amigos y conocidos

50 respuestas

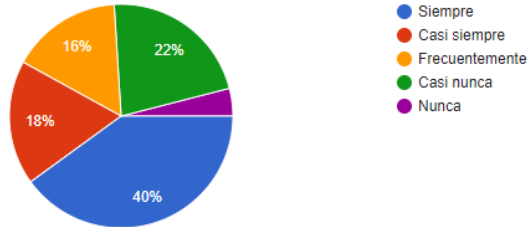


- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

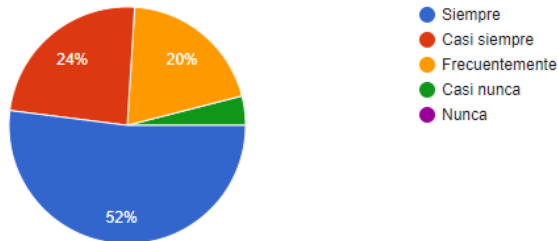
13. Tengo uno o mas amigos a quienes puedo confiarles mis problemas personales

50 respuestas



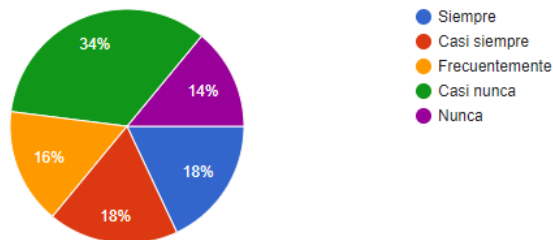
14. Tengo buena salud (es decir, mi vista, oído, dentadura, etc. está en buenas condiciones)

50 respuestas



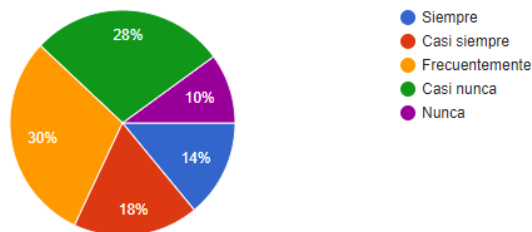
15. Soy capaz de hablar abiertamente sobre mis sentimientos cuando me siento irritado o preocupado

50 respuestas



16. Converso regularmente sobre problemas domésticos (es decir, sobre tareas del hogar, dinero, problemas de la vida cotidiana) con las personas que conviven conmigo

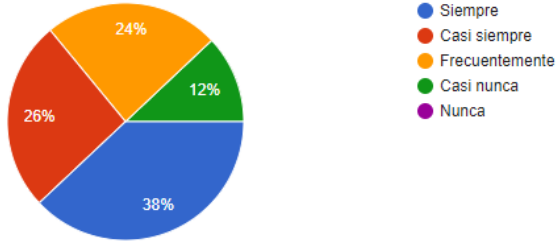
50 respuestas



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

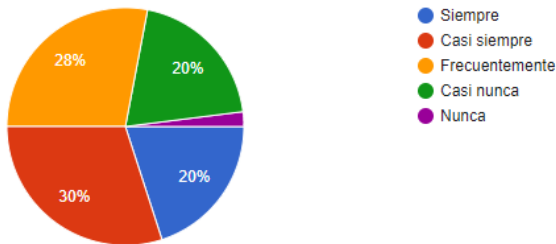
17. Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme

50 respuestas



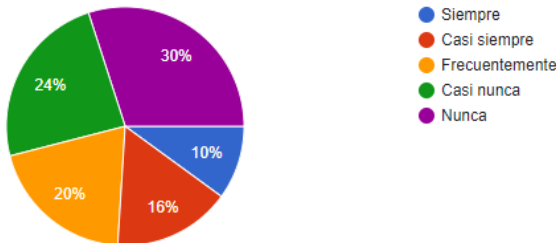
18. Soy capaz de organizar racionalmente mi tiempo

50 respuestas



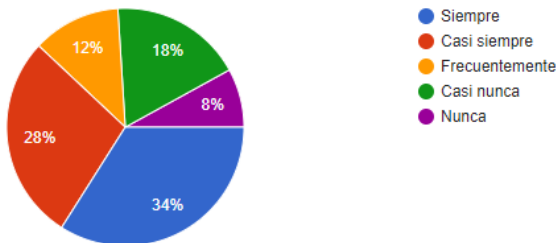
19. Tomo menos de tres tazas de café (o de te o refresco de cola) al día

50 respuestas



20. Durante el día me dedico a mi mismo un rato de tranquilidad

50 respuestas





“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

RESULTADOS GENERALES POR CATEGORIA DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO – ESTADO (IDARE)

Figura 2.

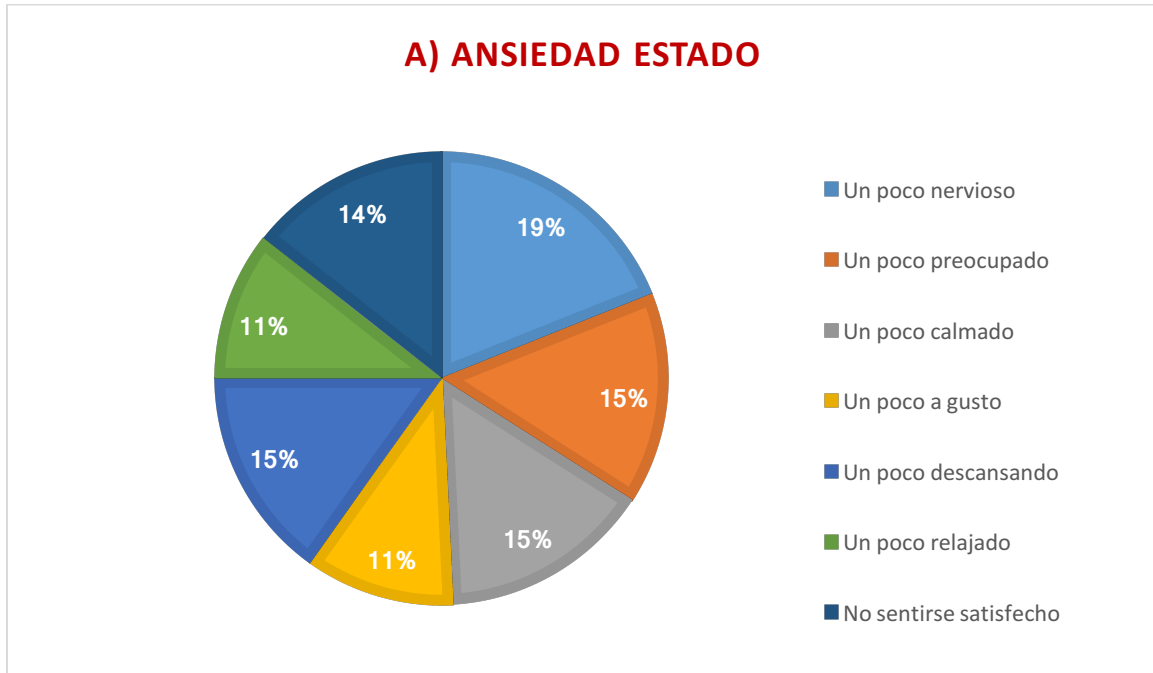
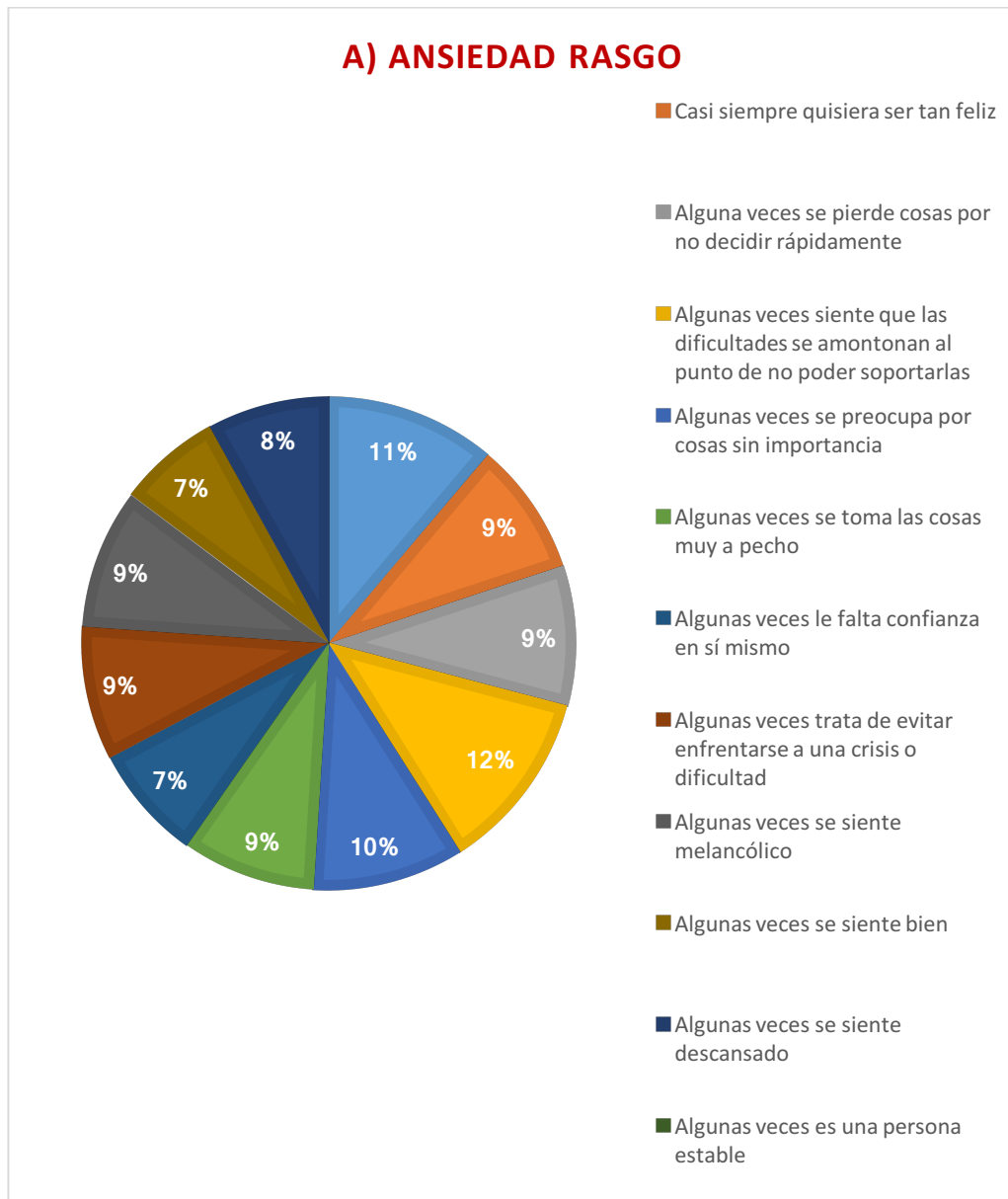


Figura 3.



RESULTADOS GENERALES POR CATEGORÍA DEL TEST DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS L.H.MILLER y A.D. SMITH

Figura 4.

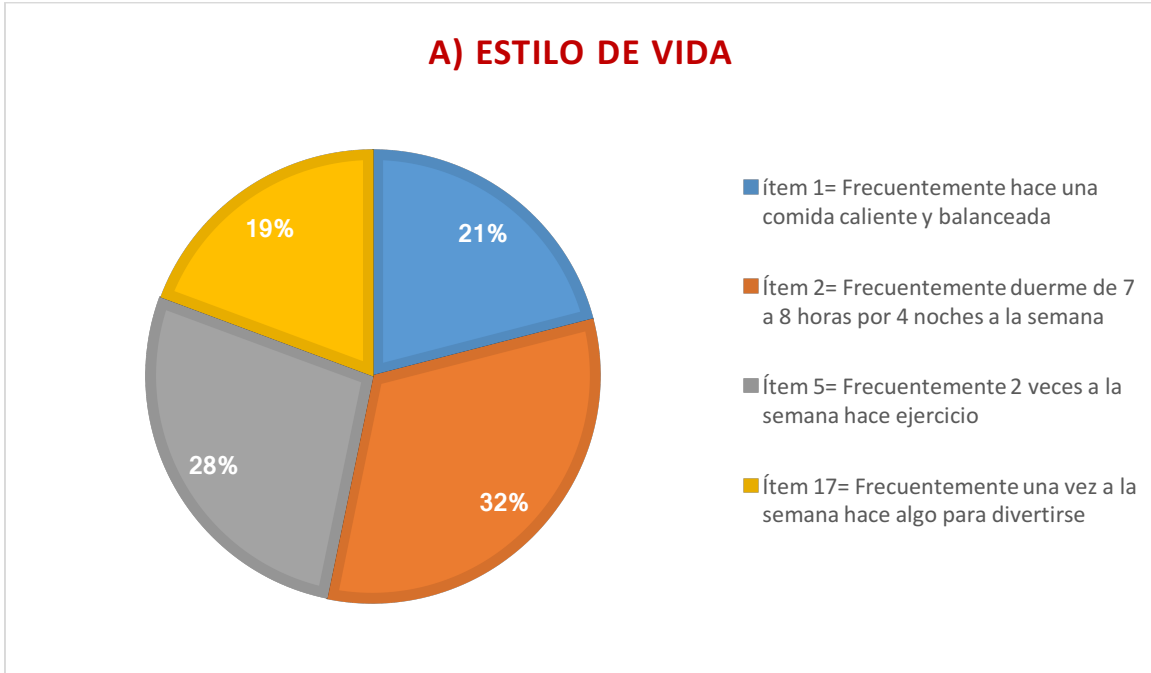


Figura 5.

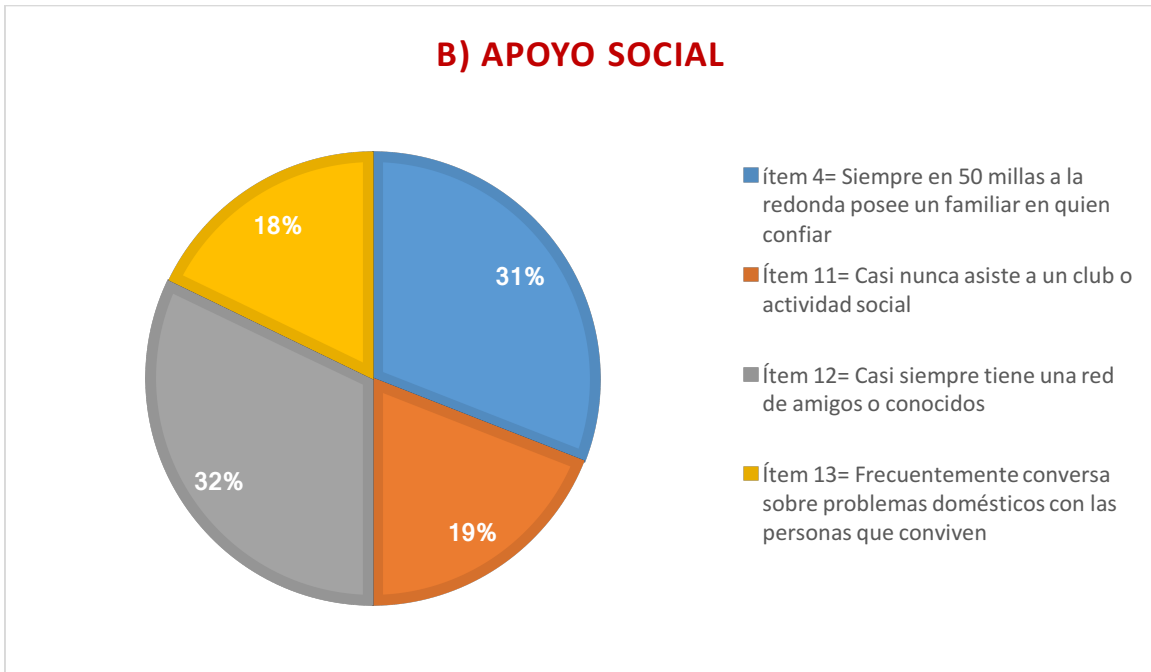


Figura 6.

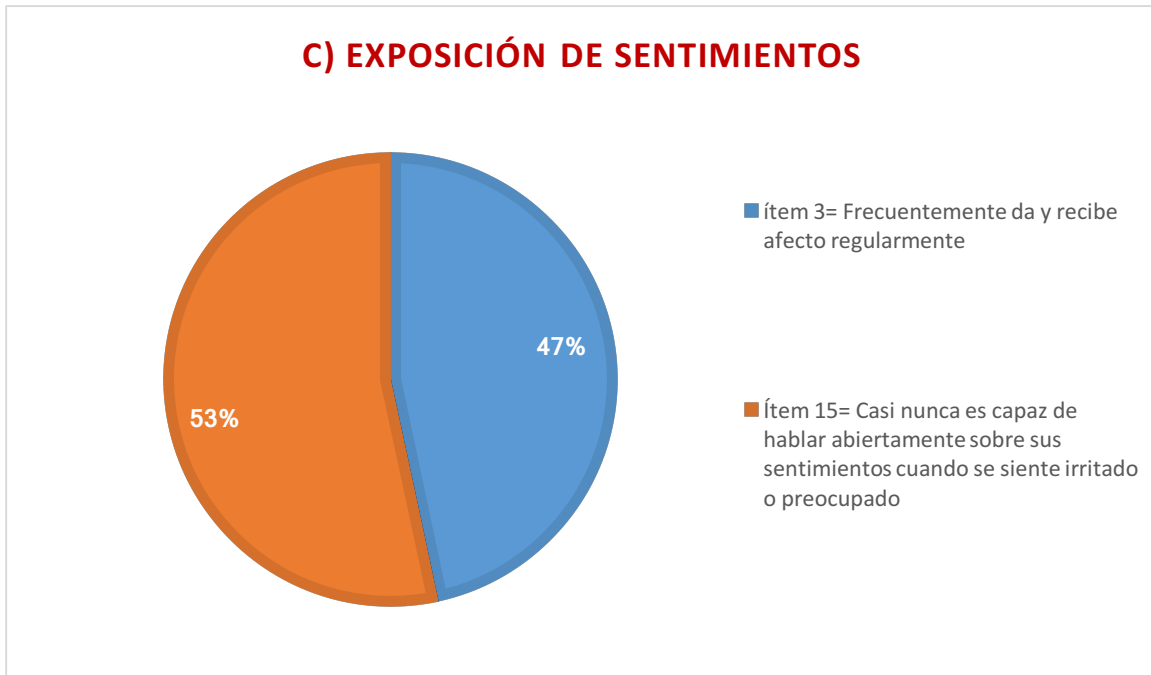


Figura 7.

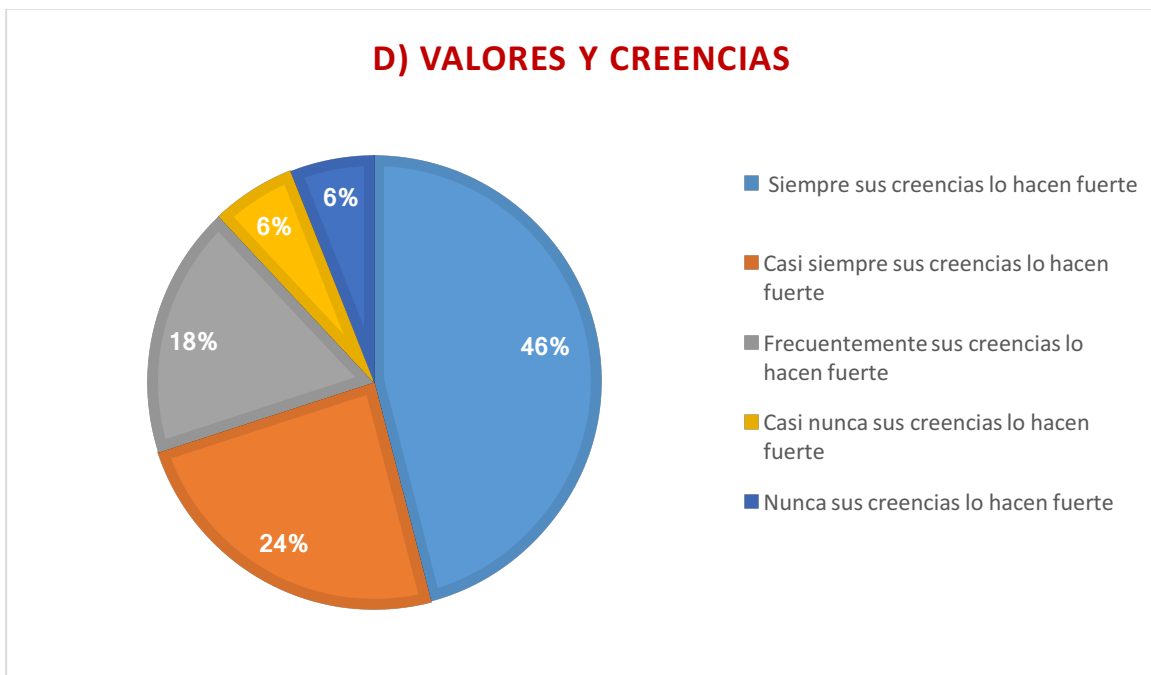
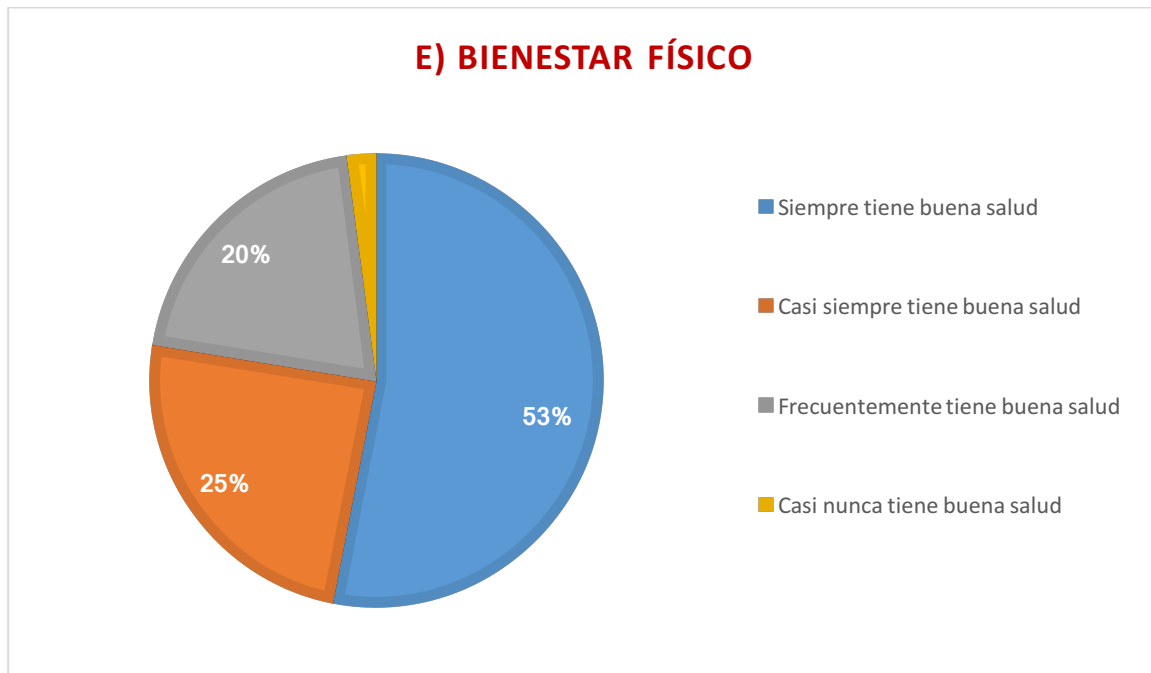


Figura 8.





V. CONCLUSIÓN

La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo.
–Nelson Mandela

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) aplicado a una población total de 50 adolescentes estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperación Taxco el Viejo, la presente investigación nos permite concluir que los alumnos sí presentaron un alto nivel de ansiedad como estado mas no como rasgo, es decir, los alumnos se encontraban en ese momento ansiosos pero no quiere decir que sea un rasgo de su personalidad, sino más bien es un estado transitorio y que precisamente ha sido ocasionado por el exceso de situaciones vividas a causa de la Pandemia COVID – 19.

Se llegó a esta conclusión, ya que, a pesar de no tener puntuaciones tan altas al ver el panorama completo de los resultados se observaba que los adolescentes respondían que tenían un poco de nerviosismo o se sentían un poco alterados, solo por mencionar algunos ejemplos; pero, el otro porcentaje, aunque en menor cifra, sí respondía de manera favorable para ser puntuada como ansiosa.

De igual manera, con los resultados obtenidos al aplicar el Test de Vulnerabilidad al Estrés, se pudo observar que existe un nivel de estrés académico medio, ya que los adolescentes alumnos dijeron en su mayoría que contaban por ejemplo con una red de apoyo, lo cual es un factor importante para mantener un bajo nivel de estrés pero por otro lado respondieron que frecuentemente presentan dificultad al tratar de expresar sus emociones lo cual puede ser un factor importante para mantener un alto nivel de estrés, esto solo por mencionar algunos ejemplos de comparación.

Lamentablemente no toda la población estudiantil pudo participar en la aplicación de estas evaluaciones, ya que algunos estaban realizando servicio social, otros no tenían acceso a internet, otros no contaban con correo electrónico y un porcentaje menor, ignoro la petición que se les hizo. Aun así, con la muestra que se conto fue suficiente al menos para responder a las dos

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

principales preguntas de investigación ¿Cuál es el nivel de ansiedad que presentan los alumnos del Colegio de Bachilleres, debido a las clases virtuales? Y ¿Cuál es el nivel de estrés académico que presentan los alumnos del Colegio de Bachilleres, debido a clases virtuales?

Ciertamente ninguno de nosotros estaba preparado para enfrentarse tan inesperadamente una pandemia, a todos nos desestabilizó en varios aspectos; como mencionaba al principio de la investigación, en el caso de esta población estudiantil se conoce que la mayoría de las familias se vieron afectadas sobre todo económicamente, factor que también influye directamente para presentar ansiedad y estrés académico.

La educación se convirtió en un reto, los docentes hicieron uso de todos los medios posibles y que tuvieron a su disposición.

Quiero mencionar precisamente como conclusión, que realmente tienen mi admiración todos aquellos profesores que buscaron la manera de llevar el aprendizaje hasta cada uno de los hogares de sus alumnos, haciendo uso de su creatividad y sobre todo demostrando el amor a su profesión.

De igual manera quiero reconocer el gran esfuerzo de los alumnos, sobre todo de los alumnos del Colegio de Bachilleres Plantel por Cooperación Taxco el Viejo, ya que no fue fácil poder concluir este escalón de formación educativa, sin embargo, pudieron hacerlo.

Concluyo diciendo que, si bien esta pandemia trajo muchas cosas negativas y repercutió tal vez de manera desfavorable en varios aspectos de nuestra vida, nos ha dejado un gran aprendizaje, sin duda, marcó un giro en la educación y nos damos cuenta que los límites siempre los vamos a poner nosotros mismos, ya que el ser humano es un ser resiliente, capaz de buscar y agotar todas las posibilidades que tiene a su alcance.

Sin esta pandemia no hubiera tal vez tenido la inspiración incluso para realizar esta investigación; ya que, cabe aclarar, que a pesar de que parece ser que se esperaba se tuvieran altos niveles de ansiedad y estrés académico, mi intención como autora con esta tesis también es demostrar precisamente esto, la capacidad de la persona para adaptarse incluso a lo que parece ser desconocido, como fue el caso de las clases virtuales y su capacidad para esforzarse y no solo adaptarse sino hacerlo bien.

*María Monserrat Landa Gerónimo.
Facultad de psicología.*



VI. BIBLIOGRAFÍA

Romero, Lidia. (2009) Trastorno de Ansiedad (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México, Los Reyes Iztacala, Edo. De México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptb2010/agosto/0660446/Index.html>

Valdés, M., & De Flores, T. (1985). Manual de bases biológicas del comportamiento humano.

Recuperado de:

[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21091/1/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano\(1\).pdf#page=177](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21091/1/Manual-de-bases-biolo%CC%81gicas-del-comportamiento-humano(1).pdf#page=177)

García, N. B., & Zea, R. (2012, 6 de marzo). Revista de psicología Universidad de Antioquia. Recuperado de: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1>

Bautista, I., Carrera, G., León, E., & Laverde, D. (2020, 8 de agosto). Evaluación de satisfacción de los estudiantes sobre las clases virtuales. Minerva. Recuperado de:

<https://minerva.autanabooks.com/index.php/Minerva/article/view/6>

Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009, diciembre). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (internet)*. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1989-38092009000300003

Barquín, C. S., García, A. R., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 15(1), 47-60. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- González, S. & González, M. E. (2012). Estrés Académico en el Nivel Medio Superior. Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías. Recuperado de: <https://chat.iztacala.unam.mx/cshat/index.php/cshat/article/view/51/45>
- Flores, Mariana. (2010) Ansiedad en estudiantes universitarios (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala., Tlalnepantla, Edo. De México. Recuperado de:
<http://132.248.9.195/ptb2010/noviembre/0664185/Index.html>
- Barraza, A. (junio, 2020). *El estrés de pandemia (COVID 19) en la población mexicana*. Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica S.C, México. Recuperado de: <http://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/Coronavirus.pdf>
- Cabanach, Ramón G.; Valle, Antonio; Rodríguez, Susana; Piñeiro, Isabel; Freire, Carlos (2010). Escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, vol. 1, núm. 1, enero, pp. 51-64. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245116411005>
- Cabrera, H., y Colina, A. (2019). Estrés en profesores universitarios. Debates en evaluación y currículum. *Congreso Internacional de Educación: Curriculum 2019/Año 5*, No. 5, septiembre 2019 a agosto de 2020.
- COMIE-a (2020). Foro virtual de análisis: *La investigación educativa en tiempos del COVID-19* 24 de junio. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=kmDxp4-Ye-U>
- COMIE-b (2020) *Tensiones entre educación y educación inclusiva*. Desafíos a partir del COVID-19, 25 de junio. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=p4aTtP36WSo>
- Díaz Barriga, Ángel (2020). Conferencias educativas Educación A Distancia. Nuevos Retos En *Los Modelos Educativos*. Educación superior. 14 jun. 2020. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=ZBdvwa3Gt5w>
- Dussel, I., Ferrante, P. y Pulfer, D. (2020). *Pensar la educación en tiempos de pandemia*.
UNIPE, Editorial Universitaria. Recuperado de: <http://redesib.formacionib.org/grupos/docentes-frente-a-la-pandemia/blog/pensa>



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, C., Zaragoza, j., Bagés, N., y De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica* v. 7 no. 3, septiembre-diciembre.
- Fernández de Castro Javier y Luévano, Edith (2018). Influencia del Estrés Académico sobre el Rendimiento Escolar en Educación Media Superior. *Revista Panamericana de Pedagogía*, Núm. 26, 97-117.
- Gómez, G y Rivas, M. (2017). Resiliencia académica, nuevas perspectivas de interpretación del aprendizaje en contextos de vulnerabilidad social. *Calidad en la Educación*. No 47, pp. 215-233.
- González Cabanach, R.; Souto-Gestal, A.; González-Doniz, L. y Franco Taboada, V. (2018). Perfiles de afrontamiento y estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación Educativa*, 3 (2), 421-433. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.2.290901>
- González, L. y González, M.R. (2019). Salud y estrés académico en estudiantes universitarios. Ponencia presentada en el IX Congreso Internacional Salud, Bienestar y Sociedad. Berkeley, San Francisco, California, USA, 19 y 20 de septiembre.
- González, L. y Pech, S. J. (2020). Cuestionario Percepción del Estrés Académico en Estudiantes Universitarios asociado a la COVID-19. (Documento interno no publicado).
- ISSUE (2020). Educación y Pandemia. Una Visión Académica. UNAM, México. Disponible en: <http://www.iisue.unam.iisue./covid/educacion-y-pandemia> consultado 25 de mayo de 2020.
- ISSUE-UNAM (2020). Educación y pandemia: el futuro que vendrá / Hugo Casanova. Director ejecutivo Emitido en directo el 18 jun. 2020. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=yt_781YBKf4



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Ibermón, F. (2020). Conferencia magistral: formación continua y desarrollo profesional docente, presentado en el Ciclo Iberoamericano de Encuentros con Especialistas. OEI-MEJOREDU_SEP. Recuperado de: <http://youtube.be/4WNs5MnCH6E>

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez-Roca.

López, M., y Rodríguez, S. A. (2020). Trayectorias escolares en la educación superior ante la pandemia ¿continuar, interrumpir o desistir? En H. Casanova Cardiel (Coord.), Educación y pandemia: una visión académica (pp. 103-108). UNAM, Ciudad de México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación. Recuperado de: <http://www.iisue.unam.iisue./covid/educacion-y-pandemia>

Lozano Díaz, A., Fernández-Prados, J.S., Figueredo Canosa, V. & Martínez, A.M. (2020) Impactos del confinamiento por el COVID-19 entre universitarios: Satisfacción Vital, Resiliencia y Capital Social Online. International Journal of Sociology of Education, Special Issue: COVID-19 Crisis and Socioeducative Inequalities and Strategies to Overcome them, 79-104. Recuperado de: <http://doi.org/10.17583/rise.2020.5925>

Martin, M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. Apuntes de Psicología, Vol. 25, número 1, Universidad de Sevilla.

McKay, M, Davis, M., y Fanning, O. (1998). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca.

Pajarianto1, E., Kadir, A, Galugu, N., Sari, P., & Februanti, S. (2020). Study from Home in the Middle of the COVID-19 Pandemic: Analysis of Religiosity, Teacher, and Parents Support Against Academic Stress. Talent Development & Excellence Vol.12, No.2s, 2020, 1791-1807

OEI-IESALC (2020, mayo 13). COVID-19 y Educación Superior: De los efectos inmediatos al día después. Análisis de impactos, respuestas políticas y recomendaciones. Recuperado de: <http://www.iesalc.unesco.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19-ES-130520.pdf>



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

Ordorika, I. (2020). Pandemia y Educación Superior. Revista de la Educación Superior 194, Vol. 49, pp. 1-8. Recuperado de: <https://doi.org/10.36857/resu.2020.194.1120>

SEP (2020) Portal de la Subsecretaría de Educación Superior, consulta el 10 de septiembre. Recuperado de: <https://educacionsuperior.sep.gob.mx/>

UNACH (2018). Proyecto Académico, Reforma para la Excelencia 2018-2012. UNACH, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Recuperado de: <http://www.unach.mx>

Zavala, J. (2008). Estrés y burnout docente: conceptos, causas y efectos. Educación Vol. XVII, No. 32, marzo 2008, pp. 67-86. Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/educacion/article/view/1802>



ANEXO “A” CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sección 1 de 4

EVALUACIÓN DE ANSIEDAD Y ESTRES COMO CONSECUENCIA DE CLASES VIRTUALES

Instrucciones: Lee a detalle la siguiente solicitud, con el fin de informarte de que serás participe

Correo *

Correo válido

Este formulario registra los correos. [Cambiar configuración](#)

CONSENTIMIENTO: Al aceptar esta solicitud, doy mi consentimiento *
para participar en la investigación psicológica "Ansiedad y estrés académico, en estudiantes del Colegio de Bachilleres, como consecuencia de clases virtuales por Covid-19". Que tiene como objetivo evaluar los niveles de ansiedad y estrés presentes en los alumnos de dicho colegio. Los resultados de la presente investigación a través de los formularios que contestare, podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad de mi persona; por lo que estoy de acuerdo en participar y expreso mi conformidad firmando el presente consentimiento.

Sí, acepto

No, acepto



ANEXO “B” CUESTIONARIOS

IDARE PARTE 1 – ESTADO

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contraído	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4



IDARE PARTE 2 – RASGO

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que **indique cómo se siente generalmente**, no hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa como se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4



TEST DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS

L.H. MILLER y A.D. SMITH

Instrucciones: Califique cada inciso con puntuaciones como **Siempre/1**, **Casi siempre/2**, **Frecuentemente/3**, **Casi nunca/4**, **Nunca/5**, según la frecuencia con que usted realice una de estas afirmaciones:

	1	2	3	4	5
1. Hago por lo menos una comida caliente y balanceada al día					
2. Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de 7 a 8 horas					
3. Doy y recibo afecto regularmente					
4. En 50 millas a la redonda poseo, por lo menos, un familiar en el que puedo confiar					
5. Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicios hasta sudar					
6. Fumo menos de media cajetilla de cigarros al día					
7. Tomo menos de 5 tragos (de bebida alcohólica) a la semana					
8. Tengo el peso apropiado para mi estatura					
9. Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales					
10. Mis creencias me hacen fuerte					
11. Asisto regularmente a actividades sociales o del club					
12. Tengo una red de amigos y conocidos					
13. Tengo uno o más amigos a quienes puedo confiarles mis problemas personales					
14. Tengo buena salud (es decir, mi vista, oído, dentadura, etc. está en buenas condiciones)					
15. Soy capaz de hablar abiertamente sobre mis sentimientos cuando me siento irritado o preocupado					
16. Converso regularmente sobre problemas domésticos (es decir, sobre tareas del hogar, dinero, problemas de					



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

la vida cotidiana) con las personas que conviven conmigo					
17. Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme					
18. Soy capaz de organizar racionalmente mi tiempo					
19. Tomo menos de tres tazas de café (o de té o refresco de cola) al día					
20. Durante el día me dedico a mí mismo un rato de tranquilidad					



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

ANEXO “C”

En el anexo 3, se exponen las ligas de los formularios de Google que se les hicieron llegar a los estudiantes por niveles académicos, ya en los resultados se darán a conocer las estadísticas.

EVALUACIÓN DE ANSIEDAD Y ESTRES COMO CONSECUENCIA DE CLASES VIRTUALES: <https://forms.gle/v3usLp8MrqkjGume9>



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

IDARE 1- ESTADO



INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y elija la opción que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.



1. Me siento calmado *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

2. Me siento seguro *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

3. Estoy tenso *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

4. Estoy contraído *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

5. Me siento a gusto *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

6. Me siento alterado *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

7. Estoy alterado por algún posible contratiempo *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

8. Me siento descansado *

- No
 - Un poco
 - Bastante
 - Mucho
-

9. Me siento ansioso *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

10. Me siento cómodo *

- No
 - Un poco
 - Bastante
 - Mucho
-

11. Me siento con confianza en mi mismo *

- No
 - Un poco
 - Bastante
 - Mucho
-



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

12. Me siento nervioso *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

13. Estoy agitado *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

14. Me siento "a punto de explotar" *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

15. Me siento relajado *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

16. Me siento satisfecho *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

17. Estoy preocupado *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

18. Me siento muy exaltado y aturdido *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho

19. Me siento alegre *

- No
- Un poco
- Bastante
- Mucho



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

20. Me siento bien *

No

Un poco

Bastante

Mucho

TEST DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS L.H. MILLER y A.D. SMITH

Instrucciones: Califique cada inciso con puntuaciones como Siempre/1, Casi siempre/2, Frecuentemente/3, Casi nunca/4, Nunca/5, según la frecuencia con que usted realice una de estas afirmaciones

1. Hago por lo menos una comida caliente y balanceada al día *

Siempre

Casi siempre

Frecuentemente

Casi nunca

Nunca



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

2. Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de 7 a 8 horas *

- Siempre
 - Casi siempre
 - Frecuentemente
 - Casi nunca
 - Nunca
-

3. Doy y recibo afecto regularmente *

- Siempre
 - Casi siempre
 - Frecuentemente
 - Casi nunca
 - Nunca
-



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

4. En 50 millas a la redonda poseo, por lo menos, un familiar en el que puedo confiar *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

5. Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicios hasta sudar *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

6. Fumo menos de media cajetilla de cigarros al día *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

...

7. Tomo menos de 5 tragos (de bebida alcohólica) a la semana *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

8. Tengo el peso apropiado para mi estatura *

Siempre

Casi siempre

Frecuentemente

Casi nunca

Nunca

9. Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales *

Siempre

Casi siempre

Frecuentemente

Casi nunca

Nunca



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

10. Mis creencias me hacen fuerte *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

⋮

11. Asisto regularmente a actividades sociales o del club *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

12. Tengo una red de amigos y conocidos *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

...

13. Tengo uno o mas amigos a quienes puedo confiarles mis problemas personales *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

14. Tengo buena salud (es decir, mi vista, oído, dentadura, etc. está en buenas condiciones) *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

15. Soy capaz de hablar abiertamente sobre mis sentimientos cuando me siento irritado o preocupado *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

16. Converso regularmente sobre problemas domésticos (es decir, sobre tareas del hogar, dinero, problemas de la vida cotidiana) con las personas que conviven conmigo

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

...

17. Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

18. Soy capaz de organizar racionalmente mi tiempo *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

19. Tomo menos de tres tazas de café (o de te o refresco de cola) al día *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca

20. Durante el día me dedico a mi mismo un rato de tranquilidad *

- Siempre
- Casi siempre
- Frecuentemente
- Casi nunca
- Nunca



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

IDARE 2 - RASGO

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y seleccione el número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa como se siente generalmente.

21. Me siento bien *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

22. Me canso rápidamente *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

23. Siento ganas de llorar *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

24. Quisiera ser tan feliz *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

⋮

25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

26. Me siento descansado *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

⋮

27. Soy una persona "tranquila, serena y pacífica" *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

30. Soy feliz *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

32. Me falta confianza en mi mismo *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

⋮

33. Me siento seguro *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

⋮

35. Me siento melancólico *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

36. Estoy satisfecho *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

⋮

37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

39. Soy una persona estable *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre



“Niveles de ansiedad y estrés académico, resultado de clases virtuales en estudiantes del colegio de bachilleres, Taxco el Viejo, Gro.

⋮

40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Casi siempre