



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES
EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19**

T E S I S

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

P R E S E N T A:

JUAN CARLOS GÓMEZ ROQUE

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DRA. SARAI YÁÑEZ MÁRQUEZ

COMITÉ: DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA

DRA. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS

DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES

DRA. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÁVEZ



ESTE TRABAJO FUE REALIZADO CON EL APOYO DE PAPIME, CLAVE PE303121

Ciudad de México

Marzo 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo I. Ansiedad	9
1.1 Modelos de la ansiedad.....	9
1.2 Enfoques de la ansiedad	12
1.3 Tipos de ansiedad	14
1.4 Variables asociadas a la ansiedad	16
1.5 Ansiedad en la adolescencia	18
1.6 Ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19	21
Capítulo II. Adolescencia	24
2.1 Definición de adolescencia	24
2.2 Etapas de la adolescencia	26
2.3 Contextos del desarrollo adolescente	28
2.4 Desarrollo fisiológico y cognitivo	31
2.5 Desarrollo social y emocional	33
2.6 Factores de riesgo en la adolescencia	35
2.7 La adolescencia en contexto de pandemia por COVID-19	36
Capítulo III. Importancia del diseño de instrumentos de medición psicológica y validez de la escala de ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19	39
3.1 Elementos del proceso de medición	40
3.2 Validación y confiabilidad de instrumentos	41
3.3 Evaluación de la ansiedad	44
3.4 Evaluación de la ansiedad en pandemia por COVID-19	46
3.5 Escala de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19 (EAP: Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona-Márquez, 2022)	50
Capítulo IV. Planteamiento del problema.....	54

Capítulo V. Método	57
5.1 Objetivo general	57
5.2 Objetivos específicos	57
5.3 Pregunta de investigación	57
5.4 Variables	57
5.5 Participantes	58
5.6 Instrumento	59
5.7 Tipo de estudio	60
5.8 Diseño de investigación	60
5.9 Procedimiento	60
Capítulo VI. Resultados	61
6.1 Datos descriptivos	61
6.2 Discriminación de reactivos	64
6.3 Análisis de confiabilidad	69
6.4 Análisis factorial exploratorio	71
6.5 Indicadores de ansiedad de acuerdo con el sexo	76
Capítulo VII. Discusión	80
7.1 Descripción de los síntomas de ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19	81
7.2 Discriminación de reactivos	82
7.3 Confiabilidad	82
7.4 Análisis factorial	83
7.5 Conclusiones y limitaciones	84
Referencias bibliográficas	87
Anexos	109

Resumen

El objetivo de esta investigación es que la escala de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19, reúna las propiedades psicométricas adecuadas para medir sintomatología ansiosa en adolescentes, mediante un análisis factorial exploratorio. La escala fue diseñada y validada por Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona- Márquez (2022), es un instrumento con 31 reactivos en formato de escala Likert con cuatro opciones de respuesta (0 =nunca, 1 = pocas veces, 2 = muchas veces, 3 =siempre), cada reactivo indaga sobre síntomas de ansiedad en contexto de pandemia. Se obtuvo la validez del instrumento mediante un análisis factorial exploratorio de componentes principales mediante el método de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett y rotación ortogonal Varimax; mientras que la confiabilidad se obtuvo con un análisis de Alfa de Cronbach. La muestra estuvo integrada por 450 adolescentes, 284 mujeres (63.1%) y 166 hombres (36.9%), todos ellos seleccionados por muestreo aleatorio. La escala obtuvo un Alfa de Cronbach ($\alpha=.929$), agrupadas en 6 factores: Ansiedad pandémica, Miedo al COVID, Medidas de seguridad social, Respuestas conductuales, Obsesiones y compulsiones ante la pandemia y Ansiedad pandémica familiar, los cuales explican el 55.273% de la varianza. Se logró validar un instrumento que discrimina adecuadamente y las propiedades psicométricas posibilitan la utilización para medir los síntomas de ansiedad manifestados durante la pandemia por COVID-19 en población de adolescentes mexicanos.

Palabras clave: ansiedad, adolescentes mexicanos, diseño de instrumentos, análisis factorial exploratorio, validez de constructo.

Abstract

The objective of this research is that the anxiety scale in the context of the COVID-19 pandemic has the appropriate psychometric properties to measure anxious symptoms in adolescents, through an exploratory factor analysis. The scale was designed and validated by Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque and Corona-Márquez (2022), it is an instrument with 31 items in Likert scale format with four response options (0 = never, 1 = few times, 2 = many times, 3 = always), each item inquires about symptoms of anxiety in the context of a pandemic. The validity of the instrument was obtained through an exploratory factorial analysis of principal components using the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett method and Varimax orthogonal rotation; while reliability was obtained with a Cronbach's Alpha analysis. The sample consisted of 450 adolescents, 284 women (63.1%) and 166 men (36.9%), all of them selected by random sampling. The scale obtained a Cronbach's Alpha ($\alpha=.929$), grouped into 6 factors (Pandemic anxiety, Fear of COVID, Social security measures, Behavioral responses, Obsessions and compulsions in the face of the pandemic, and Family pandemic anxiety), which explain the 55.273% of the variance. It was possible to validate an instrument that adequately discriminates and its psychometric properties make it possible to use it to measure the symptoms of anxiety manifested during the COVID-19 pandemic in a population of Mexican adolescents.

Keywords: anxiety, Mexican adolescents, instrument design, exploratory factor analysis, construct validity.

Introducción

El objetivo de esta investigación es que la escala de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19, reúna las propiedades psicométricas adecuadas para medir sintomatología ansiosa en adolescentes, mediante un análisis factorial exploratorio. La escala fue diseñada y validada por Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona- Márquez (2022).

La enfermedad causada por el coronavirus es conocida con el nombre de COVID-19 o SARS-CoV2. Es un síndrome respiratorio agudo severo; produce síntomas similares a los de la gripe, entre los que se incluyen fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga; también se ha observado la pérdida súbita del olfato y el gusto, sin que la mucosidad fuese la causa, en casos graves se caracteriza por producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico (Pérez, Gómez y Dieguez, 2020).

La rápida propagación del virus fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020.

La situación de salud ha dado lugar a una serie de problemas psicológicos que afectan a gran cantidad de personas, entre los cuales, las manifestaciones de ansiedad significan una demanda para los profesionales del comportamiento. Durante el confinamiento se desarrollan problemas de salud mental como dificultades para conciliar el sueño, aumento en la ansiedad, cambios en el estado de ánimo y en el apetito, consumo de sustancias y problemas en la atención (Centioni, 2020).

De tal manera que, los problemas psicológicos durante la pandemia con mayor frecuencia, han sido la ansiedad, depresión, estrés, trastorno de sueño-vigilia y trastorno por

estrés postraumático (Martínez, Bolívar, Yanez y Rey, 2020); un hallazgo consistente en la literatura son los síntomas o trastornos de ansiedad y depresión más reportados en estudios que indagan la salud mental de personas en la pandemia, gran cantidad de gente parece estar desesperada y muy angustiada por la situación (Martínez, 2020).

Quien padece ansiedad puede malinterpretar dolores musculares benignos o tos como signos de infección, así como presentar comportamientos desadaptativos como lavarse las manos compulsivamente, retraimiento social o realizar compras de pánico, que pueden tener consecuencias negativas para el individuo y su comunidad (Galindo, Ramírez, Costas, Mendoza, Calderillo y Meneses, 2020).

Asimismo, durante el brote del virus SarCov2, la ansiedad por la salud llega a ser excesiva y dar lugar a comportamientos como asistir repetidamente a consultas médicas o evitar la atención médica en casos necesarios, o bien, atesorar artículos de limpieza como papel de baño y sanitizantes, además, estas conductas aparecen particularmente si hay una presencia de información exagerada en los medios de comunicación (Nicolini, 2020).

De acuerdo con la OMS (2017) más de 260 millones de personas tienen trastornos de ansiedad, la cual comienza a los 14 años, y es la octava causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes (OMS, 2019) además, son las mujeres quienes presentan mayores niveles de ansiedad en comparación con los hombres (Castillo y Ruiz, 2019; Goncalves y Rodríguez, 2015).

Estudios con adolescentes chinos de 12 a 18 años durante el brote de COVID-19 en 2020 se encontró que manifestaban síntomas de depresión y ansiedad (Zhou, Zhang, Wang, Guo, Wang, Chen, Liu, Chen y Chen, 2020); en Estados Unidos los adultos jóvenes informaron tener niveles clínicamente elevados de depresión, ansiedad y síntomas de trastorno por estrés postraumático (Liu, Zhang, Wong, Hyun y Hahm, 2020).

En México se han encontrado trastornos de ansiedad que se manifiestan con mayor frecuencia en los adolescentes: la fobia y el trastorno de ansiedad generalizada, los cuales muestran una prevalencia del 9.2% y 4.6% respectivamente (Vicente, Flores y Jiménez, 2017). También se encontró en otros estudios con adolescentes, la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo va del 1% al 4%, sin embargo, aunque la presencia de los síntomas es mayor en la adolescencia, solo un pequeño porcentaje las describe como angustiosas (Vargas, Palacios, González y De la Peña, 2008).

En contexto de pandemia por COVID-19, se debe considerar que los efectos negativos del distanciamiento físico y la privación social pueden ser particularmente profundos para los adolescentes, población que representa un período sensible para la interacción social; en este punto de vista, los adolescentes manifiestan hipersensibilidad a los estímulos sociales y a los efectos negativos de la exclusión social. Sin embargo, esta crisis mundial se ha producido en un momento en que los adolescentes están fortalecidos para mitigar algunas de estas deficiencias sociales mediante el uso de medios digitales de conexión, por lo tanto, este punto de vista sintetiza los hallazgos científicos interdisciplinarios relacionados con el procesamiento social de los adolescentes, el aislamiento y los comportamientos sociales digitales (Orben, Tomova y Blakemore, 2020).

El confinamiento ha afectado diferentes áreas de desarrollo en los adolescentes: a nivel físico presentan problemas para conciliar el sueño, reducción de apetito, tensiones musculares, dolores de cabeza entre otros; a nivel social las clases presenciales fueron suspendidas a las virtuales generando preocupaciones sociales, escasas de actividades físicas, incertidumbre sobre la pandemia, temor de contraer la enfermedad y contacto con las demás personas a su alrededor; con relación a las consecuencias psicológicas provocadas por el aislamiento, los estudiantes presentan niveles moderados de ansiedad,

estrés, miedos, angustias, preocupaciones sobre su futuro e incluso problemas en sus actividades académicas.

De acuerdo con las investigaciones anteriores es factible medir la ansiedad en las condiciones de pandemia por COVID-19, en este contexto se han utilizado instrumentos para evaluar la ansiedad durante la emergencia sanitaria considerando lo siguiente: Coronavirus Anxiety Scale (CAS: Lee, 2020); Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC: Sandín, Valiente, García y Chorot, 2020), Escala de Ansiedad y Estrés (DASS-21: Lovibond y Lovibond, 1995); Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7: Spitzer, Kroenke, Williams y Löw, 2006); Escala de Autoevaluación de Ansiedad (SAS: Zung, 1971); Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI: Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Estos instrumentos han sido utilizados recientemente para medir la ansiedad durante la pandemia.

La medición o evaluación de la ansiedad puede efectuarse mediante la aplicación de diversas baterías, sensibles para detectar la preocupación por el contagio o impacto del COVID-19. A pesar de que algunas escalas han mostrado su utilidad para detectar los síntomas de ansiedad por la pandemia, algunas escalas suelen tener ciertas adversidades, o carencias en las propiedades psicométricas; ante esta situación es útil considerar la necesidad de diseñar instrumentos válidos y confiables para evaluar la ansiedad en contexto de pandemia con diferentes baremos de poblaciones específicas. Otra de las adversidades se atribuye a las condiciones específicas en que ocurre la manifestación de ansiedad en una situación de emergencia con esta nueva enfermedad.

Con base en lo anterior es factible construir un sistema de medición que examine el comportamiento de la ansiedad en adolescentes mexicanos durante la pandemia COVID-19.

Los instrumentos utilizados para medir los indicadores de ansiedad son una demanda urgente en la situación de pandemia, para desarrollar métodos estructurados que permitan contar con medidas confiables de la ansiedad en grandes grupos poblacionales.

El interés de este trabajo fue identificar los síntomas de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19, en una muestra de adolescentes que viven en la Ciudad de México y el área Metropolitana; que posibilite identificar comportamientos que den cuenta de los componentes de ansiedad y un instrumento válido y confiable, útil para la medición objetiva de esta manifestación psicológica.

Para fundamentar el objetivo planteado, en el primer capítulo de este trabajo se analizan los modelos de la ansiedad encontrados, los tipos de ansiedad, las variables asociadas a la ansiedad y la ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19.

En el segundo capítulo, se desarrolla la definición de la etapa de la adolescencia considerando los diferentes aspectos de desarrollo, fisiológico, cognitivo, social y emocional. Asimismo, se determinan los factores de riesgo en términos de pandemia por COVID-19.

En el capítulo tres, se expone la importancia de validar instrumentos de medición psicológica, la validez y confiabilidad de los instrumentos, la evaluación de la ansiedad en adolescentes, finalmente se propone el diseño de la Escala de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19.

En el capítulo cuatro se establece el planteamiento del problema con la revisión de la literatura científica desde los estudios directamente relacionados con la ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19.

En el capítulo cinco se presenta el método de este estudio, los objetivos, los instrumentos utilizados, las características de la muestra, el diseño no experimental y el procedimiento utilizado.

En el capítulo seis se exponen los resultados y, por último, en el capítulo siete se presenta la discusión, las contribuciones, las limitaciones y las sugerencias de la investigación.

Una vez descritos los capítulos se procede a plantear el propósito y el desarrollo de este proyecto de investigación.

Capítulo I

Ansiedad

La ansiedad es un constructo que ha sido estudiado e investigado en los diferentes campos de estudio de la psicología además de otras ciencias, sin embargo, existen diferencias en las definiciones, considerando las diferentes metodologías utilizadas para tratarlo, además de que el constructo ha cambiado a lo largo del tiempo (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003; Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2007; Díaz y de la Iglesia, 2019).

1.1 Modelos de la ansiedad

De acuerdo con la literatura científica y a la luz de las teorías representativas de la ansiedad, la perspectiva en el campo de la personalidad se encuentra el desarrollo de las teorías rasgo-estado de Spielberg (1980) el planteamiento central indica que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operativamente entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad. Otro punto importante es diferenciar los estímulos condicionados que provocan el estado de ansiedad y las defensas para evitar dichos estados.

Spielberg considera la ansiedad rasgo como una disposición interna o tendencia del organismo a reaccionar de forma ansiosa. Se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión de ansiedad. Básicamente, son las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con manifestaciones de ansiedad (Agudelo et al., 2007).

La ansiedad estado se conceptúa como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta alteración del sistema nervioso autónomo. Así, el nivel de la ansiedad estado

dependerá de la percepción del sujeto, es decir, de una percepción subjetiva y no del peligro real que pueda representar la situación (Casado, 1994).

Las principales aportaciones de Spielberger (1980) hacia el estudio de la ansiedad pueden concretarse en los siguientes puntos:

1. Clarificación de la distinción entre rasgo y estado de ansiedad, mediante definiciones precisas y objetivas para ambos conceptos.
2. Desarrollo de un instrumento de evaluación, el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (STAI: Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, y Jacobs, 1977).
3. Plantear que la valoración cognitiva juega un papel importante en la evocación de un estado de ansiedad y, junto a los procesos motores, sirven para eliminar o reducir los estados de ansiedad.

Los trabajos desarrollados en el marco de las teorías rasgo-estado aportaron avances relevantes para explicar e investigar sobre la ansiedad. Sin embargo, surgieron otras explicaciones que intentaron dar cuenta de la naturaleza del concepto, así como de los mecanismos psicológicos intervinientes en la manifestación de la ansiedad. Entre estas teorías, sobresalen las explicaciones situacionistas desarrolladas hacia la década de los sesenta.

Las teorías situacionistas proponen que la respuesta de ansiedad depende directamente de las características de la situación más que de las variables de personalidad. Por lo tanto, el modelo de Mischel (1969) se centra en el estudio de la conducta en sí misma y no en la conducta como expresión de una estructura o estado interno del individuo. En este enfoque, la conducta es principalmente aprendida, el aprendizaje (por condicionamiento clásico, operante o vicario) el responsable del desarrollo y mantenimiento de esta (Cano, 2013). En este modelo la conducta está determinada por la

situación. Una conducta concreta es explicable y predecible por las variables y la situación en las que se da, por las condiciones antecedente y consecuente de dicha conducta. Los postulados de las teorías situacionistas son los siguientes:

1. Las condiciones y características de la situación en que se manifiesta la conducta determinan el desarrollo y mantenimiento de esta.
2. La forma en que la situación controla la conducta puede explicarse por medio de las leyes y principios de aprendizaje.

Ambos modelos, rasgo-estado y situacionista, evolucionaron hacia un modelo más complejo que permitió explicar a la ansiedad con mayor precisión, el modelo interactivo. En esta tercera propuesta se hace una integración de ambos enfoques, lo cual favoreció su enriquecimiento.

La teoría interactiva desarrollada por Endler y Magnusson (1974) postula que la forma más adecuada de estudiar la personalidad es dando atención tanto a las cualidades o factores internos del individuo como a las características de la situación. De este modo, concilia las teorías de rasgo-estado con las de corte situacionista. Se postuló que lo importante no es el individuo ni la situación por separado, sino la interacción entre ambos (Navlet, 2012). La situación en sí misma no determina la conducta, la forma en que la persona percibe e interpreta la situación será la responsable de la conducta del sujeto, destacándose la interacción.

Por otro lado, la teoría de los tres sistemas de respuesta de Lang (1968) sostiene que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuesta: conductual o motor, fisiológico y cognitivo, esta teoría, modifica la idea de que la ansiedad es un concepto unitario (Martínez, Cándido, Cano y García, 2012); además, Lang (1979) formuló la teoría

bioinformacional con importantes implicaciones en el campo clínico de las fobias y los trastornos de ansiedad.

Según esta, las emociones se codifican en la memoria en forma de estructuras de información sobre: el contexto estimular, las respuestas que se producen en ese contexto y los significados asociados con los estímulos. En los trastornos de ansiedad, la estructura de información subyacente es una estructura típica de miedo con contextos estimulares evocadores de ansiedad y respuestas fisiológicas, cognitivo y motor de ansiedad (Díaz y De la Iglesia, 2019).

En la actualidad, la ansiedad se define como una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como el aumento en la presión sanguínea. Es biológicamente adaptativa y forma parte de la amplia gama de respuestas emocionales que integran a las personas, pero se considera disfuncional cuando interfiere en el funcionamiento normal.

Lo anterior manifiesta la posibilidad de definir la ansiedad como un concepto multidimensional, que resulta de una combinación de manifestaciones cognoscitivas, comportamentales y fisiológicas no atribuidas a peligros reales, se manifiesta en forma de crisis que puede llegar al pánico, tiene carácter anticipatorio que proviene del peligro (Clark y Beck, 2010; Heinze y Camacho, 2010).

1.2 Enfoques de la ansiedad

Los distintos enfoques para explicar la ansiedad han permitido clarificar el concepto y en apariencia existe acuerdo entre los autores, es así como los principales enfoques que explican la ansiedad contienen algunos supuestos:

1. El enfoque conductual, la ansiedad se considera un impulso que ocasiona la conducta del individuo para responder a determinada estimulación.

2. El enfoque cognitivo, es amplio, supone una reacción modulada por procesos cognitivos que surge cuando la persona percibe y valora una situación amenazante, durante un episodio de ansiedad se presentan valoraciones exageradas de la amenaza dado el incremento en la atención que es altamente selectiva hacia alguna amenaza; la persona se vuelve indefensa, es menos capaz de afrontar las amenazas; el procesamiento de seguridad es deficiente, es difícil pensar de manera lógica. El procesamiento de la información no cumple sus funciones, mientras más se incrementa la atención más se intensifica la angustia subjetiva; hay una primacía cognitiva, una amplia gama de situaciones o estímulos se malinterpretan como amenazantes que resultan en que las respuestas fisiológicas y conductuales no son las apropiadas para afrontar la amenaza (Clark y Beck, 2010).

3. El enfoque cognitivo-conductual enfatiza en las variables cognitivas, como los pensamientos y creencias y en las variables situacionales, considerado que la ansiedad es un concepto multidimensional, bajo este enfoque, se consideran tipos de respuestas que incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores (Sierra et al., 2003).

Con base en lo anterior este estudio se llevará a cabo con la perspectiva del enfoque cognitivo-conductual y se le dará tratamiento a la problemática aplicando procedimientos científicos, para examinar los conocimientos de la teoría del aprendizaje con el procesamiento de la información en la que trata de explicar cómo se aprenden determinadas conductas. Asimismo, esta orientación considera los procesos mentales o cogniciones, que posibilita valorar objetivamente los comportamientos observados y los cambios fisiológicos.

1.3 Tipos de ansiedad

Conviene subrayar que los signos y síntomas de los trastornos por ansiedad han sido ampliamente documentados y forman parte de los conceptos explicativos de distintas

escuelas de la psicología, lo que influye en la evolución del constructo, con los cambios teóricos y sus aplicaciones más complejas y experimentales (Casado, 1994). Se le ha tratado desde diferentes perspectivas como reacción emocional, respuesta o patrón de respuesta, estado, rasgo de personalidad, así como síntoma y síndrome.

Recientemente en la literatura especializada existe consenso en los sistemas de clasificación para la ansiedad (DSM 5: APA, 2014) en torno a temas relacionados con la ansiedad, el acuerdo entre los expertos en los componentes de la ansiedad, refieren a los fisiológicos, cognitivos y conductuales (Kazdin, 2000), así como en criterios para la intervención (Caballo, 2018) y en instrumentos para la evaluación de los trastornos de ansiedad (Sanz, 2014).

La ansiedad es la combinación de manifestaciones cognoscitivas, comportamentales y fisiológicas no atribuidas a peligros reales, se manifiesta en forma de crisis que puede llegar al pánico, tiene carácter anticipatorio que previene del peligro (Sierra et al., 2003).

La ansiedad es una función adaptativa que permite la protección ante daños posibles; sin embargo, cuando se sobrepasan los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, entonces se considera como un trastorno.

Los trastornos de ansiedad son cuadros con síntomas de miedo, temor intranquilidad, desesperación, preocupaciones excesivas, estos síntomas pueden combinarse (Heinze y Camacho, 2010). Incluyen las fobias específica y social, trastorno obsesivo compulsivo, ataque de pánico, ansiedad generalizada y trastorno por estrés postraumático.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre si según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas y según la cognición asociada, además se diferencian del miedo y la ansiedad normal propios del

desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos apropiados y ser persistentes (DSM 5: APA, 2014).

La fobia especifica se caracteriza por temor y síntomas causados por la anticipación de un estímulo fóbico, es decir presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. El miedo, la ansiedad y la evitación son inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado; en la fobia social, la causa es la exposición al juicio de los demás, en otras palabras la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado o bien las evita, la ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros. Ambas fobias se acompañan de evitación propositiva del estímulo fóbico.

En cambio, el trastorno obsesivo compulsivo se distingue por la presencia de obsesiones, en forma de pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, repetitivos, inapropiados y ansiógenos que ocasionan la necesidad de ser suprimidos, neutralizados o controlados mediante otro pensamiento o ejecución de alguna acción; las obsesiones pueden acompañarse de compulsiones, que son conductas o actos mentales repetitivos.

En el trastorno de pánico, la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico. Estas se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y cognitivos.

En el caso de la ansiedad generalizada, se caracteriza por la presencia de preocupaciones y nerviosismo acompañado por intranquilidad, fatiga, irritabilidad, tensión

muscular y alteraciones en el sueño; es una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos que la persona percibe difíciles de controlar.

Finalmente, el trastorno de estrés postraumático se caracteriza por un recuerdo recurrente y molesto de un episodio traumático insoportable, los síntomas también incluyen la evitación de los estímulos asociados al episodio traumático, pesadillas y episodios de recuerdo disociativo, además de la ansiedad específica provocada por el trauma.

Para fines de este estudio la ansiedad se manifiesta en forma de crisis y está en función de los contenidos cognitivos que la gente percibía durante la pandemia, asimismo tiene componentes como: preocupaciones por contagios, incertidumbre, temor por salir a la calle, reacciones fisiológicas (palpitaciones y tensión muscular), irritabilidad, alteraciones del sueño, cansancio y nerviosismo (Jiménez-Flores et al., 2022).

1.4 Variables asociadas a la ansiedad

La relevancia de considerar la relación que tiene la ansiedad y el miedo, en el caso de las respuestas fisiológicas y motoras conservan cierta similitud; de la misma manera, las manifestaciones de miedo y de ansiedad son similares en lo que corresponde a la idea y sensación de peligro y en la sensación de aprehensión (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006).

Sin embargo, el miedo y la ansiedad arrojan interesantes planteamientos, una de las diferencias se refiere al estímulo provocador de la respuesta psicológica. Para el miedo, el estímulo provocador es concreto, real y peligroso; en la ansiedad, el estímulo provocador es difuso, subjetivamente peligroso, y en ocasiones, no existe. En el caso del miedo se observa la huida o el afrontamiento, mientras, en la ansiedad se presentan alteraciones cognitivas y también conductuales (Sierra, et al, 2003).

Se ha encontrado que la ansiedad es uno de los trastornos más comunes en el mundo, con una prevalencia global estimada de 7.3% (Baxter, Scott, Vos y Whiteford, 2013) además de que las mujeres entre los 35 y 55 años son más propensas a padecerlos y estos trastornos suelen presentar una comorbilidad con depresión y estrés postraumático, mientras tanto en México la prevalencia más reciente fue de 14.3% (Gaitán, Pérez, Vilar y Teruel, 2021), los trastornos de ansiedad tienen alta comorbilidad con la depresión, lo que es un inconveniente a la hora de establecer las características propias de cada cuadro clínico, lo que dificulta distinguir o identificar, en el curso de estos, cuál antecede al otro (Agudelo et al., 2007).

González, De Greiff y Avendaño (2011) concluyen que la baja percepción de control está asociada tanto con la ansiedad como la depresión y que la intolerancia a la incertidumbre es más propia de la ansiedad que de la depresión, de ahí que los trastornos de ansiedad se caracterizan por una anticipación a peligros no reales, además las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales no son las apropiadas para afrontar la amenaza. Se puede inferir que la comorbilidad entre la ansiedad y la depresión se relaciona con la etiología y las consecuencias asociadas entre ambos trastornos.

La ansiedad también se reconoce como una emoción adaptativa que alerta acerca de potenciales amenazas, a veces se vive como una experiencia desagradable o como una emoción negativa, sobre todo cuando alcanza una elevada intensidad y una frecuencia y duración que sobrepasan los límites esperados para una situación determinada, además se debe considerar la edad como un factor que influye en curso de este trastorno, debido a los estilos de afrontamiento, las cogniciones y el repertorio conductual de quien lo padece (Canto y Castro, 2004; González, Landero y García, 2009; Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Piqueras, 2012; Flores, Cervantes, González, Vega y Valle, 2012; Martínez,

García e Inglés, 2013; Arias y Melendo, 2015; Del Valle, Betegón y Irurtia, 2018; Sánchez, Andrade y Gómez, 2019; Espinosa, Díaz y Hernández, 2020; Duran, Benítez, Martínez, Gutiérrez, Herrera y Salazar, 2021).

De acuerdo con las investigaciones encontradas, se puede deducir que la edad es un factor que influye directamente en el desarrollo y percepción de la ansiedad y en el siguiente apartado se dará tratamiento al tema de la ansiedad en la adolescencia.

1.5 Ansiedad en la adolescencia

La ansiedad es uno de los trastornos psicológicos comunes en niños y adolescentes, con una frecuencia que oscila según la fuente entre el 4% y el 25%, siendo la prevalencia media del 10-15% (Boyd, Kostanski, Gullone, Ollendick y Shek, 2000). Los efectos de los trastornos de ansiedad en el bienestar de los adolescentes están asociados con dificultades en el funcionamiento social, emocional y académico, y predicen la aparición y desarrollo de trastornos y alteraciones en la edad adulta (Donovan y Spence, 2000).

En los adolescentes, los trastornos de ansiedad resultan de la búsqueda de identidad, la sexualidad, la aceptación social y los conflictos de independencia (Amarro, 2008). La presencia de sintomatología ansiosa es frecuente en al menos un tercio de la población adolescente que cumplen con los criterios para ser diagnosticados; la presencia de la ansiedad repercute de manera significativa en el funcionamiento de aquellos que la padecen, afectando las esferas de desempeño, que incluyen el plano social (Fong y Garralda, 2006). Es importante considerar que la disposición a la ansiedad en los adolescentes está relacionada con las situaciones estresantes de la vida cotidiana en las que se pueden examinar a la familia, los compañeros o la imposibilidad de obtener metas deseadas (Berzonsky, 1982).

Los trastornos de ansiedad que se manifiestan con mayor frecuencia en los adolescentes son: la fobia y el trastorno de ansiedad generalizada, los cuales muestran una prevalencia del 9.2% y 4.6% respectivamente (Vicente-Ramírez et al., 2017). En otro estudio realizado con adolescentes, se encontró que la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo va del 1% al 4%, sin embargo, aunque la presencia de los síntomas es mayor en la adolescencia, solo un pequeño porcentaje las describe como angustiosas (Vargas, Palacios y González, 2008).

Vicente-Ramírez et al. (2017) observó en la ansiedad juvenil entumecimiento o debilitamiento de las extremidades, miedo a que pase lo peor, inseguridad, terror, nerviosismo, sensación de ahogo, manos temblorosas, miedo a perder el control, dificultad para respirar, miedo a morir, sentirse asustado, malestar estomacal, ruborizarse y sudoración no debida al calor.

Los trastornos de ansiedad aparecen cuando se rebasa la capacidad de adaptación. Cuando éstos se encuentran muy estresados, la ansiedad puede agravarse y convertirse en un estado emocional permanente. Por otro lado, la ansiedad se asocia en adolescentes con problemas de abuso de sustancias y con el desarrollo de la depresión (Ruiz y Lago, 2005), sin embargo, tanto los cambios de humor ocasionales como los sentimientos de preocupación forman parte normal de esta etapa de la vida, ya que, debido a su desarrollo, experimentan frecuentes cambios emocionales. Se puede decir que un adolescente con una angustia normal tiene la capacidad de recuperarse de ella y de permanecer libre de ansiedad cuando no está presente la situación. Al contrario, en la patológica, existe incapacidad para recuperarse rápidamente cuando el estímulo desaparece, afectando el funcionamiento de áreas en su desarrollo, manifestando preocupación relacionada con situaciones parecidas y poco flexibles de la respuesta adaptativa, es decir que hay sufrimiento, disfunción de áreas

de su desarrollo y poca flexibilidad frente a los problemas por parte del adolescente (Pedreira, Blanco, Pérez y Quiroz, 2014).

Registros en la literatura científica con frecuencia mencionan los miedos que manifiestan los adolescentes y se encuentran el miedo a las alturas, hablar en público, a ruborizarse, una preocupación excesiva por actos que han hecho, cosas que han dicho y a la conciencia de sí mismos, entre otros; es importante mencionar que estos trastornos impactan negativamente la autoestima, las relaciones sociales, el rendimiento académico, la vida familiar y los futuros logros ocupacionales, además coexisten con otros trastornos del estado de ánimo o conductuales y suelen ser predictores de trastornos de ansiedad en la vida adulta y de otras psicopatologías (Barbenza, Rovella, Rausch y González 2012; Rausch, Rovella, Morales y González, 2013; Marín, Martínez y Ávila, 2015; Hernández, Belmonte y Martínez, 2018; Colunga, Ángel, Vázquez, Vázquez y Colunga, 2021).

Con relación a la emergencia sanitaria es necesario tomar en cuenta que ha afectado a los niños y adolescentes, en este sentido son considerados especialmente población vulnerable, ya que en el crecimiento y desarrollo de los menores influyen los antecedentes familiares o personales, el ambiente, la frustración, el aburrimiento, la transformación de su estilo de vida, el miedo a infectarse, las condiciones de su vivienda, la falta de contacto con otras personas fuera de casa o la pérdida de algún ser querido causan repercusiones psicológicas en los individuos que se encuentran en estas etapas de la vida (López, Nuñez, Vázquez, Guillen y Bracho, 2021).

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior y el aumento de la sintomatología ansiosa dentro de la población adolescente, en el siguiente apartado se le dará tratamiento al tema de la ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19.

1.6 Ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19

La pandemia por COVID-19 ha traído no solo el riesgo de contagios y muertes por infección, sino también efectos psicológicos importantes. Una persona con ansiedad puede malinterpretar dolores musculares benignos o tos como signos de infección, así como presentar comportamientos desadaptativos como lavarse las manos compulsivamente, retraimiento social o realizar compras de pánico, que pueden tener consecuencias negativas para el individuo y su comunidad (Galindo, Ramírez, Costas, Mendoza, Calderillo y Meneses, 2020).

En la literatura especializada los estudios han señalado que han aumentado las cifras de diagnóstico de ansiedad a raíz de la pandemia de COVID-19. El diagnóstico de ansiedad frecuentemente se presenta con problemas de sueño y comorbilidad con depresión. Identificar las poblaciones con mayor riesgo de resultados adversos para la salud mental, incluidos los pacientes con COVID-19 y sus familias, individuos con comorbilidad física o psiquiátrica existente (Nicolini, 2020) de la misma forma concluye que la ansiedad por la salud, que surge de la mala interpretación de las sensaciones corporales y los cambios percibidos, puede tener un efecto protector en la vida cotidiana, sin embargo, durante un brote de una enfermedad infecciosa, en particular si la información es cambiante o exagerada en los medios de comunicación, la ansiedad por la salud puede volverse excesiva y llegar a ser un trastorno.

Por otro lado, en un estudio realizado a 8.079 adolescentes chinos de 12 a 18 años durante el brote de COVID-19 se halló que en marzo de 2020 el 43% padecían síntomas de depresión, el 37% de ansiedad y el 31% síntomas de ambos cuadros clínicos (Zhou, Zhang, Wang, Guo, Wang, Chen, Liu, Chen y Chen, 2020); en Estados Unidos al menos un tercio de los adultos jóvenes informaron tener niveles clínicamente elevados de depresión 43,3%,

ansiedad 45.4% y síntomas de trastorno por estrés postraumático 31,8% (Liu, Zhang, Wong, Hyun y Hahm, 2020).

Los efectos negativos del distanciamiento físico y la privación social pueden ser particularmente profundos para los adolescentes (de 10 a 24 años), la adolescencia representa un período sensible para la interacción social; en este punto de vista, los adolescentes son hipersensibles a los estímulos sociales y a los efectos negativos de la exclusión social. Esta crisis mundial se ha producido en un momento en que los adolescentes pueden mitigar algunas de estas deficiencias sociales mediante el uso de medios digitales de conexión, por lo tanto, este punto de vista sintetiza los hallazgos científicos interdisciplinarios relacionados con el procesamiento social de los adolescentes, el aislamiento y los comportamientos sociales digitales (Orben, Tomova y Blakemore, 2020).

No obstante, esta situación de confinamiento ha afectado diferentes áreas de desarrollo en los adolescentes; a nivel físico presentan problemas para conciliar el sueño, reducción de apetito, tensiones musculares, dolores de cabeza entre otros; a nivel social las clases presenciales fueron suspendidas a las virtuales generando preocupaciones sociales, escasas de actividades físicas, dudas sobre la pandemia, temor de contraer la enfermedad y contacto con las demás personas a su alrededor; en relación con las consecuencias psicológicas provocadas por el aislamiento por Covid-19, los estudiantes presentan niveles moderados de ansiedad, estrés, miedos, angustias, preocupaciones sobre su futuro e incluso problemas en sus actividades académicas.

En suma, el capítulo trató a la variable de la ansiedad desde los diferentes modelos teóricos que han aportado perspectivas con diversas definiciones relacionadas a la emoción y el trastorno. Con fines de análisis para este trabajo se considera el concepto

multidimensional de la ansiedad, que resulta de una combinación de manifestaciones cognoscitivas, comportamentales y fisiológicas no atribuidas a peligros reales, se manifiesta en forma de crisis que puede llegar al pánico, tiene carácter anticipatorio que proviene del peligro. La pandemia por COVID-19 ha aumentado los trastornos de ansiedad y de acuerdo con la literatura científica una de las poblaciones con mayor afectación han sido los adolescentes ya que el confinamiento y la falta de interacción social son factores que sobresalen en los hallazgos encontrados.

Capítulo II Adolescencia

En este capítulo se definen los conceptos relevantes, las características y los ámbitos del desarrollo de la adolescencia. De acuerdo con los planteamientos derivados desde la literatura científica. La adolescencia es la etapa vital en los seres humanos desde el inicio de la pubertad hasta el inicio de la edad adulta, momento en que se considera que el organismo se constituye en su totalidad, los jóvenes en la etapa de adolescencia atraviesan por una serie de cambios, biológicos, sexuales, psicológicos, sociales y es donde comienza la construcción de la identidad, aquella que definirá la trayectoria positiva de la vida o elementos de desconstrucción y decadencia (Gómez, 2008).

La visión teórica del desarrollo de los adolescentes se ha vinculado con los modelos de sistemas de desarrollo humano que hacen hincapié en la plasticidad de los comportamientos individuales para promover cambios positivos a través del curso de la vida (Lerner y Steinberg, 2004) con esta perspectiva se revisará la evolución y desarrollo del concepto de adolescencia.

2.1 Definición de adolescencia

La adolescencia es una etapa de la vida exclusiva de la especie humana, además tiene como característica fundamental la determinación histórico-social de sus eventos y recibe directamente la influencia cultural y generacional (Águila, Díaz y Díaz, 2017).

La adolescencia no se consideró como un periodo independiente del desarrollo hasta inicios del siglo veinte, cuando G. Stanley Hall, publicó su libro llamado *Adolescencia* (1904), como periodo del desarrollo del ser humano. Abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual la persona alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia, Wendkos y Duskin,

2009); a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury y Knobel, 1997), por lo anterior, cuando se habla del concepto, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural (Schock, 1946).

Stanley Hall definió el término adolescencia, es una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas.

Con este trabajo se constituye el enfoque intensional, que establece la cuestión del significado o connotación de la adolescencia con la pretensión de alcanzar una mayor precisión y rigor en su conocimiento y definición frente a otras etapas del desarrollo evolutivo humano (Marchesi, Carretero y Palacios, 1985; Muss, 1988; Delval, 2002; Feixa, 2011).

Desde las ciencias del desarrollo y de la psicología evolutiva en particular se comienza a configurar entonces una definición de adolescencia recortada a escala individual abstracta (Fernández y Gil, 1990). El concepto de adolescencia se empieza a establecer como presente en todos los adolescentes de todas o la mayoría de las culturas y sociedades.

Otra de las teorías que se ocupan del desarrollo humano es la teoría Piagetiana, que se considerado un paradigma científico positivista del concepto psicobiológico del desarrollo humano (Szulc, 2006). La teoría psicogenética de Piaget plantea que el adolescente tiene la capacidad de pensar lo que hace, porque ha alcanzado la etapa de las operaciones formales en su desarrollo (12 a 19 años).

Algunos teóricos opinan que la etapa de las operaciones formales propuestas por Piaget no se presenta de manera universal, no obstante, la investigación ha probado que,

aunque existan diferencias culturales, esta forma de pensamiento se da en dominios específicos en todas las culturas (Contini, 2006). El adolescente puede pensar en forma sistemática porque ha adquirido una capacidad mayor en los procesos de memoria, en especial en la memoria de trabajo (Santrock, 2004).

Teniendo en cuenta las diferentes características que la literatura registra sobre el desarrollo en la adolescencia se puede afirmar categóricamente que constituye un período especial del desarrollo cognitivo, del crecimiento y en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio, el infantil, para culminar en el adulto. Se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individuación adulta. Desde esta perspectiva evolutiva, la adolescencia se divide en etapas que a continuación se describen.

2.2 Etapas de la adolescencia

Los fenómenos biológicos más importantes que marcan el proceso adolescente son dos: el crecimiento y desarrollo corporal, y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, si bien la pubertad comienza con cambios biológicos, es su significado psicológico y social el que determina la experiencia adolescente (Silber, Munist, Maddaleno y Suárez, 1992). En este sentido y siguiendo una visión evolutiva de la adolescencia, para autores como Aberastury (2002) y Blos (1986), la adolescencia se divide en tres etapas:

1. Adolescencia temprana: Donde inicia el desinterés por los padres, se buscan relaciones con compañeros del mismo sexo, se pone a prueba la autoridad, se cela la intimidad. Así como el desarrollo de capacidades cognitivas, el dominio de la fantasía, la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos.

Esta etapa se desarrolla durante el periodo comprendido entre los 10 y los 14 años, se caracteriza por ser la primera etapa de la adolescencia, se ubica cronológicamente después de la etapa escolar tardía, es la etapa de la vida en la que el individuo comienza sus aspiraciones y se esfuerza por saber quién es y quién quiere ser, en la que quiere conocerse a sí mismo y proyectar y elaborar los ideales de vida para el futuro (Águila, Díaz y Díaz, 2017) en esta etapa se replantean tanto el individuo como su relación con la sociedad, considera la búsqueda de nuevas metas y objetivos, que le permitan realizarse como individuo único.

También aparecen los caracteres sexuales secundarios, es decir, el cuerpo empieza a fabricar hormonas sexuales las cuales inducen a cambios físicos que se dan de forma progresiva. Entre estos cambios tenemos el desarrollo mamario y la aparición de la menarca, que suele aparecer a los 12 años, mientras que en los varones aumenta el tamaño de los testículos y crece el pene, aparece vello corporal, especialmente en las axilas y en la zona genital, además de que se da un aumento de la sudoración y consecuentemente un cambio en el olor corporal (Santrock, 2004).

2. Adolescencia media: Se intensifican los conflictos con los padres, la relación con los compañeros y la experimentación sexual. Se conforman sentimientos de invulnerabilidad y conductas omnipotentes. Se da entre los 15 y los 17 años y durante este periodo los cambios físicos son menos obvios y rápidos que en la adolescencia temprana, consiguiendo casi la apariencia total de adulto.

En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los

padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et al., 2009).

3. Adolescencia tardía: El adolescente llega a sentirse más próximo a sus padres y a sus valores, da prioridad a las relaciones íntimas. Desarrolla su propio sistema de valores e identidad personal y social que le permite intimar.

De acuerdo con Carocote (2009) va desde los 18 a los 20 años y se caracteriza por ser una época en la que las inquietudes reflejadas en los jóvenes se asemejan a las de los adultos; la sexualidad ahora se manifiesta de una forma más elaborada, muestran emancipación emocional de los padres y del grupo de pares, pudiendo manejar mejor la presión de estos y la sociedad, siendo más selectivos al escoger amigos; pueden elegir sobre su educación futura y escoger entre distintas alternativas, desarrollan sus propios valores y evalúan su propio proyecto y estilo de vida.

Estas etapas definen lo que se puede considerar el cambio normal en el desarrollo psicosocial de los adolescentes. Sin embargo como se ha establecido en los apartados anteriores, la adolescencia es un periodo donde no solo el desarrollo individual influye, sino que también existen factores ambientales que afectan directamente el desarrollo óptimo de este periodo.

2.3 Contextos del desarrollo adolescente

El periodo de la adolescencia es reconocido en casi todas las culturas a nivel mundial, el desarrollo del adolescente está determinado por 4 factores (Coon, 1998):

1. La dinámica familiar.
2. La experiencia escolar.
3. El marco cultural que ha estructurado el ambiente social para la puesta en práctica de normas y límites.

4. Las condiciones económicas y políticas del momento.

Los adolescentes son vulnerables a las influencias de los modelos sociales y a los entornos de vida que frecuentan (Rodrigo, Máiquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez y Martín, 2004); poco a poco se van separando del primer soporte, que son los padres, para plegarse a nuevos ideales y consolidar nuevas identificaciones con el fin de definir la manera en la que participará dentro de su cultura. Si las bases para la construcción de la identidad son deficientes, el establecimiento del adolescente como individuo se conforma por medio de una exploración difusa, carente de estructura o con una presencia en el medio autoafirmada en acciones efímeras.

Se debe tener en cuenta que en la dimensión familiar es donde se adquieren las normas, valores, derechos, obligaciones y roles; además de preparar a la persona para el papel que desempeñará en el futuro (Leñero, 1992). De parte de la familia, tener hijos adolescentes le coloca en una etapa que conlleva cambios y ciertamente no pocos conflictos, pero la crianza es fundamental para superar cualquier situación de riesgo que pudiera presentarse (Arias, 2012), ubica a la familia en un ciclo vital familiar que implica un reajuste de los roles familiares (Haley, 2002; Ríos, 2003) y que desencadena procesos de individuación ligados a la socialización del adolescente, que influirá directamente en el desarrollo de su identidad.

Otro de los factores importantes en el desarrollo de la adolescencia es el contexto escolar, los jóvenes se enfrentan a una gran variedad de demandas a nivel cognitivo y emocional, por lo que necesitan desarrollar no solo habilidades cognitivas sino también motivacionales y emocionales, encaminadas a un aprendizaje efectivo, donde tales habilidades autorreguladoras deben aplicarse en forma continua (Gaeta y Martín, 2009).

Los adolescentes aprenden conocimientos, habilidades y valores que les faciliten una actuación saludable, desarrollar relaciones sanas, tomar decisiones, resolver problemas de manera creativa en diferentes entornos, pensar críticamente y creativamente, comunicarse de manera efectiva, construir relaciones saludables, empatizar con los demás y administrar sus vidas de una manera sana y productiva (Rodríguez y Naranjo, 2016), por lo que es necesario y urgente en el ámbito educativo crear entornos saludables y desarrollar habilidades para la vida, donde se enseñe a los adolescentes a adoptar y fortalecer estilos de vida saludable. Es decir, la escuela es la continuación de la familia en la enseñanza de mecanismos de adaptación social y en sinnúmero de casos, cuando la familia no es funcional, constituye el elemento de integración social de mayor valor.

Respecto al contexto cultural y las condiciones económicas y políticas del momento, contribuyen a formar normas, valores y las creencias que tienen gran influencia sobre la manera de pensar y comportarse de los adolescentes (Graham, 2006). Asimismo, la cultura vivida e internalizada en los distintos ámbitos se sintetiza de manera diferenciada y singular en cada historia personal y contexto, es decir, cada individuo y grupo configuran su identidad de manera compleja en el marco de las condiciones sociales, económicas e históricas y de los significados que definen su cultura local en el marco de la global (Díaz, 2006) es decir, que la etapa adolescente representa un periodo de crisis constitutiva o normativa de la identidad, que tomará tintes distintos dependiendo de la sociedad y la cultura en que viva el sujeto.

En estudios realizados con adolescentes paraguayos y mexicanos se concluyó que uno de los factores que contribuían al desarrollo de estrategias de afrontamiento, era el contexto cultural señalando diferencias en las estrategias desarrolladas (Coppari, Barcelata, Bagnoli, Cudas, López y Martínez, 2019).

De acuerdo con los planteamientos anteriores, el adolescente forma parte de una sociedad, no es un ser aislado, sino que se constituye a partir de su relación con la pluralidad de fenómenos sociales, políticos y económicos a los cuales está asociado, ya que la adolescencia es una etapa de la vida en la que se producen cambios fundamentales para el desarrollo cognitivo y para la relación de la persona en su contexto sociocultural.

2.4 Desarrollo fisiológico y cognitivo

La pubertad tiene el componente biológico de la adolescencia. Existen diferencias según el sexo, pues se producen cambios hormonales que se manifiestan en las gónadas y los caracteres sexuales secundarios, resultando en la adquisición de la capacidad reproductiva. También el crecimiento rápido y los cambios morfológicos que modifican el fenotipo (Hernández y Cruz, 2006).

Los cambios biológicos en la adolescencia, comprende el eje hipotálamo-hipofisario. Éste se localiza en el sistema nervioso central y es el encargado de segregar diferentes tipos de hormonas: gonadotropinas, hormona luteinizante (LH) y hormonas sexuales. Las hormonas sexuales son, principalmente, el estradiol, en el caso de las chicas y la testosterona, en el caso de los chicos. Así, el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario marcará los cambios biológicos en la adolescencia (Mafla, 2008).

De acuerdo con Santrock (2006) los cambios fisiológicos que se producen al final de la niñez y la adolescencia son:

1. *El crecimiento repentino*: es uno de los primeros signos de la pubertad. Hacia los 12 años, comienza a acelerarse bruscamente el ritmo de crecimiento corporal y de peso que va acompañado de un cambio en la distribución de las proporciones cuerpo.

2. *Crecimiento y maduración de las características sexuales primarias*: estas son las que están relacionadas directamente con la reproducción, específicamente en la mujer:

vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios; en el hombre: pene, testículos, vesícula seminal y los conductos deferentes. Todos estos órganos experimentan un gradual aumento que conlleva la madurez sexual.

3. Aparición de las características sexuales secundarias: se trata de las características fisiológicas que son signo de maduración, pero no intervienen directamente en la reproducción. En ambos sexos: crecimiento del vello púbico y axilar, de la cara y del cuerpo en general, cambios en la voz, cambios en la piel. Todos estos cambios no se producen de forma acelerada, es un proceso que dura varios años.

4. Aparición de la menarquía en mujeres y emisiones nocturnas en varones son signos de madurez sexual.

Asimismo, uno de los cambios más importantes durante este periodo son el desarrollo de nuevas habilidades cognitivas; de acuerdo con los estudios psicogenéticos de Piaget, durante esta etapa se avanza del pensamiento concreto, operatorio concreto, al abstracto, operatorio formal (Muss, 1996).

El adolescente se libera de la realidad concreta inmediata y se adentra en el terreno de los conceptos abstractos, en el mundo de las ideas. Pasa de ser un pensador concreto, que piensa acerca de las cosas que conoce o con las que tiene contacto directo, a ser un pensador abstracto, que puede imaginar cosas que no ha visto ni experimentado (Radzik, Sherer y Neinstein, 2008).

El adolescente alcanza el pensamiento operatorio formal mediante un proceso gradual que lo dota de habilidades de razonamiento más avanzadas. Estas incluyen, entre otras, la habilidad de pensar en todas las posibilidades y la de razonamiento hipotético-deductivo, que le permiten mejor resolución de problemas a través de explorar una amplia gama de alternativas de manera sistemática y lógica, deduciendo también sus posibles

consecuencias. Además, lo faculta para entender y construir teorías (sociales, políticas, religiosas, filosóficas, científicas), participar en la sociedad y adoptar una actitud analítica (y frecuentemente crítica) con relación a las ideologías de los adultos, lo que habitualmente se acompaña de un deseo de cambiar la sociedad e incluso, si es necesario, de destruirla para construir una mejor (Hornberger, 2006; Hazen, Schlozman y Beresin, 2008; Radzik, Sherer y Neinstein, 2008).

El pensamiento operatorio formal lo capacita también para reflexionar analíticamente sobre su propio pensamiento y para participar en matemáticas más avanzadas, además de que se desarrollan y fortalecen habilidades cognitivas referentes a lo social y emocional.

2.5 Desarrollo social y emocional

La psicología ha tratado de explicar esta etapa, la influencia de las vicisitudes y circunstancias que frecuentemente rodean al joven adolescente y suelen originar una serie de desajustes emocionales, también es una época de expansión intelectual y social, factor que puede ser vivido de forma natural y positiva o todo lo contrario.

Como se ha planteado la adolescencia se caracteriza por el desarrollo de competencia emocional y social (Sanders, 2013). La primera se relaciona con la capacidad de controlar o autorregular las emociones y la segunda con la habilidad para relacionarse efectivamente con otros. Respecto de esta última, además de facilitar la progresiva autonomía, las relaciones con los pares cumplen otras funciones importantes, contribuyendo significativamente al bienestar y desarrollo psicosocial de los jóvenes (Culbertson, Newman y Willis, 2003; Gutgesell y Payne, 2004). Estas influyen en el proceso de búsqueda y consolidación de la identidad, amplían la perspectiva de las costumbres y normas sociales y proveen el contexto para el ejercicio de destrezas y la

satisfacción de una serie de necesidades interpersonales (de intimidad, de validación mutua, de pareja, la amistad, entre otras).

La autoridad de los padres disminuye, aunque siguen teniendo gran influencia. Los conflictos suelen incrementarse, sobre todo en la adolescencia temprana, que en la mayoría de éstos se refieren a cuestiones de la vida cotidiana y no a dilemas importantes (Santrock, 2006). Una amplia cantidad de conflictos surgen por la necesidad de autonomía del adolescente, interpretada por los padres como rebeldía. La autonomía es indispensable para el desarrollo, tanto la autonomía emocional que implica el rompimiento de la dependencia de los padres, como la física que brinda la oportunidad de ensayar nuevas habilidades.

La identidad que puede ser entendida como la principal tarea que enfrentan los jóvenes, claramente, primero tienen que superar sus crisis de la identidad (Erickson, 1968). La autoestima en este periodo suele ser baja debido a que los jóvenes no se aceptan a sí mismos. En este periodo se intensifica la formación de la identidad que incluye la sexual que abarca la orientación sexual y las actividades, intereses y estilos de comportamiento relacionados con el género. Los adolescentes construyen su autoestima al modificar y sintetizar identidades anteriores en una estructura mayor (Papalia, Wendkos y Duskin, 2012).

Los expertos de la adolescencia opinan que cuando ocurren crisis, esos momentos exigen la toma de decisiones y el compromiso de involucrarse personalmente en sistemas de creencias que pueden reflejarse en cuatro estados de identidad: *a) difusión*: no se ha experimentado crisis de identidad ni se ha asumido ningún compromiso, *b) delegación de la identidad*: se asume un compromiso sin pasar por una crisis, se sigue a un líder que puede ser alguno de los padres, *c) moratoria de la identidad*: crisis franca pero todavía no

se tiene un compromiso o está vagamente definido, y *d) consecución de la identidad:* superación de una crisis asumiendo un compromiso.

De modo que, la adolescencia es un periodo que implica cambios en áreas individuales y en diferentes ámbitos de desenvolvimiento. Además, existen factores importantes que intervienen de manera directa, de ahí que los adolescentes se enfrenten a situaciones inseguras o de conflicto consideradas factores de riesgo.

2.6 Factores de riesgo en la adolescencia

La adolescencia es la época de mayor vitalidad, pero el adolescente está expuesto a demasiados riesgos y diferentes problemas de salud, sin embargo, las investigaciones en el mundo tienen convergencia en los factores o comportamientos de riesgo para la salud, entre los que se mencionan los síntomas depresivos, de género o falta de creencias (Campo, Cogollo y Elena, 2008), trastornos del aprendizaje, de la conducta alimentaria y depresivos, conductas violentas, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, episodios de embriaguez y mayor consumo de sustancias adictivas por amigos y familiares (Paniagua y García, 2003) problemas emocionales en todas las áreas, en particular la familiar y la de salud, relacionados específicamente con la interacción y comunicación con los padres, la autoimagen (demasiada preocupación con la imagen corporal, especialmente en las mujeres), tendencia al aislamiento (no pertenecer a ningún grupo de pares ni tener amigos) y conductas de consumo de cigarro y alcohol (Barcelata, Durán y Lucio, 2004).

De acuerdo con Yáñez-Márquez (2014) otros factores de riesgo son:

1. Son factores de riesgo familiares: la historia familiar de comportamiento antisocial, los conflictos familiares, actitudes de los padres favorables a la conducta antisocial y al consumo de drogas, escasa disciplina y supervisión, y escaso apego familiar.

2. *Son factores de riesgo escolares:* el fracaso escolar y el escaso compromiso para realizar las actividades escolares.

3. *Son factores de riesgo individuales y de los pares:* las actitudes favorables al comportamiento antisocial y al consumo de drogas, el comienzo temprano de los comportamientos problemáticos, el consumo de drogas de los amigos, la interacción con iguales antisociales, escasa percepción del riesgo de consumir, recompensas por el comportamiento.

En la actualidad, el confinamiento y el cierre escolar han sido medidas drásticas adoptadas por los países afectados, para prevenir la propagación de la enfermedad. Estas medidas, que sin duda contribuyeron en el control de la epidemia, determinaron cambios profundos en la vida cotidiana y en las rutinas básicas de los adolescentes, con un importante impacto en otros componentes de la salud, psicosociales y económicos, por lo que en el siguiente apartado analizaremos la adolescencia en este contexto.

2.7 La adolescencia en contexto de pandemia por COVID-19

En los planteamientos anteriores respecto a la cultura y la sociedad, es decir, el espacio histórico-cultural en que el que se desarrollan los jóvenes influye de manera directa en el desenvolvimiento de la adolescencia, de tal forma, en el presente trabajo se analizó brevemente como ha influido en el contexto de pandemia por COVID-19 de los adolescentes.

En los adolescentes la restricción de la concurrencia a los centros educativos limita los procesos de socialización, el intercambio con pares, el juego compartido, la actividad física y los aprendizajes formales, además de otros beneficios que brindan las escuelas. Estos cierres educativos y su reapertura en condiciones de extrema precaución sanitaria generan temor, tristeza e inseguridad en las nuevas generaciones; riesgos que no son

mitigados con la educación virtual, que además de sobrecargar tareas en los padres y obligarlos a cumplir un rol educativo activo (Garrido y González, 2020).

Se ha identificado que las consecuencias de la pandemia han desencadenado una serie de factores de riesgo del estrés psicosocial, en el cual las personas que perciben esta situación de alta relevancia como incontrolable pueden verse particularmente afectadas (Leiva, Nazar, Martínez, Peterman, Richezza y Celis, 2020).

Por consiguiente, es posible evidenciar los fenómenos relacionados con la pandemia, que han expuesto de manera repentina a los adolescentes ante diversos eventos vitales estresantes, entendidos como situaciones incontrolables, que surgen de manera impredecible, debido a cambios ambientales o sociales que se presentan de manera observable o discreta y que representan un alto grado de importancia en la vida de las personas, alterando el equilibrio interno de cada individuo. Estos eventos pueden ser normativos, los cuales implican la transición de una etapa a otra, por ejemplo, la adolescencia; o no normativos referentes a situaciones externas como la separación de los padres, enfermedades o fallecimientos (Rey, 2015; García y Acuña, 2016).

Por otra parte, el afrontamiento del estrés psicosocial produce la necesidad de un reajuste de las diferentes condiciones a las que se ven expuestos los adolescentes en especial las que ha dejado la pandemia del COVID-19 (Delgado y Santacruz, 2011; Pérez, Alcázar y Reidl, 2020).

El estado psicológico de los adolescentes, en los resultados de las investigaciones realizadas muestran que los síntomas emocionales, los problemas de conducta, la depresión, la ansiedad, el miedo y estrés han sido las dificultades psicológicas más afectadas durante el confinamiento (Gómez, Flujas, Andrés, Sánchez y Fernández, 2020; Maristany, Preve,

Cros y Revilla, 2021; Obando, Guerrero, Caldera, Chapal y García, 2021; Vall, Andrés y Carmina, 2021).

En suma, en este capítulo se trató el estadio de la adolescencia desde su evolución teórica e histórica, se establecieron las etapas, los factores que influyen en este periodo del desarrollo humano, se plantearon los factores de riesgo que afectan a los adolescentes, asimismo, se desarrolló una visión actual del ámbito histórico-cultural en el que los adolescentes se están desarrollando, es decir, en el contexto de pandemia por COVID-19.

Con fines de análisis para este trabajo se considera la adolescencia como la etapa vital de los seres humanos que inicia en la pubertad hasta el inicio de la edad adulta, momento en que se considera que el organismo se constituye en su totalidad. Los jóvenes en la etapa de la adolescencia atraviesan por una serie de cambios, biológicos, sexuales, psicológicos, sociales con lo que comienza la construcción de la identidad.

Dado el contexto de pandemia por COVID-19, situación que ha influido en el desenvolvimiento del adolescente, ha sido un factor de riesgo que provocó un aumento en los niveles de ansiedad convirtiéndose en una necesidad imperante diseñar y validar instrumentos de medición, específicamente en este contexto y con población de adolescentes mexicanos.

Capítulo III

Importancia del diseño de instrumentos de medición psicológica y validez de la escala de ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19

La finalidad de todas las ciencias es describir, explicar y predecir los objetos de estudio de cada una, de ahí se tiene que recoger y comparar datos que fundamenten las teorías; la medición es fundamental para que la psicología como disciplina alcance el estatus de ciencia ya que, una vez que se pueden medir datos, se pueden comparar, replicar, establecer modelos matemáticos para su explicación y realizar investigaciones controladas (Aragón, 2004).

En el área de psicología, la psicometría es la que garantiza que los instrumentos de medición elaborados sientan las bases científicas para su uso y que la psicometría es el conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medición de variables psicológicas, de modo que, estudia las propiedades métricas exigibles en las mediciones psicológicas y establece las bases para que dichas mediciones se realicen de forma adecuada.

Asimismo, la importancia de las cogniciones y los comportamientos que tienen dentro de la investigación científica radica en que son el principal centro de atención de diversos estudios cuyo objetivo es la medición y análisis de cada uno de ellos. Dicha medición es posible debido a la existencia de inventarios, cuestionarios y escalas, los cuales son herramientas para obtener información sobre fenómenos específicos, mediante una serie de reactivos representativos que expliquen la manifestación de un constructo en la población (Anastasi y Urbina, 1998; Aiken, 2003).

La medición puede definirse como la asignación de valores numéricos a objetos o eventos concretos de acuerdo con reglas (Salkind, 1999). Los investigadores invierten gran

parte del tiempo en la elaboración o búsqueda de herramientas que les permitan medir y aunque existe una gran cantidad de escalas e instrumentos para medir variables psicológicas, las considerables diferencias que hay entre las poblaciones y la variedad de temas que se estudian en la psicología de la salud hacen necesaria el diseño y validación de instrumentos.

Es sustancial dejar en claro que no cualquier instrumento garantiza resultados válidos y confiables, ya que la proliferación de dichas herramientas debido a los cambios de una población siempre creciente (Aiken, 2003), ha dado paso a abusos y expectativas poco realistas durante su creación. En la actualidad se ha mejorado la manera en que se diseñan cada una de las herramientas de recolección de datos, lo cual permite realizar mediciones más confiables (Kerlinger y Lee, 2002).

Para obtener buenos resultados debe asegurarse que sea un instrumento diseñado con especial cuidado (Anastasi y Urbina, 1998). Porque, en este capítulo se presentan los elementos en el proceso de medición, validez y confiabilidad de los instrumentos, así como la evaluación de la ansiedad en adolescentes, la evaluación de la ansiedad en pandemia por COVI-19 y finalmente se profundiza en las características y propiedades psicométricas de la Escala de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19.

3.1 Elementos del proceso de medición

La correspondencia entre la representación numérica y los fenómenos empíricos es influida por las propiedades que el investigador ha encontrado sobre dicho fenómeno, es decir, por el sustento de un modelo teórico sólido. Partiendo de esta idea, se considera que existen tres elementos fundamentales que componen el proceso de medición: objetos propiedades y medidas (Martínez y Moreno, 2002).

1. **Objetos:** son todos aquellos hechos o fenómenos empíricos que pueden ser identificados de forma individual y concretamente en el tiempo y el espacio.
2. **Propiedades:** son aquellas encontradas en los objetos, se expresan mediante la definición de los constructos psicológicos en términos operativos que permiten encontrar dichos fenómenos en las respuestas de los participantes durante una investigación.
3. **Medidas:** están representadas en la puntuación de las respuestas que dan los participantes durante la aplicación de los instrumentos.

Resumiendo, estos elementos permiten la delimitación del constructo principal, así como el planteamiento de modelos y categorías que permitan la elaboración de reactivos y la asignación de puntuación de estos.

La medición de los sujetos es, en un sentido estocástico, independiente del conjunto específico de reactivos seleccionados del universo de contenidos que definen el dominio específico de comportamiento, por lo que un modelo de medición con objetividad específica es el único instrumento que tiene sentido para la definición y la medición de constructos teóricos del comportamiento que se supone que subyace en el dominio (Alvarado y Santisteban, 2006); es decir que, la objetividad específica, es una condición metodológica básica para la definición y medición de constructos teóricos, por lo que la validación de los instrumentos es necesaria.

3.2 Validación y confiabilidad de instrumentos

Los instrumentos contruidos con los procedimientos de la teoría clásica de los Test cuentan con atributos fundamentales: confiabilidad; validez; y normas de calificación; estas no son propiedades intrínsecas de los mismos, sino que dependen del grupo normativo del que se obtienen (Lagunes, 2017).

La validez abarca dos cuestiones: 1) la comprobación de que los reactivos contruidos representan realmente a todas las dimensiones del fenómeno, y 2) si el instrumento resultante reproduce adecuadamente la estructura y relaciones del constructo en el que está basado.

Es decir, la validez es el grado en que un instrumento de medición mide realmente lo que se propone; es el grado de adecuación, significación y utilidad de las inferencias específicas que pueden derivarse a partir de las puntuaciones de las pruebas, teniendo en cuenta que lo que se valida no es el instrumento, sino la interpretación de los datos obtenidos por medio de dicho instrumento (Martínez, 1996).

En este sentido, la validez se refiere principalmente a la utilidad de los datos proporcionados por el instrumento, a las inferencias que podemos deducir de la ejecución del sujeto en una prueba.

Existen tres tipos de validez: de constructo, de criterio y de contenido, y de acuerdo con la validez que tenga un instrumento determinado, en esa medida podemos realizar inferencias sobre la conducta posterior del sujeto evaluado (Aragón y Silva, 2002).

En la validez de constructo indica que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (Kerlinger y Lee, 2002), es decir, se validan las cualidades o fenómenos psicológicos que mide la prueba y se valida no sólo el rasgo sino la teoría sobre la que éste descansa; lo que implica que el instrumento mide un constructo derivado de toda una teoría psicológica subyacente al instrumento de medición y a la medida misma.

Otro tipo de validez es la de criterio, que puede ser concurrente o predictiva, y se refiere a que la medida obtenida por un sujeto en la prueba nos va a ayudar a predecir, en el tiempo presente o a futuro, un comportamiento, es la eficacia de una prueba en la predicción de situaciones específicas; para establecer si los puntajes obtenidos a partir de

una escala son válidos, éste debe compararse con una forma de medición previamente existente (patrón de oro) que a su vez haya mostrado ser el mejor disponible para la medición de la entidad, cuando realizamos esta comparación y aceptamos que existe una garantía adecuada entre estos dos instrumentos de medición, estamos asegurando que la escala tiene validez de criterio (Lamprea y Gómez, 2007).

Finalmente, la validez de contenido es el grado en que un conjunto de reactivos representa adecuadamente un dominio de conductas; es una muestra representativa de un contenido teórico de conocimientos, habilidades o conductas; mide una muestra representativa de un contenido teórico de conocimientos o habilidades, y en este tipo de validez se garantiza que los resultados del sujeto en la prueba se puedan generalizar al universo de contenido que la prueba representa (Aragón, 2004).

Por otro lado, la confiabilidad es la exactitud, la precisión con que un instrumento de medición mide el objeto, en términos estrictos, la confiabilidad sería la ausencia de errores de medición utilizando un instrumento determinado. Se utilizan como sinónimos de confiabilidad. el de estabilidad de la medida y el de consistencia interna (Muñiz, 1992).

La estabilidad de la medida se refiere a que, al medir un atributo psicológico con un determinado instrumento, éste será confiable si, al evaluar a los mismos sujetos con el mismo instrumento, las medidas obtenidas en la segunda aplicación sean muy similares a las obtenidas en la primera aplicación, esto es, sean estables a través del tiempo, lo cual indicaría que los errores de medición serían mínimos y por tanto la confiabilidad sería aceptable, atribuyéndose las diferencias encontradas entre una medición y otra a los errores aleatorios asociados al proceso de medición y no al instrumento (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

La consistencia interna se refiere al grado en que los reactivos, que hacen parte de una escala se correlacionan entre ellos, la magnitud en que miden el mismo constructo (Streiner, 2003). Si los puntos que componen una escala teóricamente miden el mismo constructo deben mostrar una alta correlación, es decir, la escala debe mostrar un alto grado de homogeneidad (Hebson, 2001).

Para el objetivo de este estudio se utilizó la validez de constructo, para determinar si la escala mide lo que pretende medir y confirmar la clasificación de los reactivos por factores, establecidos por Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona-Márquez (2022) la confiabilidad de la escala se calculó mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach y así calcular la consistencia de las respuestas en población adolescente.

Una vez establecidos las propiedades psicométricas básicas con las que debe cumplir un instrumento, se analizan los instrumentos que se utilizan para la evaluación de la ansiedad.

3.3 Evaluación de la ansiedad

Los procedimientos de evaluación utilizados para medir la ansiedad son las entrevistas, los autorregistros, los cuestionarios, inventarios y escalas (Martínez, Inglés, Cano y García, 2012). Los hallazgos relacionados con las mediciones de ansiedad muestran las características de instrumentos que evalúan la presencia de sintomatología y los niveles de ansiedad, a continuación, se describen algunos de los más utilizados.

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS: Hamilton, 1959). Es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad, consta de un total de 14 reactivos que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad; es una escala heteroaplicada, proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los reactivos. La validez interna del instrumento indica que

contiene dos dimensiones: la de ansiedad psíquica y la somática. Por otro lado, la validez de constructo, obtenida por medio del análisis factorial, apoya la idea de un factor psiquiátrico y otro somático. La versión en español se validó en 2002, así se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89 y una fiabilidad interobservador superior a 0.9 (Nicolini, Villareal, Ortega y De la Fuente, 1988; Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Re, Badia y Baró, 2002).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI: Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Es un cuestionario de autoinforme que mide los síntomas de ansiedad. Consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califica en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa “poco o nada” y 3 “severamente”, del síntoma en cuestión. Tiene adecuada consistencia interna, alfa = 0.83 y confiabilidad test-retest aceptable con un coeficiente de correlación intraclase $r = 0.75$, cuenta con validez de constructo y convergente; respecto a la validez de constructo, el análisis factorial tiene los componentes: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI: Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Tiene dos escalas de autoevaluación para medir dos conceptos independientes de la ansiedad: estado y rasgo, tanto la escala estado como la escala rasgo tienen 20 ítems cada una, que se puntúan en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3). El cuestionario tiene una buena consistencia interna en la adaptación española, entre 0.9 y 0.93 en la ansiedad/estado y entre 0.84 y 0.87 en ansiedad/rasgo (Guillen y Buela-Casal, 2011).

Escala de Autoevaluación de Ansiedad (SAS: Zung, 1971). Diseñado para estimar e identificar los niveles de ansiedad presentes en el evaluado, así como la intensidad con la que se experimentan los síntomas relacionados, consta de 20 reactivos de los cuales 15 están fraseados de manera que si el sujeto elige las opciones que denotan mayor frecuencia,

el puntaje de ansiedad será mayor, mientras que cinco de los reactivos tienen una direccionalidad opuesta; la validez de construcción del instrumento fue obtenida mediante un análisis factorial, reporta factores que explican el 45.52% de la varianza y son: síntomas somáticos y cognoscitivos; tiene un alfa de Cronbach de .770 (Calleja, Hernández, Macías, Del Valle Chauvet y Cerezo, 2008).

Escala de Ansiedad Manifiesta (AMAS: Reynolds, Richmond y Lowe, 2007).

Consta de 36 reactivos distribuidos en tres subescalas de ansiedad: 14 de inquietud/hipersensibilidad que mide el grado de inquietud y preocupación ante la vida, 9 reactivos para medir la ansiedad fisiológica que mide la respuesta somática a la ansiedad y el estrés y 7 reactivos que forman la subescala de preocupaciones sociales/estrés y mide factores relacionados con el estrés que se asocian con la vida adulta. A partir de todos los resultados se obtiene la ansiedad total. Cuenta además con una escala de mentira compuesta de 6 reactivos que se usa para determinar la validez de la información; cuenta con un Alfa de Cronbach entre .71 y .95 (Reynolds et al., 2007).

Son algunos de los instrumentos más utilizados para medir y evaluar la ansiedad, sin embargo, con la situación de pandemia por COVID-19, surge la demanda urgente ante los profesionales de la salud de investigar el impacto del contexto en la salud mental, por lo que analizamos como midieron la ansiedad en este ambiente.

3.4 Evaluación de la ansiedad en pandemia por COVID-19

De acuerdo con los planteamientos anteriores para medir la ansiedad en las condiciones de pandemia COVID-19 se han utilizado algunos de los instrumentos ya establecidos anteriormente, asimismo, se han diseñado nuevos, ya que es una necesidad contar con sistemas de medición estructurados que permitan contar con medidas confiables de la ansiedad.

La Coronavirus Anxiety Scale (CAS: Lee, 2020) fue desarrollada utilizando una muestra estadounidense, esta escala cuenta con Alfa de Cronbach=0.93 e invarianza en función al sexo y a la edad. Con este instrumento se encontró que un mayor puntaje se asocia con tener diagnóstico de coronavirus, discapacidad, afrontamiento mediante el uso de sustancias nocivas como alcohol y drogas, afrontamiento religioso negativo, desesperanza, ideación suicida y actitudes negativas hacia el presente (Caycho, Barboza, Ventura, Carbajal, Noé, Gallegos, Reyes y Vivanco, 2020).

Investigadores de Perú tradujeron y validaron la CAS con una muestra de estudiantes universitarios; encontraron que el instrumento cuenta con validez y confiabilidad para medir la ansiedad por COVID-19 en población peruana. La versión en español se configura por 5 reactivos con 5 opciones de respuesta cada uno que van desde la opción “de ninguna manera” a la opción “casi todos los días”. Los reactivos son los siguientes: (1) En las últimas dos semanas: “Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias sobre el COVID-19”; (2) “Tuve problemas para quedarme dormido porque estaba pensando en el COVID-19”; (3) “Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.”; (4) “Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.” y (5) “Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19” (Caycho et al, 2020).

De igual forma, diseñaron la Escala de Preocupación por el Contagio de COVID-19 (PRE-COVID-19: Caycho, Ventura y Barboza, 2020), concluyendo que es una escala válida y confiable para medir la preocupación por el contagio y el impacto emocional.

La escala CAS también fue adaptada y validada en una muestra de adultos en Puerto Rico, en donde se encontró una adecuada confiabilidad Alfa = .93 y validez convergente,

los reactivos cumplen con valores adecuados de discriminación entre quienes presentan síntomas de ansiedad relacionados con el virus y quienes no presentan ansiedad, en este estudio, la prevalencia de sintomatología ansiosa fue 15.29% (González, Rodríguez y Cruz, 2020).

En un estudio realizado en una muestra de población en Argentina utilizando el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI: Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) se encontraron puntuaciones más bajas de Ansiedad Rasgo y de Ansiedad Estado, de lo esperado ante una crisis, esto se atribuye al contexto social de la población argentina, aunque sí encontraron puntajes más altos en el caso de mujeres, profesionales de la salud y trabajadores expuestos al contagio (Ceberio, Jones y Benedicto, 2021).

Otro instrumento desarrollado para la evaluación del impacto psicológico del contexto de pandemia es el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC: Sandín, Valiente, García y Chorot, 2020), que se utilizó junto con las escalas PANAS de afecto positivo y negativo (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999) y la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre-12 (IUS-12: Carleton, Norton y Asmundson, 2007) en un estudio realizado en población española, en donde se encontró que los miedos más comunes son al contagio, enfermedad, muerte, aislamiento social y problemas de trabajo e ingresos y que la tolerancia a la incertidumbre y la exposición a los medios de comunicación son predictores del impacto psicológico.

Asimismo, se reportaron problemas de sueño y síntomas como preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo e inquietud. El Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus consta de 9 escalas: “Experiencia con el Coronavirus”; “Uso de Medios de Comunicación”; “Conductas Asociadas al Confinamiento”; “Uso de Conductas Preventivas”; “Escala de Miedo al Coronavirus”; “Escala de Distrés”; “Escala

de Síntomas de Estrés Postraumático”; “Escala de Interferencias por el Coronavirus” y “Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades” (Sandín et al., 2020).

Un instrumento diseñado por un grupo de investigadores en Bogotá, formado por una entrevista semiestructurada y un cuestionario dicotómico que permitió el análisis de datos tanto cualitativos como cuantitativos con respecto a la ansiedad producida por la cuarentena. Los autores encontraron altos índices de insomnio, dificultad para relajarse y concentrarse y un aumento en el consumo de alimentos (Ribot, Chang y González, 2020).

La medición o evaluación de la ansiedad puede efectuarse mediante la aplicación de diversas baterías que han mostrado ser sensibles para detectar la preocupación por el contagio o impacto del COVID-19. A pesar de que algunas escalas han mostrado su utilidad para detectar los síntomas de ansiedad por la pandemia, algunas escalas muestran ciertas adversidades, o carencias de las características psicométricas; entre estas carencias es útil considerar la necesidad de diseñar instrumentos válidos y confiables para evaluar la ansiedad en pandemia con diferentes baremos de poblaciones específicas. Otra de las adversidades es debido a las condiciones específicas en que ocurre la manifestación de ansiedad en una situación de emergencia ante una nueva enfermedad.

Con base en lo anterior se pone de manifiesto que es factible construir un instrumento de medición que examine el comportamiento de la ansiedad durante la pandemia COVID-19, por lo que Jiménez-Flores et al., (2022) diseñaron una escala que midiera los síntomas de ansiedad durante la situación de pandemia por COVID 19, en una muestra de adultos mexicanos, que describiremos en el siguiente apartado.

3.5 Escala de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19 (EAP: Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona- Márquez, 2022)

Para medir los síntomas de ansiedad durante la pandemia por COVID-19, Jiménez-Flores et al. (2022) diseñaron un instrumento formado por 34 reactivos en formato de escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (0 =nunca, 1 = pocas veces, 2 = muchas veces, 3 =siempre), cada reactivo indagaba acerca de síntomas de ansiedad. Estos reactivos fueron sometidos a validez de contenido y aceptados por un grupo de jueces expertos.

Posteriormente, debido a las condiciones de aislamiento y confinamiento, diseñaron un formulario en el sistema de Google, el cual se compartió por vía de redes sociales. Este mecanismo incluyó las instrucciones para responderlo, un consentimiento informado, datos sociodemográficos, los reactivos de ansiedad y un agradecimiento por la colaboración. De la misma manera, el instrumento se piloteó para cerciorarse que la población entendía las preguntas y que las respuestas fueron pertinentes.

La muestra estuvo conformada por 1056 personas, 752 mujeres (71%) y 304 hombres (29%), todos ellos seleccionados por muestreo aleatorio. Con edades de 21 a 73 años. El estado civil de los participantes fue: solteros 674 (63.8%), seguido por casados 185 (17.5) y unión libre 128 (12.1%), los divorciados 64 (6.1%) y viudos 5 (.5%) tuvieron menor proporción en esta muestra.

En lo referente a la ocupación la mayor parte de los encuestados fueron estudiantes 427 (40.4%), profesionistas 236 (22.3%) y empleados 204 (19.3%), mientras que las amas de casa 81 (7.7%), personas con negocio propio 52 (4.9%), desempleados 33 (3.1%), y comerciantes 23 (2.2%), tuvieron menor proporción.

La distribución de los participantes de acuerdo con su nivel de estudios fue de la siguiente forma: doctorado 24 (2.3%), maestría 75 (7.1%), licenciatura 667 (63.2%), bachillerato 220 (20.8%), secundaria 62 (5.9%) y primaria 8 (.8%).

Los resultados obtenidos en el análisis de confiabilidad reportan un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach .937, por lo que los 31 indicadores de ansiedad se correlacionan adecuadamente. Con base en sus resultados todos los reactivos incluidos tienen valores adecuados de correlación, las más altas se obtuvieron en: “Salir de casa por razones indispensables me causa terror” ($r=.603$), “Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo” ($r=.634$), me preocupa usar transporte público” ($r=.600$), “Entro en crisis al encontrarme en la calle a personas sin cubrebocas” ($r=.614$), “Me siento nervioso desde que empezó la pandemia” ($r=.691$), “Me angustia tocar objetos o superficies, aunque hayan sido desinfectados” ($r=.618$), “Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID y que he adquirido el virus” ($r=.687$), “Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID 19” ($r=.642$).

Para obtener la validez de constructo de los síntomas de ansiedad, utilizaron un análisis factorial exploratorio con análisis de componentes principales. Por medio de rotación ortogonal Varimax y el método de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett para obtener 4 componentes principales.

Obtuvieron 4 factores que explican el 52.97% de la varianza. El primer Factor explica el 35.423% de la variabilidad, el segundo Factor explica 5.873%, el Factor 3, el 4.623% y el Factor 4, el 3.741% de la varianza. Estos factores son:

Factor 1. Ansiedad pandémica. Integrado por 8 reactivos: “Me siento preocupado al pensar que la pandemia nunca terminará”, “Constantemente pienso que me contagié de COVID-19”, “Salir de casa por razones indispensables me causa terror”, “De pronto siento

palpitaciones aceleradas y muy fuertes debido a la pandemia”, “Me inquieta mucho pensar que si me enfermo de COVID no me curaría”, “Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo”, “Me siento intranquilo(a) cuando escucho o leo noticias sobre COVID-19”, “Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19”.

F2. Miedo al COVID. Formado por 7 reactivos: “Cuando toso o estornudo pienso que las personas suponen que tengo COVID”, “Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar”, “Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir de COVID”, “No salgo por temor a ser rechazado por exponerme al COVID”, “Me siento enfermo al escuchar que hablan de COVID”, “Creo que los demás examinan que siga correctamente las medidas de seguridad”, “Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID y que he adquirido el virus”.

F3. Respuestas conductuales. Compuesto por 5 reactivos: “En la pandemia he estado más irritable”, “Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado”, “Me siento nervioso desde que empezó la pandemia”, “Durante la pandemia me he sentido más cansado de lo normal”, “Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta más trabajo concentrarme”.

F4. Medidas de seguridad compulsiva. Formado por 9 reactivos: “Cuando salgo de casa me aseguro de mantenerme lejos”, “Pienso que un cubrebocas no es suficiente”, “Creo que me será muy difícil volver a tener contacto físico con las personas después de la pandemia”, “Me preocupa demasiado que algún ser querido se enferme o vuelva a enfermarse de COVID-19”, “Me preocupa usar transporte público”, “Entro en crisis al encontrarme en la calle con personas sin cubrebocas”, “Me siento intranquilo(a) a pesar de confirmar que las personas que ingresan a mi casa cubren las medidas de higiene”, “Por ningún motivo

debo tocar objetos en áreas públicas”, “Me angustia tocar objetos o superficies aunque hayan sido desinfectados”.

Finalmente, se puede afirmar categóricamente que los reactivos de la escala cumplen con valores adecuados de discriminación entre quienes respondieron al instrumento y se obtuvieron valores adecuados de significancia estadística.

Asimismo, las puntuaciones para la consistencia interna del instrumento fueron adecuadas. El índice de confiabilidad Alfa de Cronbach es de .937. Por lo que concluyeron que cuentan con un instrumento que cumple con las propiedades psicométricas que aprueban su utilización para la medición de los síntomas de ansiedad manifestados durante la pandemia por COVID-19 en población de adultos mexicanos.

Una vez revisados los instrumentos encontrados y las características del instrumento de Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona- Márquez (2022) del que se tomará de base para llevar a cabo el estudio en adolescentes que se desarrolla en este trabajo de investigación.

Capítulo IV

Planteamiento del problema

La presente investigación tiene por objetivo validar la escala de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19 con una población de adolescentes, diseñada y validada por Jiménez-Flores et al. (2022), se busca que el instrumento reúna las propiedades psicométricas adecuadas para medir sintomatología ansiosa en adolescentes, mediante un análisis factorial exploratorio.

Una vez que se han revisado los supuestos teóricos en este apartado se expone la investigación directamente relacionada con el tema ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19 y con base en la literatura científica formular el planteamiento del problema del presente estudio.

De acuerdo con la literatura revisada, existe la necesidad de identificar las problemáticas actuales que afectan el desarrollo de los adolescentes asociados a la pandemia por COVID-19, es importante considerar que durante este contexto se realizaron investigaciones que evidencian el aumento de la ansiedad de esta población (Gutiérrez, Lobos y Chacón, 2020; Martínez, 2020; Palacio, Londoño, Nanclares, Robledo y Quintero, 2020; Catagua y Escobar, 2021; Erazo del Castillo, 2021; Espinosa y Almeida, 2021; Sánchez, 2021; Sigüenza y Vílchez, 2021; Montero, López y Higareda, 2022; Ochoa, Gutiérrez, Méndez, García y Ayón, 2022).

En la población mexicana es alarmante el incremento de la ansiedad (Meza y Ramírez, 2020; Nicolini, 2020; López, Núñez, Vásquez, Guillen y Bracho, 2021; Luna, Guzmán, Villalva y Sánchez, 2022), de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (2019) 13.7 millones son adolescentes de entre 12 y 20 años y tomando en cuenta datos epidemiológicos, tanto a nivel nacional como global, es alta la prevalencia de

ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19 por esta razón es preciso contar con instrumentos diseñados para detectar este tipo de trastornos para su solución y en la medida de lo posible, su prevención.

La medición o evaluación de la ansiedad puede efectuarse mediante la aplicación de diversas baterías que han mostrado ser sensibles para detectar la preocupación por el contagio o impacto del COVID-19. A pesar de que algunas escalas han mostrado su utilidad para detectar los síntomas de ansiedad por la pandemia, algunas escalas muestran ciertas adversidades, o carencias de las características psicométricas; entre estas carencias es útil considerar la necesidad de diseñar instrumentos válidos y confiables para evaluar la ansiedad en pandemia con adolescentes. Otra de las adversidades es debido a las condiciones específicas en que ocurre la manifestación de ansiedad en una situación de emergencia ante una nueva enfermedad.

Si bien, existe una gran cantidad de estudios enfocados a analizar la ansiedad en adolescentes durante el confinamiento por COVID-19, los instrumentos utilizados para medir los indicadores de ansiedad son una demanda urgente en la situación de pandemia, para desarrollar sistemas de medición estructurados que permitan contar con medidas confiables de la ansiedad en grandes grupos poblacionales.

De ahí que el interés de este trabajo fue identificar los síntomas de ansiedad en la situación de pandemia, en una muestra de adolescentes que viven en la Ciudad de México y el área Metropolitana, lo que puede definir una gama de indicadores manifestados en comportamientos que lleven a procedimientos metodológicos de validez y confiabilidad, de la misma forma que den cuenta de los componentes de ansiedad para validar un instrumento útil que permita la medición psicológica objetiva y así responder a la pregunta

de investigación ¿Qué propiedades psicométricas tiene la escala de ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19?

Capítulo V Método

5.1 Objetivo General

Validar la escala de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19 con una población de adolescentes, diseñada y validada por Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona- Márquez (2022), se busca que el instrumento reúna las propiedades psicométricas adecuadas para medir sintomatología ansiosa en adolescentes mediante un análisis factorial exploratorio.

5.2 Objetivos específicos

1. Establecer los factores derivados a partir de los resultados obtenidos contra los puntajes del instrumento original.
2. Valorar la consistencia interna de los reactivos.
3. Comparar la eficacia de los reactivos al discriminar la ansiedad entre el grupo con puntajes altos contra el grupo con puntajes bajos.
4. Generar la distribución percentil de los datos.

5.3 Pregunta de Investigación

¿Qué propiedades psicométricas tiene la escala de ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19?

5.4 Variables

Definición conceptual: la ansiedad es la combinación de manifestaciones cognoscitivas, comportamentales y fisiológicas no atribuidas a peligros reales, se manifiesta en forma de crisis que puede llegar al pánico, tiene carácter anticipatorio que proviene del peligro (Clark y Beck, 2010; Heinze y Camacho, 2010).

Definición operacional: la escala considera los siguientes factores para medir la ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19 (Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona- Márquez, 2022).

Factor 1: *Ansiedad pandémica*; demuestra las preocupaciones por contagios en la pandemia, incertidumbre, terror por salir a la calle, reacciones fisiológicas como palpitaciones y tensión muscular. Es la principal forma en que se manifiesta la ansiedad durante la pandemia.

Factor 2: *Miedo al COVID*; muestra comportamientos que dan cuenta de la manifestación de miedo ante el COVID que en gran medida pueden asociarse a la situación de confinamiento y aislamiento. Este miedo se mezcla con obsesiones por perder a alguien cercano o estar enfermo.

Factor 3: *Respuestas conductuales*; respuestas conductuales que las personas realizan ante la pandemia, es clara la irritabilidad, las alteraciones en el sueño, cansancio y nerviosismo.

Factor 4: *Medidas de seguridad compulsiva*; se relacionan con la cuestión de la seguridad tanto en casa como al salir a lugares públicos. Algunas de estas conductas parecen compulsiones.

5.5 Participantes

Se conformó con una muestra de 450 adolescentes, 284 mujeres (63.1%) y 166 hombres (36.9%), seleccionados por muestreo aleatorio. Entre edades de 11 a 20 años, con una $M = 17.37$ años ($DE = 2.401$). El estado civil de los participantes fue: principalmente solteros 436 (96.9%), seguido por casados 4 (.9%), divorciados 1 (.2%) y los de unión libre 9 (2%) tuvieron menor proporción en esta muestra.

En lo referente a la ocupación la mayor parte de los encuestados fueron estudiantes 430 (95.6%), empleados 12 (2.7%), mientras que negocio propio 2 (.4%), desempleado 2 (.4%) y ama de casa 2 (.4%) fueron la misma proporción y profesionista 1 (.2%) y comerciante 1 (.2%) tuvieron menor proporción.

La distribución de los participantes de acuerdo con su nivel de estudios fue de la siguiente forma: bachillerato 203 (45.1%), universidad 139 (30.9%) y secundaria 108 (24%).

5.6 Instrumento

Se utilizó una escala diseñada para medir la ansiedad en contexto de pandemia (Jiménez-Flores, et al., 2022). Dicha escala es de tipo Likert, formada por 31 reactivos en formato de escala Likert con cuatro opciones de respuesta (0= a nunca, 1= pocas a veces, 2= muchas veces, 3= siempre) cada reactivo indaga acerca de síntomas de ansiedad y se sometió a validez de contenido y aceptados por jueces expertos. Se obtuvo la validez del instrumento mediante un análisis factorial exploratorio de componentes principales mediante el método de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett y rotación ortogonal Varimax; mientras que la confiabilidad se obtuvo con un análisis de Alfa de Cronbach (.937). La escala está formada por 31 reactivos, agrupados en 4 factores (Ansiedad pandémica $\alpha=.84$, Miedo al COVID $\alpha=.80$, Respuestas conductuales $\alpha=.85$, y Medidas de seguridad compulsivas $\alpha=.84$), los cuales explican el 52.97% de la varianza. Es un instrumento que discrimina adecuadamente y las propiedades psicométricas permiten su utilización como un instrumento de medición para los síntomas de ansiedad manifestados durante la pandemia por COVID-19 en población de adultos mexicanos.

5.7 Tipo de estudio

El estudio es un análisis factorial exploratorio, que se busca conocer de qué manera se manifiesta la ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19.

5.8 Diseño de investigación

Debido a que la finalidad del estudio consiste en observar el fenómeno de ansiedad tal y como se manifiesta en adolescentes en pandemia por COVID-19, sin manipular deliberadamente las variables se utilizó un diseño no experimental transaccional (Kerlinger y Lee, 2002).

5.9 Procedimiento

Con las condiciones de confinamiento, se diseñó un formulario en el sistema de Google forms, el cual se compartió vía redes sociales. Este mecanismo incluyó las instrucciones para responderlo, un consentimiento informado, datos sociodemográficos, los reactivos de ansiedad y un agradecimiento por la colaboración. De la misma manera, el instrumento se piloteó para cerciorarse que la población entendía las preguntas y que las respuestas fueran pertinentes. Durante la aplicación se explicó que los datos son confidenciales, anónimos y que solo se utilizarán con fines estadísticos.

Capítulo VI Resultados

Para validar el instrumento se utilizó el análisis sugerido por Morales y Urosa (2003). A continuación, se describen los pasos y los resultados correspondientes.

6.1 Datos descriptivos

En el análisis preliminar se calcularon las medias y las desviaciones estándar para cada uno de los reactivos. Esta información es útil para interpretar en cuáles reactivos los participantes tuvieron menores y mayores puntuaciones, así como para identificar en cuáles de ellos resultaron ser más homogéneos o heterogéneos en sus respuestas.

Se observa que los reactivos “Me preocupa demasiado que algún ser querido se enferme o vuelva a enfermarse de COVID-19” ($M=1.90$), “Cuando salgo de casa, me aseguro de mantenerme lejos de las personas” ($M=1.76$) y “Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado” ($M=1.57$), fueron las respuestas que tuvieron valores más altos en sus medias, los comportamientos que se presentaron con mayor frecuencia; indican preocupación por seres queridos para el primer reactivo, un comportamiento de interacción social para el segundo y un cambio conductual en los hábitos del sueño; por otro lado, los reactivos “Me siento enfermo al escuchar que hablan del COVID-19” ($M=.41$), “Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia” ($M=.48$) y “Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19” ($M=.56$) son los reactivos cuyos valores fueron menores, indican comportamientos que se presentan con menor frecuencia.

En el caso de los reactivos con menor frecuencia, como son: “Me siento enfermo al escuchar que hablan del COVID-19” los datos indican que el 69.1% ($N=450$) de los encuestados respondieron que nunca; mientras que para el reactivo “Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia”, se tiene que 69.9% ($N=450$) de la

muestra respondieron que nunca; en el caso del reactivo “Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19”, 61.6% (N=450) de los adolescentes respondieron que nunca (Tabla 1).

Tabla 1. *Medias y desviaciones estándar de los reactivos*

	Desviación	
	Media	estándar
Me siento muy preocupado/a al pensar que la pandemia nunca terminará	1.24	.817
Constantemente pienso que me contagie de COVID-19	.79	.803
Salir de casa por razones indispensables me causa terror	.64	.754
Cuando salgo de casa, me aseguro de mantenerme lejos de las personas	1.76	.955
De pronto siento palpitaciones aceleradas y muy fuertes debido a la pandemia	.64	.805
Me inquieta mucho pensar que si me enfermo de COVID-19 no me curaría	.90	.960
Pienso que un cubrebocas no es suficiente	1.10	.891
Creo que me será muy difícil volver a tener contacto físico con las personas, después de la pandemia	.82	.906
Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo	.72	.867
Me preocupa demasiado que algún ser querido se enferme o vuelva a enfermarse de COVID-19	1.90	.988
Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar la piel	.78	.974
Me preocupa usar transporte público	1.15	.968
Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia	.48	.799

Entro en crisis al encontrarme con personas en la calle sin cubrebocas	.97	.963
Me siento intranquilo/a cuando escucho o leo noticias sobre COVID-19	.98	1.009
Me siento intranquilo/a a pesar de confirmar que las personas que ingresan a mi casa cubren las medidas de higiene	.85	.868
Cuando toso o estornudo pienso que las personas suponen que tengo COVID-19	1.24	1.036
Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar	.67	.775
En la pandemia he estado más irritable	1.35	.986
Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir por COVID-19	.89	.957
No salgo por temor a ser rechazado/a por exponerme al COVID-19	.60	.812
Me siento enfermo al escuchar que hablan del COVID-19	.41	.692
Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado	1.57	1.055
Por ningún motivo debo tocar objetos en áreas públicas	1.19	.962
Creo que los demás examinan que siga correctamente las medidas de seguridad	1.17	.911
Me siento nervioso/a desde que empezó la pandemia	1.07	.967
Durante la pandemia me he sentido más cansado/a de lo normal	1.31	1.010
Me angustia tocar objetos o superficies, aunque hayan sido desinfectados	.79	.903
Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta trabajo concentrarme	1.38	1.025
Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus	.82	.912
Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19	.56	.829

Ansiedad Total	30.73	16.019
----------------	-------	--------

6.2 Discriminación de reactivos

El siguiente procedimiento fue evaluar si los reactivos discriminaban entre los grupos altos y bajos. Este procedimiento se realizó para determinar que no hubiera sesgos en las respuestas dadas a cada uno de los reactivos. Para cubrir esta tarea, se calcularon dos grupos, los que tenían las respuestas más bajas (por abajo del percentil 25), denominado Grupo 1; y los que respondieron con las puntuaciones más altas (sobre el percentil 75), denominado Grupo 2. El Grupo 1 se formó por 114 participantes, mientras que el Grupo 2 se formó por 118 participantes.

Una vez que los casos fueron definidos para cada uno de los grupos, el siguiente procedimiento consistió en identificar si ocurrían diferencias entre los grupos 1 y 2. Para cubrir este propósito se aplicó una prueba t para muestras independientes como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2. *Discriminación de reactivos por grupo alto y bajo*

	Grupos	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Me siento muy preocupado/a al pensar que la pandemia nunca terminará.	Grupo 1	114	.71	.725	.068
	Grupo 2	118	1.67	.848	.078
Constantemente pienso que me contagie de COVID-19	Grupo 1	114	.25	.432	.040
	Grupo 2	118	1.41	.840	.077
Salir de casa por razones indispensables me causa terror	Grupo 1	114	.14	.418	.039
	Grupo 2	118	1.39	.728	.067
Cuando salgo de casa, me aseguro de mantenerme lejos de las personas	Grupo 1	114	1.11	.957	.090
	Grupo 2	118	2.31	.676	.062

De pronto siento palpitaciones aceleradas y muy fuertes debido a la pandemia	Grupo 1	114	.30	.637	.060
	Grupo 2	118	1.25	.889	.082
Me inquieta mucho pensar que si me enfermo de COVID-19 no me curaría	Grupo 1	114	.16	.366	.034
	Grupo 2	118	1.73	.940	.087
Pienso que un cubrebocas no es suficiente	Grupo 1	114	.52	.627	.059
	Grupo 2	118	1.74	.800	.074
Creo que me será muy difícil volver a tener contacto físico con las personas, después de la pandemia	Grupo 1	114	.26	.581	.054
	Grupo 2	118	1.56	.983	.091
Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo	Grupo 1	114	.14	.349	.033
	Grupo 2	118	1.56	.873	.080
Me preocupa demasiado que algún ser querido se enferme o vuelva a enfermarse de COVID-19	Grupo 1	114	1.12	.884	.083
	Grupo 2	118	2.37	.845	.078
Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar la piel	Grupo 1	114	.32	.569	.053
	Grupo 2	118	1.45	1.026	.094
Me preocupa usar transporte público	Grupo 1	114	.32	.470	.044
	Grupo 2	118	1.96	.919	.085
Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia	Grupo 1	114	.13	.340	.032
	Grupo 2	118	1.10	1.057	.097
Entro en crisis al encontrarme con personas en la calle sin cubrebocas	Grupo 1	114	.32	.572	.054
	Grupo 2	118	1.80	.930	.086
Me siento intranquilo/a cuando escucho o leo noticias sobre COVID-19	Grupo 1	114	.39	.645	.060
	Grupo 2	118	1.62	.896	.082
Me siento intranquilo/a a pesar de confirmar que las personas que ingresan a mi casa cubren las medidas de higiene	Grupo 1	114	.39	.759	.071
	Grupo 2	118	1.50	.845	.078
Cuando toso o estornudo pienso que las personas suponen que tengo COVID-19	Grupo 1	114	.61	.837	.078
	Grupo 2	118	1.89	.985	.091
Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar	Grupo 1	114	.06	.241	.023
	Grupo 2	118	1.35	.851	.078
En la pandemia he estado más irritable	Grupo 1	114	.69	.788	.074
	Grupo 2	118	2.07	.834	.077
Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir por COVID-19	Grupo 1	114	.30	.651	.061
	Grupo 2	118	1.58	1.025	.094

No salgo por temor a ser rechazado/a por exponerme al COVID-19	Grupo 1	114	.08	.271	.025
	Grupo 2	118	1.31	.938	.086
Me siento enfermo al escuchar que hablan del COVID-19	Grupo 1	114	.06	.241	.023
	Grupo 2	118	.84	.827	.076
Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado	Grupo 1	114	.86	.949	.089
	Grupo 2	118	2.21	.876	.081
Por ningún motivo debo tocar objetos en áreas públicas	Grupo 1	114	.38	.522	.049
	Grupo 2	118	1.93	.903	.083
Creo que los demás examinan que siga correctamente las medidas de seguridad	Grupo 1	114	.56	.717	.067
	Grupo 2	118	1.68	.866	.080
Me siento nervioso/a desde que empezó la pandemia	Grupo 1	114	.25	.512	.048
	Grupo 2	118	1.85	.939	.086
Durante la pandemia me he sentido más cansado/a de lo normal	Grupo 1	114	.54	.706	.066
	Grupo 2	118	2.12	.849	.078
Me angustia tocar objetos o superficies, aunque hayan sido desinfectados	Grupo 1	114	.16	.412	.039
	Grupo 2	118	1.49	.922	.085
Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta trabajo concentrarme	Grupo 1	114	.53	.681	.064
	Grupo 2	118	2.14	.880	.081
Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus	Grupo 1	114	.13	.340	.032
	Grupo 2	118	1.61	.952	.088
Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19	Grupo 1	114	.05	.261	.024
	Grupo 2	118	1.31	.993	.091

Se concluyó que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los reactivos, por lo tanto, los reactivos fueron capaces de discriminar entre el Grupo 1 y el Grupo 2. De hecho, todos los reactivos de la escala discriminaron adecuadamente.

Puede observarse, en la Tabla 3, que en cada comparación el valor del estadístico t de student es negativo, lo cual indica que las puntuaciones del Grupo 2 fueron mayores a las puntuaciones obtenidas para el Grupo 1, en cada reactivo.

Tabla 3. Pruebas t de muestras independientes en discriminación de reactivos

	t	gl	Sig. (bilateral)
Me siento muy preocupado/a al pensar que la pandemia nunca terminará.	-9.243	230	.000
Constantemente pienso que me contagie de COVID-19	-13.174	230	.000
Salir de casa por razones indispensables me causa terror	-15.952	230	.000
Cuando salgo de casa, me aseguro de mantenerme lejos de las personas	-11.058	230	.000
De pronto siento palpitaciones aceleradas y muy fuertes debido a la pandemia	-9.390	230	.000
Me inquieta mucho pensar que si me enfermo de COVID-19 no me curaría	-16.667	230	.000
Pienso que un cubrebocas no es suficiente	-12.895	230	.000
Creo que me será muy difícil volver a tener contacto físico con las personas, después de la pandemia	-12.173	230	.000
Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo	-16.159	230	.000
Me preocupa demasiado que algún ser querido se enferme o vuelva a enfermar de COVID-19	-11.011	230	.000
Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar la piel	-10.353	230	.000
Me preocupa usar transporte público	-16.951	230	.000
Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia	-9.342	230	.000
Entro en crisis al encontrarme con personas en la calle sin cubrebocas	-14.465	230	.000
Me siento intranquilo/a cuando escucho o leo noticias sobre COVID-19	-11.994	230	.000

Me siento intranquilo/a a pesar de confirmar que las personas que ingresan a mi casa cubren las medidas de higiene	-10.557	230	.000
Cuando toso o estornudo pienso que las personas suponen que tengo COVID-19	-10.683	230	.000
Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar	-15.541	230	.000
En la pandemia he estado más irritable	-12.890	230	.000
Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir por COVID-19	-11.297	230	.000
No salgo por temor a ser rechazado/a por exponerme al COVID-19	-13.421	230	.000
Me siento enfermo al escuchar que hablan del COVID-19	-9.654	230	.000
Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado	-11.286	230	.000
Por ningún motivo debo tocar objetos en áreas públicas	-15.983	230	.000
Creo que los demás examinan que siga correctamente las medidas de seguridad	-10.677	230	.000
Me siento nervioso/a desde que empezó la pandemia	-15.960	230	.000
Durante la pandemia me he sentido más cansado/a de lo normal	-15.336	230	.000
Me angustia tocar objetos o superficies, aunque hayan sido desinfectados	-14.139	230	.000
Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta trabajo concentrarme	-15.624	230	.000
Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus	-15.646	230	.000
Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19	-13.125	230	.000

Con base en la información de la Tabla 2 y Tabla 3, se observa que todas las puntuaciones t fueron significativas, lo cual puede interpretarse como al hecho de que los adolescentes que respondieron al cuestionario lo hicieron de una manera sistemática y pensaron la respuesta adecuada; una vez determinada la discriminación de reactivos, se procedió a calcular la consistencia interna del instrumento.

6.3 Análisis de confiabilidad

En este procedimiento el valor para el coeficiente Alpha de Cronbach $\alpha=.929$, lo que indica que los 31 indicadores de ansiedad se correlacionan adecuadamente (Tabla 4).

Puede observarse que todos los reactivos incluidos tienen valores adecuados de correlación, aunque los reactivos con las correlaciones más altas son: “Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar” ($r=.645$), “Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus” ($r=.642$), “Me preocupa usar transporte público” ($r=.641$), “Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo” ($r=.630$), “Me siento nervioso/a desde que empezó la pandemia” ($r=.626$), “Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19” ($r=.604$) y “Salir de casa por razones indispensables me causa terror” ($r=.603$). Por otra parte, solo un reactivo puede considerarse con la más baja correlación: “Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar la piel” ($r=.378$) (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de confiabilidad

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Alfa de Cronbach .929		
Número de reactivos 31		
Me siento muy preocupado/a al pensar que la pandemia nunca terminará.	.445	.928

Constantemente pienso que me contagie de COVID-19	.536	.927
Salir de casa por razones indispensables me causa terror	.603	.926
Cuando salgo de casa, me aseguro de mantenerme lejos de las personas	.425	.928
De pronto siento palpitaciones aceleradas y muy fuertes debido a la pandemia	.488	.928
Me inquieta mucho pensar que si me enfermo de COVID-19 no me curaría	.599	.926
Pienso que un cubrebocas no es suficiente	.497	.927
Creo que me será muy difícil volver a tener contacto físico con las personas, después de la pandemia	.535	.927
Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo	.630	.926
Me preocupa demasiado que algún ser querido se enferme o vuelva a enfermar de COVID-19	.442	.928
Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar la piel	.378	.929
Me preocupa usar transporte público	.641	.926
Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia	.460	.928
Entro en crisis al encontrarme con personas en la calle sin cubrebocas	.590	.926
Me siento intranquilo/a cuando escucho o leo noticias sobre COVID-19	.425	.928
Me siento intranquilo/a a pesar de confirmar que las personas que ingresan a mi casa cubren las medidas de higiene	.509	.927
Cuando toso o estornudo pienso que las personas suponen que tengo COVID-19	.484	.928
Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar	.645	.926
En la pandemia he estado más irritable	.493	.928

Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir por COVID-19	.509	.927
No salgo por temor a ser rechazado/a por exponerme al COVID-19	.591	.926
Me siento enfermo al escuchar que hablan del COVID-19	.434	.928
Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado	.451	.928
Por ningún motivo debo tocar objetos en áreas públicas	.595	.926
Creo que los demás examinan que siga correctamente las medidas de seguridad	.423	.928
Me siento nervioso/a desde que empezó la pandemia	.626	.926
Durante la pandemia me he sentido más cansado/a de lo normal	.567	.927
Me angustia tocar objetos o superficies, aunque hayan sido desinfectados	.583	.926
Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta trabajo concentrarme	.560	.927
Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus	.642	.926
Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19	.604	.926

6.4 Análisis factorial exploratorio

Con la finalidad de obtener la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales. Se utilizaron las técnicas de rotación ortogonal Varimax, el método de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett para obtener los componentes principales, se suprimieron los coeficientes con valores inferiores a .40.

Los puntajes son adecuados: los valores de adecuación del muestreo de la prueba de KMO=.939, y la prueba de esfericidad de Bartlett tiene un valor chi cuadrado = 5385.266 con 465 gl. Sig.=.000.

En la extracción inicial, se contaron 6 factores retenidos con autovalores iguales o mayores a 1, que explicaron el 55.273% de la varianza total. Al analizar el porcentaje de varianza explicada para cada componente, se tiene que el primer factor explicó una notable mayor proporción que el resto de los factores, el 33.048% de la varianza; mientras que el segundo factor explicó el 6.304%, el tercer factor explicó el 4.770%, el cuarto factor el 4.076%, el quinto factor 3.786% y el sexto factor 3.289%, respectivamente (Tabla 5).

Tabla 5. *Varianza total explicada*

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de varianza	% acumulado
I	10.245	33.048	33.048
II	1.954	6.304	39.352
III	1.479	4.770	44.122
IV	1.264	4.076	48.198
V	1.174	3.786	51.984
VI	1.020	3.289	55.273

El análisis de la matriz de componentes rotados permite identificar a los reactivos con las saturaciones más altas en cada Factor, lo cual permite clasificar la estructura que tienen los síntomas ansiedad ya agrupados en sus respectivos componentes (Tabla 6).

Con base en el Método de Rotación Ortogonal Varimax se extrajeron los seis componentes del constructo síntomas de ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia

por COVID-19. De acuerdo con la matriz de componentes rotados se observan seis Factores, mismos que a continuación se analizan:

Factor I. Integrado por 5 reactivos: “Durante la pandemia me he sentido más cansado/a de lo normal”, “Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta trabajo concentrarme”, “Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado”, “En la pandemia he estado más irritable” y “Me siento nervioso/a desde que empezó la pandemia”.

Factor II. Integrado por 6 reactivos: “Me siento enfermo al escuchar que hablan del COVID-19”, “Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar”, “Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19”, “Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus”, “Constantemente pienso que me contagie de COVID-19” y “No salgo por temor a ser rechazado/a por exponerme al COVID-19”.

Factor III. Integrado por 7 reactivos: “Cuando salgo de casa, me aseguro de mantenerme lejos de las personas”, “Me preocupa usar transporte público”, “Por ningún motivo debo tocar objetos en áreas públicas”, “Me angustia tocar objetos o superficies, aunque hayan sido desinfectados”, “Pienso que un cubrebocas no es suficiente”, “Creo que me será muy difícil volver a tener contacto físico con las personas, después de la pandemia” y “Entro en crisis al encontrarme con personas en la calle sin cubrebocas”.

Factor IV. Integrado por 4 reactivos: “De pronto siento palpitaciones aceleradas y muy fuertes debido a la pandemia”, “Me siento muy preocupado/a al pensar que la pandemia nunca terminará”, “Salir de casa por razones indispensables me causa terror” y “Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo”.

Factor V. Integrado por 5 reactivos: “Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia”, “Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar la

piel”, “Creo que los demás examinan que siga correctamente las medidas de seguridad”, “Me siento intranquilo/a cuando escucho o leo noticias sobre COVID-19” y “Me siento intranquilo/a a pesar de confirmar que las personas que ingresan a mi casa cubren las medidas de higiene”.

Factor VI. Integrado por 4 reactivos: “Me preocupa demasiado que algún ser querido se enferme o vuelva a enfermarse de COVID-19”, “Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir por COVID-19”, “Cuando toso o estornudo pienso que las personas suponen que tengo COVID-19” y “Me inquieta mucho pensar que si me enfermo de COVID-19 no me curaría”.

Tabla 6. *Matriz de componentes rotados*

	Componente					
	I	II	III	IV	V	VI
Durante la pandemia me he sentido más cansado/a de lo normal	.767					
Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta trabajo concentrarme	.742					
Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado	.735					
En la pandemia he estado más irritable	.688					
Me siento nervioso/a desde que empezó la pandemia	.606					
Me siento enfermo al escuchar que hablan del COVID-19	.726					
Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar	.602					
Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19	.597					
Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus	.546					

Constantemente pienso que me contagie de COVID-19	.516
No salgo por temor a ser rechazado/a por exponerme al COVID-19	.447
Cuando salgo de casa, me aseguro de mantenerme lejos de las personas	.720
Me preocupa usar transporte público	.621
Por ningún motivo debo tocar objetos en áreas públicas	.546
Me angustia tocar objetos o superficies, aunque hayan sido desinfectados	.537
Pienso que un cubrebocas no es suficiente	.511
Creo que me será muy difícil volver a tener contacto físico con las personas, después de la pandemia	.471
Entro en crisis al encontrarme con personas en la calle sin cubrebocas	.456
De pronto siento palpitaciones aceleradas y muy fuertes debido a la pandemia	.582
Me siento muy preocupado/a al pensar que la pandemia nunca terminará.	.573
Salir de casa por razones indispensables me causa terror	.562
Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo	.558
Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia	.613
Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar la piel	.575
Creo que los demás examinan que siga correctamente las medidas de seguridad	.573
Me siento intranquilo/a cuando escucho o leo noticias sobre COVID-19	.533
Me siento intranquilo/a a pesar de confirmar que las personas que ingresan a mi casa cubren las medidas de higiene	.463
Me preocupa demasiado que algún ser querido se enferme o vuelva a enfermar de COVID-19	.661

Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir por COVID-19	.556
Cuando toso o estornudo pienso que las personas suponen que tengo COVID-19	.516
Me inquieta mucho pensar que si me enfermo de COVID-19 no me curaría	.500

Nota. Método de extracción Análisis de componentes principales; Método de rotación; Normalización Varimax con Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett; La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

6.5 Indicadores de ansiedad de acuerdo con el sexo

Con la intención de observar diferencias de acuerdo con el sexo en la manifestación de cada uno de los síntomas de ansiedad y observar el fenómeno de ansiedad tal y como se manifiesta en adolescentes en pandemia por COVID-19, se analizó el comportamiento de los reactivos de acuerdo con el sexo, los resultados se observan en la Tabla 7. En el análisis entraron 284 mujeres y 166 hombres.

En la Tabla 7 puede observarse que, en la mayoría de los síntomas de ansiedad en pandemia, las mujeres logran puntuaciones más altas, este comportamiento también puede observarse en la puntuación de ansiedad total. Los reactivos de los hombres puntúan más alto son: “Pienso que un cubrebocas no es suficiente” (M=1.15), “Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir por COVID-19” (M=.95), “Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar la piel” (M=.89), “Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus” (M=.85) y “Me siento enfermo al escuchar que hablan del COVID-19” (M=.46).

Los resultados arrojaron que en la mayoría de los síntomas de ansiedad las mujeres tienen puntuaciones mayores a las de los hombres, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 7. *Diferencias en los indicadores de ansiedad de acuerdo con el sexo*

	Sexo	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Me siento muy preocupado/a al pensar que la pandemia nunca terminará.	Mujer	284	1.33	.803	.048
	Hombre	166	1.08	.820	.064
Constantemente pienso que me contagie de COVID-19	Mujer	284	.83	.805	.048
	Hombre	166	.72	.799	.062
Salir de casa por razones indispensables me causa terror	Mujer	284	.68	.761	.045
	Hombre	166	.58	.741	.057
Cuando salgo de casa, me aseguro de mantenerme lejos de las personas	Mujer	284	1.86	.944	.056
	Hombre	166	1.58	.949	.074
De pronto siento palpitaciones aceleradas y muy fuertes debido a la pandemia	Mujer	284	.69	.851	.051
	Hombre	166	.57	.716	.056
Me inquieta mucho pensar que si me enfermo de COVID-19 no me curaría	Mujer	284	.98	.947	.056
	Hombre	166	.75	.969	.075
Pienso que un cubrebocas no es suficiente	Mujer	284	1.08	.850	.050
	Hombre	166	1.15	.957	.074
Creo que me será muy difícil volver a tener contacto físico con las personas, después de la pandemia	Mujer	284	.87	.924	.055
	Hombre	166	.73	.870	.068
Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo	Mujer	284	.77	.907	.054
	Hombre	166	.63	.788	.061
Me preocupa demasiado que algún ser querido se enferme o vuelva a enfermarse de COVID-19	Mujer	284	2.03	.962	.057
	Hombre	166	1.67	.993	.077
Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar la piel	Mujer	284	.71	.938	.056
	Hombre	166	.89	1.027	.080

Me preocupa usar transporte público	Mujer	284	1.19	.986	.059
	Hombre	166	1.08	.934	.073
Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia	Mujer	284	.49	.826	.049
	Hombre	166	.48	.752	.058
Entro en crisis al encontrarme con personas en la calle sin cubrebocas	Mujer	284	1.02	1.000	.059
	Hombre	166	.88	.893	.069
Me siento intranquilo/a cuando escucho o leo noticias sobre COVID-19	Mujer	284	1.01	1.036	.061
	Hombre	166	.92	.960	.074
Me siento intranquilo/a a pesar de confirmar que las personas que ingresan a mi casa cubren las medidas de higiene	Mujer	284	.86	.844	.050
	Hombre	166	.82	.910	.071
Cuando toso o estornudo pienso que las personas suponen que tengo COVID-19	Mujer	284	1.32	1.043	.062
	Hombre	166	1.10	1.013	.079
Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar	Mujer	284	.67	.790	.047
	Hombre	166	.66	.751	.058
En la pandemia he estado más irritable	Mujer	284	1.54	.978	.058
	Hombre	166	1.03	.917	.071
Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir por COVID-19	Mujer	284	.86	.954	.057
	Hombre	166	.95	.961	.075
No salgo por temor a ser rechazado/a por exponerme al COVID-19	Mujer	284	.62	.842	.050
	Hombre	166	.55	.759	.059
Me siento enfermo al escuchar que hablan del COVID-19	Mujer	284	.38	.659	.039
	Hombre	166	.46	.744	.058
Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado	Mujer	284	1.69	1.061	.063
	Hombre	166	1.37	1.018	.079
Por ningún motivo debo tocar objetos en áreas públicas	Mujer	284	1.21	.980	.058
	Hombre	166	1.15	.932	.072
Creo que los demás examinan que siga correctamente las medidas de seguridad	Mujer	284	1.17	.923	.055
	Hombre	166	1.17	.892	.069
Me siento nervioso/a desde que empezó la pandemia	Mujer	284	1.17	.980	.058
	Hombre	166	.90	.923	.072
	Mujer	284	1.43	1.033	.061

Durante la pandemia me he sentido más cansado/a de lo normal	Hombre	166	1.10	.936	.073
Me angustia tocar objetos o superficies, aunque hayan sido desinfectados	Mujer	284	.81	.908	.054
	Hombre	166	.75	.897	.070
Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta trabajo concentrarme	Mujer	284	1.46	1.044	.062
	Hombre	166	1.23	.976	.076
Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus	Mujer	284	.81	.881	.052
	Hombre	166	.85	.964	.075
Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19	Mujer	284	.57	.861	.051
	Hombre	166	.55	.775	.060
Ansiedad Total	Mujer	284	32.11	16.380	.972
	Hombre	166	28.36	15.137	1.175

Una vez que se obtuvieron los resultados, el objetivo del presente estudio, el cual consistió en conocer el grado de confiabilidad y validez de la Escala de Ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19 con una población de adolescentes, explorada con el instrumento diseñado y validado por Jiménez-Flores et al. (2022), con base en lo expuesto anteriormente, la Escala puede ser considerada como un instrumento válido y confiable ($\alpha=.929$).

Capítulo VII Discusión

El objetivo de este estudio consistió en que la escala de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19, reúna las propiedades psicométricas adecuadas para medir sintomatología ansiosa en adolescentes, mediante un análisis factorial exploratorio. La escala utilizada para el presente estudio fue diseñada y validada por Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona- Márquez (2022).

El analizar el fenómeno psicológico de la ansiedad en adolescentes, en la situación de pandemia, abrió la posibilidad de observar manifestaciones de nuevos comportamientos psicológicos y conductuales asociados a esta emoción. La pandemia por COVID-19, fue un fenómeno que surgió de manera repentina y sorprendente. Es una enfermedad que no existía.

Si bien la ansiedad como una emoción tiene la misma expresión psicológica en términos de respuestas fisiológicas, sus componentes conductuales y cognitivos se manifiestan por medio de otros contenidos no observados previamente.

En sus componentes conductuales se tiene: las medidas para evitar contagios y proteger la vida, o bien, adaptarse después de haber sufrido un contagio; de la misma manera, el confinamiento, aislamiento social y las medidas de seguridad son formas de comportamiento ante la pandemia.

En la parte cognitiva, es preponderante la idea de contagio y muerte de sí mismo o de familiares y amigos. El fenómeno psicológico de la ansiedad en adolescentes y la manera en que se ha manifestado durante la pandemia lleva a plantear los siguientes hallazgos.

7.1 Descripción de los síntomas de ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19.

Con base en los resultados obtenidos, el 48.2% de los adolescentes se ubican en grupo con alto nivel de ansiedad, que requieren de atención urgente, ya que la ansiedad total obtuvo una $M= 30.73$ con una $DE= 16.019$.

En el análisis descriptivo de los reactivos se encontró que los adolescentes manifiestan preocupación principalmente por sus seres queridos y aquellas conductas que tienen que ver con las interacciones sociales, asimismo se identificó que la sintomatología que manifiestan son alteraciones del sueño, irritabilidad, cansancio y dificultad para concentrarse, estos datos concuerdan con lo establecido por Nicolini (2020), López et al. (2021) y Luna et al. (2022).

Por otro lado, las conductas que menor frecuencia reportaron los adolescentes son preocupación al escuchar las noticias sobre la pandemia por COVID-19 y temor por ser juzgados por salir a trabajar, respecto a esta última conducta, es imperativo tener en cuenta que en la muestra estudiada solo el 2.7% trabajaba al momento de levantar los datos, por lo que se puede inferir que es el motivo de la baja frecuencia en este reactivo; en cuanto a la sintomatología ansiosa se identifica que los adolescentes no referían sentir tensión muscular.

Ahora bien, en cuanto a la sintomatología de acuerdo con el sexo, las mujeres manifestaron mayor ansiedad total con una $M= 32.11$ y una $DE= 16.38$, sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Se encontró que los hombres reportaron en mayor frecuencia síntomas relacionados con comportamientos obsesivos en relación con el contagio (“Pienso que un cubrebocas no es suficiente”, “Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir por

COVID-19”, “Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar la piel”, “Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus”); en cuanto a las mujeres los puntajes más altos los obtuvieron en los reactivos que hacen referencia a sintomatología ansiosa (“En la pandemia he estado más irritable”, “Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado”, “Durante la pandemia me he sentido más cansado/a de lo normal”, “Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta trabajo concentrarme”), concordando con lo establecido en la literatura científica (Sigüenza y Vílchez, 2021; Montero, López y Higareda, 2022; Ochoa, Gutiérrez, Méndez, García y Ayón, 2022).

Finalmente se establece que de acuerdo con los datos, hombres y mujeres muestran miedo y preocupación frente al COVID-19, este miedo es concreto, real y peligroso (Sierra, et al, 2003). Las puntuaciones de las mujeres son más altas, pero no son significativas.

7.2 Discriminación de reactivos

Con base en los resultados obtenidos se afirma categóricamente que todos los reactivos presentan diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los reactivos, por lo que, todos los reactivos de la escala de ansiedad en contexto de pandemia por COVID-19 de Jimenez-Flores et al. (2022) discrimina adecuadamente en adolescentes.

7.3 Confiabilidad

Las puntuaciones para la consistencia interna del instrumento fueron buenas. El índice de confiabilidad Alfa de Cronbach (.937) con 31 indicadores de ansiedad, todos los reactivos correlacionan adecuadamente.

Los comportamientos con mayor peso son “Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar”, “Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID-19 y que he adquirido el virus”, “Me preocupa usar

transporte público”, “Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo”, “Me siento nervioso/a desde que empezó la pandemia”, “Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID-19” y “Salir de casa por razones indispensables me causa terror”.

Estos datos hacen patente la preocupación y sufrimiento que los adolescentes manifestaban a causa de la pandemia por COVID-19.

7.4 Análisis factorial

Los Factores encontrados son la combinación de comportamientos, cogniciones y respuestas orgánicas que explican cómo se manifiesta la ansiedad en adolescentes en la pandemia por COVID-19.

A diferencia del estudio realizado por Jimenez-flores et al. (2022), se encontraron 6 factores que explican el 55.273% de la varianza en población adolescente, cada uno de los factores fue nombrado a partir de las categorías que englobó, a continuación, se definen:

El primer Factor, denominado *Ansiedad pandémica fisiológica*, demuestra síntomas fisiológicos que se experimentan con relación a la pandemia, cansancio, dificultad de concentración, alteraciones del sueño, irritabilidad y nerviosismo.

El segundo Factor, denominado *Miedo al COVID*, que se compone por conductas y cogniciones que denotan preocupación y temor al contagio del virus.

El siguiente componente se conforma por preocupaciones de interacción social por lo que se le denominó *Medidas de seguridad social*, incluye preocupaciones por uso del transporte público, estar lejos de las personas, evitar contacto con objetos en áreas públicas, miedo por exponerse a la gente e incertidumbre por el futuro contacto físico.

En el cuarto grupo de comportamientos se encuentra el Factor denominado *Respuestas conductuales*, se conforma por respuestas ante la pandemia como son palpitaciones, incertidumbre, terror por salir y sensación de ahogo.

El quinto Factor lo integran conductas y cogniciones irreales o exageradas como son miedo a ser juzgado, lavar constantemente las manos, sentimiento de ser examinado e intranquilidad al escuchar noticias sobre COVID, por lo que se denominó *Obsesiones y Compulsiones ante la pandemia*.

Finalmente, el sexto Factor se denominó *Ansiedad pandémica familiar*, ya que se incluyen uno de los reactivos de mayor frecuencia en los adolescentes, preocupación de que un ser querido se enferme o se muera, asimismo se mezcla con la preocupación por sí mismo, es decir miedo a enfermarse y no recuperarse.

Con base los factores obtenidos, se observa que al aplicar la Escala de Ansiedad en contexto de Pandemia de Jimenez-Flores et al. (2022) en adolescentes, surgen dos componentes que concuerdan con lo establecido en la literatura (Meza y Ramírez, 2020; Nicolini, 2020; López, Núñez, Vásquez, Guillen y Bracho, 2021; Luna, Guzmán, Villalva y Sánchez, 2022) referente a la ansiedad en adolescentes en pandemia: *Medidas de seguridad social y Ansiedad pandémica familiar*; son conductas y cogniciones que caracterizan esta etapa de desarrollo humano, como se estableció en los planteamientos anteriores en los adolescentes las principales preocupaciones son de su núcleo familiar, de su entorno social y el cómo se perciben así mismos.

7.5 Conclusiones y limitaciones

La ansiedad es una emoción básica, sin embargo puede impactar de manera negativa en las personas si no se cuenta con las habilidades o estrategias de afrontamiento adecuadas, tratar de atrapar este fenómeno en un momento determinado como lo es la

pandemia por COVID-19 no solo debe considerar sus componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos esenciales, sino que es menester del profesional de la psicología establecer los cambios que el contexto cultural y social del momento, afecten directamente en el fenómeno de la ansiedad, como se ha establecido en la presente investigación.

La principal aportación de este estudio es la validación de la Escala de Ansiedad Pandémica en una población de adolescentes, con el fin de identificar el fenómeno de ansiedad con un instrumento que cuente con validez y confiabilidad; lo que permite contar con criterios que identifiquen la ansiedad en un contexto que no se había analizado; de tal manera que este trabajo se concentró en hacer una evaluación y análisis de los factores que componen la ansiedad durante la fase de pandemia COVID-19 en adolescentes.

A manera de conclusión, se cuenta con un grupo de reactivos que discriminan adecuadamente y cuyas propiedades psicométricas permiten su utilización como un instrumento de medición para los síntomas de ansiedad manifestados durante la pandemia por COVID-19 en población de adolescentes mexicanos.

Existen múltiples factores que pueden ser mencionados como limitaciones dentro de esta investigación. El primero de ellos tiene que ver con la manera en que se aplicó la escala, debido al confinamiento se evaluó con apoyo del uso de las redes sociales, por ende, los participantes estuvieron influidos por variables que el investigados no podía controlar o tener en cuenta, como el estado de ánimo al momento de contestar, el lugar donde se respondió, lo que implica variables como comodidad, atención, entre otros.

Otra de las limitaciones fue el tamaño de la muestra, que no permite generalizar los resultados obtenidos, sin embargo, en general los hallazgos concuerdan con lo establecido en la literatura científica; asimismo se encuentra la variable de deseabilidad social que es un

factor que influye directamente en las respuestas de los adolescentes. A pesar de estas limitaciones no se presentaron mayores dificultades para la investigación.

De modo que, se ha presentado la validación de la Escala de Ansiedad en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19, algunos elementos teóricos fundamentales para su análisis psicométrico y determinar sus características, obteniendo así un instrumento válido y confiable que cumple con las propiedades psicométricas para medir sintomatología ansiosa en adolescentes en contexto de pandemia por COVID-19 en México. Contribuyendo con una herramienta válida y confiable para los profesionales de la psicología, la educación y otras profesiones afines.

Referencias Bibliográficas

- Aberasturi, A. (2002). *La adolescencia normal*. Argentina: Paidós.
- Aberastury, A. y Knobel, M. (1997). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Paidós, México.
- Agudelo, D., Buela-Casal, G., y Spilberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30 (2), 33-41.
- Águila, C., Díaz, J., y Díaz, M. (2017). Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. *MediSur*, 15 (5), 694-700.
- Águila, G., Díaz J., y Díaz, P. (2017). La adolescencia temprana y la paternidad. Fundamentos teóricos y metodológicos sobre esta etapa y su manejo. *MediSur*, 15 (5), 694-700.
- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Pearson.
- Alvarado, J. y Santisteban, C. (2006). *La validez de la medición psicológica*. UNED.
- Amarro, F. (2008). *Ansiedad (aspectos conceptuales) y trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Univesitat Autònoma de Barcelona.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5*. España: Panamericana.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Aragón, L. (2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 7(4), 23-43.

- Aragón, L. y Silva, A. (2002). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. México: Pax.
- Arias, A., y Melendo, J. (2015). Trastornos de ansiedad en el paciente anciano. *Enfermedades psiquiátricas: Trastornos de ansiedad y personalidad*, 11 (84), 5022-5030. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.07.013>.
- Arias, W. (2012). Algunas consideraciones sobre la familia y la crianza desde un enfoque sistémico. *Revista de Psicología de Arequipa*, 2(1), 32-46.
- Barbenza, C., Rovella, A., Rausch, L., y González, M. (2012). Tendencia a la Preocupación y Trastorno de Ansiedad Generalizada en adolescentes: contribución diferencial de los procesos cognitivos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1 (33),31-50.
- Barcelata, B., Durán, C., y Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, (13),64-73.
- Baxter, A., Scott, K., Vos, T., y Whiteford, H. (2013). Prevalencia mundial de los trastornos de ansiedad: revisión sistemática y meta-regresión. *Psychological medicine*, 43(5), 897–910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. DOI: 10.1037/0022-006X.56.6.893.
- Berzonsky, M. (1982). Inter and intra-individual differences in adolescent storm and strees. A life-span developmental review. *Journal of Early Adolescence*, 2, 211-2017.

- Blos, P. (1986). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Editorial Joaquín Mortiz.
- Boyd, C., Kostanski, M., Gullone, E., Ollendick, T., y Shek, D. (2000). Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes australianos: comparaciones con datos mundiales. *The Journal of Genetic Psychology: Investigación y teoría sobre el desarrollo humano*, 161 (4), 479–492. <https://doi.org/10.1080/00221320009596726>.
- Caballo, V. (2018). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.
- Campo, A., Cogollo, Z. y Elena, C. (2008). Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. *Salud Uninorte*, 24 (2), 226-234.
- Cano, R. (Ed.) (2013). *Orientación y tutoría con el alumnado y las Familias*. Biblioteca Nueva. <https://doi.org/10.18172/con.1301>.
- Canto, H. y Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9 (2), 257-270.
- Caricote, E. (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. *Educere*, 13 (45), 415-425.
- Carleton, R., Norton, M. y Asmundson, G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 105-117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>.
- Casado, M. (1994). *Ansiedad, estrés y procesos psicofisiológicos* [Tesis Doctoral en Psicología, Universidad Complutense-Madrid]. E-Prints Complutense Repositorio Institucional de la UCM.

- Castillo, R. y Ruiz, A. (2019). Género y conductas ansiosas en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 15 (1), 39-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2019.0015.03>.
- Catagua, G. y Escobar, G. (2021). Ansiedad en adolescentes durante el confinamiento (Covid 19) del barrio Santa Clara - cantón Manta - 2020. *Polo del Conocimiento*, 6(3), 2094-2110. <http://dx.doi.org/10.23857/pc.v6i3.2494>.
- Caycho, T., Barboza, M., Ventura, J., Carbajal, C., Noé, M., Gallegos, M., Reyes, M. y Vivanco, A. (2020). Traducción al español y validación de una medida breve de ansiedad por la COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud. *Ansiedad y Estrés*, 26(2), 174-180. DOI: [10.1016/j.anyes.2020.08.001](https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.001).
- Caycho, T., Ventura, J. y Barboza, M. (2020). Diseño y validación de una escala para medir la preocupación por el contagio de la COVID-19 (PRE-COVID-19). *Enfermería Clínica*, DOI: [10.1016/j.enfcli.2020.10.034](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.034).
- Ceberio, M., Jones, G. y Benedicto, M. (2021). La ansiedad en la población argentina en el contexto de pandemia por el COVID-19. *Revista de Psicología*, 1-17. DOI:10.24215/2422572XEo81.
- Centioni, R. (2020). Ensayo sobre el impacto de la pandemia de covid 19 en las familias argentinas. *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, 18 (9), 83-97.
- Clark, D., y Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. España: Desclée De Brouwer.

- Colunga, C., Ángel, M., Vázquez, J., Vázquez, C., y Colunga, B. (2021). Relación entre ansiedad y rendimiento académico en alumnado de secundaria. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 8(2), 229-241.
<https://doi.org/10.17979/reipe.2021.8.2.8457>.
- Contini, E. (2006). *Pensar en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Coon, D. (1998). *Fundamentos de psicología*. México: International Thomson.
- Coppari, N., Barcelata, B., Bagnoli, L., Cudas, G., López, H. y Martínez, U. (2019). Influencia del sexo, edad y cultura en las estrategias de afrontamiento de adolescentes paraguayos y mexicanos. *Universitas Psychologica*, 18(1).
- Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Culbertson, J., Newman, J., & Willis, D. (2003). Childhood and adolescent psychologic development. *Pediatric clinics of North America*, 50(4), 741–vii.
[https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(03\)00080-4](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(03)00080-4).
- Del Valle, M., Betegón, E., e Irurtia, M. (2018). Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicológica*, 25 (2), 153-161. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.7>.
- Delgado, C. y Santacruz, M. (2011). Caracterización psicométrica del cuestionario de eventos vitales estresantes ceve-ar para adolescentes de Pasto. (Tesis de Pregrado). Universidad de Nariño. Nariño, Colombia.
- Delval, J. (2000). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI Editores.
- Delval, J. (2002). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.

- Díaz, I., y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16 (1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>.
- Díaz, J. (2006). Identidad, adolescencia y cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 11 (29),431-457.
- Donovan, C., y Spence, S. (2000). Prevención de los trastornos de ansiedad infantil. *Clinical psychology review*, 20(4), 509–531. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00040-9](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00040-9).
- Duran, T., Benítez, V., Martínez, M., Gutiérrez, G., Herrera, J. y Salazar, M. (2021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*. 20 (1), 267–284. <https://doi.org/10.6018/eglobal.422641>.
- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE-2019). Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril) datos nacionales. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>.
- Endler, N., y Magnusson, D. (1974). *Interaccionismo, psicología de los rasgos, psicodinámica y situacionismo*. Report from the Psychological Laboratories, University of Stockholm.
- Erazo del Castillo, G. (2021). Ansiedad durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes entre 13 y 17 años que acuden a un centro de apoyo psicológico. [Trabajo de titulación modalidad Proyecto de investigación presentado como requisito previo a la obtención del Título de Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora]. UCE.

- Erikson, H. (1992). *Identidad, juventud y crisis*, Madrid: Taurus.
- Espinosa, E. y Almeida, L. (2021). Ansiedad y la somatización en adolescentes durante la pandemia del covid-19. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 5(41), 388–399. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp388-399>.
- Espinosa, F., Díaz, C., y Hernández, H. (2020). Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36 (4),1-13.
- Feixa, C. (2011). Pasado y presente de la adolescencia en sociedad. El debate del 'cerebro adolescente' en perspectiva. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(8).
- Fernández, T. y Gil, P. (1990). El nacimiento de la psicología evolutiva en J. García y P. Lacasa (Ed.), *Psicología evolutiva: Vol. I. Historia, teorías, métodos y desarrollo infantil*. Madrid: UNED.
- Flores, M., Cervantes, G., González, G., Vega, M., y Valle, M. (2012). Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología da IMED*, 4 (1), 649-661.
- Fong, G. y Garralda, E. (2006). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. *Child Psychiatry*, 4, 77-81.
- Gaeta, M. y Martín, P. (2009). Estrés y adolescencia: estrategias de autorregulación en el contexto escolar. *Revista de Humanidades*, 15. 327-344.

- Gaitán, P., Pérez, V., Vilar, M., y Teruel, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública De México*, 63(4), 478-485. <https://doi.org/10.21149/12257>.
- Galindo, O., Ramírez, M., Costas, R., Mendoza, L., Calderillo, G., y Meneses, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica de México*, 156 (4), 298-305. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>.
- García, F. y Acuña, L. (2016). Relación entre experimentar eventos vitales estresantes y su severidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 50(3), 380-391.
- Garrido, G. y González, G. (2020). ¿La pandemia de COVID-19 y las medidas de confinamiento aumentan el riesgo de violencia hacia niños, niñas y adolescentes?. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91 (4), 194-195. <https://doi.org/10.31134/ap.91.4.1>.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: Revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2, 105-122.
- Gómez, I., Fluja, J., Andrés, M., Sánchez, P. y Fernández, M. (2020). Evaluación del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 11-18.
- Goncalves, Y. y Rodríguez, M. (2015). Diferencias entre hombres y mujeres en la evaluación de la ansiedad en población argentina. *VII Congreso Internacional de*

Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

- González, C., De Greiff, E., y Avendaño, B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psicología. Avances de la disciplina*, 5 (1),59-72.
- González, J., Rodríguez, A. y Cruz, A. (2020). Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un nuevo instrumento para medir síntomas de ansiedad asociados al COVID-19. *Interacciones*, 6 (3), 1-8. DOI:10.24016/2020.v6n3.163.
- González, M., Landero, R., y García, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Publica*, 25 (2),14-15.
- Graham, S. (2006). Peer Victimization in School: Exploring the Ethnic context. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 317-321.
- Guillén, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Gutgesell, M. & Payne, N. (2004). Issues of adolescent psychological development in the 21st century. *Pediatrics in Review*, 25(3), 79-85.
- Gutiérrez, J., Lobos, M. y Chacón, E. (2020). Síntomas de ansiedad por la COVID-19, como evidencia de afectación de salud mental en universitarios salvadoreños. *Edición especial Investigaciones COVID-19*.

- Haley, J. (2002). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorroutu Ed.
- Hall, C. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (Vols. 1 & 2). New York: Appleton.
- Hamilton, M. (1959). La evaluación de los estados de ansiedad por calificación. *Revista Británica de psicología médica*, 32(1), 50-55.
- Hazen, E., Schlozman, S. & Beresin, E. (2008) Adolescent psychological development: A review. *Pediatr Rev*, 29 (8), 161.
- Hebson, R. (2001). Understanding internal consistency reliability estimates: a conceptual primer on coefficient alpha. *Meas Eval couns*, 34. 177-189.
- Heinze, G., y Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. México: Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Serie Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.
- Hernández, M. y Cruz, M. (2006). Adolescencia en M. Cruz, *Tratado de Pediatría*. 7ma. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Hernández, M., Belmonte, L., y Martínez, M. (2018). Autoestima y ansiedad en los adolescentes. *ReiDoCrea*, 7, 269-278.
- Hernández, M., Macías, D., Calleja, N., Cerezo, S., y Del Valle Chauvet, C. (2008). Propiedades psicométricas del inventario Zung del estado de ansiedad con mexicanos. *psicología. Avances de la disciplina*, 2 (2),19-46.

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw Hill.

Hornberger, L. (2006). Adolescent psychosocial growth and development. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 19(6), 243.

Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.

Jiménez-Flores, J., Flores-Herrera, L., Gómez-Roque, J. y Corona- Márquez, B. (2022). Análisis factorial de síntomas de ansiedad durante la pandemia COVID-19: Indicadores en población adulta. En A. Baltazar-Ramos (Ed.), *Intervenciones Psicológicas. Búsqueda y descubrimientos* (pp. 99-117). UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Kazdin, A. (2000). *Enciclopedia de psicología*. USA: American Psychological Association.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigacion del comportamiento. Métodos de investigacion en ciencias sociales*. México: McGraw Hill.

Lagunes, R. (2017). Recomendaciones sobre los procedimientos de construcción y validación de instrumentos y escalas de medición en la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 27(1). 5-18.

Lamprea, J. y Gómez, C. (2007). Validez en la evaluación escalas. *Rev Colomb Psiquiatr*, 36, 340-348.

- Lang, P. (1968). Reducción del miedo y comportamiento del miedo: Problemas en el tratamiento de un constructo. En J., Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy*, (pp. 90- 102). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10546-004>.
- Lang, P. (1979). Una teoría bio-informativa de las imágenes emocionales. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x>.
- Lee, S. (2020) Escala de ansiedad por coronavirus: una breve evaluación de salud mental para la ansiedad relacionada con COVID-19, *Death Studies*, 44:7, 393-401, DOI: [10.1080/07481187.2020.1748481](https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481).
- Leiva, A., Nazar, G., Martínez, Ma., Peterman, F., Richezza, J. y Celis, C. (2020). Dimensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del COVID-19. *Ciencia y enfermería*, 26(10). DOI: 10.29393/CE26-3DPAL60003.
- Leñero, O. (1992). Sociedad civil, Familia y Juventud. *Ensayos de diagnóstico y de intervención social*. México: cejuv-imes.
- Lerner, R. y Steinberg, L. (2004). *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.
- Liu, C., Zhang, E., Wong, G., Hyun, S., y Hahm, H. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry research*, 290, 113172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badia, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la

- Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*. 118. 493–499. DOI: 10.1016/S0025-7753(02)72429-9.
- López, G., Núñez, J., Vázquez, P., Guillén, M., y Bracho, B. (2021). Ansiedad en niños y adolescentes debido a la cuarentena por COVID-19. Una encuesta en línea. *Acta Med GA*, 19 (4), 519-523. <https://dx.doi.org/10.35366/102539>.
- López, M., Núñez, J., Vázquez, P., Guillén, E. y Bracho, E. (2021). Ansiedad en niños y adolescentes por la cuarentena a causa del COVID-19. Una encuesta en línea. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19 (4), 519-523.
- Lovibond, P. y Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 33, 335-343.
- Luna, J., Guzmán, J., Villalva, A. y Sánchez, J. (2022). Comparación de los niveles de ansiedad y depresión en los estados de Hidalgo, México y Baja California durante la pandemia de COVID-19. *Psicología y salud*, 32(2), 305-312. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2751>.
- Mafla, A. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colombia Médica*, 39 (1), 41-57.
- Marchesi, A., Carretero, M. y Palacios, J. (1985). *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Psicología.

- Marín, A., Martínez, G., y Ávila, J. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Rev Biomed*, 26 (1), 23-31.
- Maristany, M., Preve, P., Cros, B., y Revilla, R. (2021). Efectos del confinamiento en adolescentes en pandemia por covid-19 en ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Psico*, 52(3), <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.3.41309>.
- Martínez, J., Bolívar, Y., Yanez, L., y Rey, C. (2020). Tendencias de la investigación sobre los síntomas de trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Medicina U.P.B.*, 39 (2), 24-33. <https://doi.org/10.18566/medupb.v39n2.a05>.
- Martínez, M., García, J., y Inglés, C. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 47–64.
- Martínez, M., Inglés, J., Cano, A., y García, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 201-219. <http://hdl.handle.net/10045/35859>.
- Martínez, Ma., Inglés, C., Cano, V. y García, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3): 201-219.
- Martínez, P. (2020). Aproximación a las implicaciones sociales de la pandemia del COVID-19 en niñas, niños y adolescentes: el caso de México. *Sociedad e Infancias*, 4, 255-258. <https://doi.org/10.5209/soci.69541>.

- Martínez, R. (1996). *Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Martínez, R. y Moreno, R. (2002). Integración de teoría sustantiva, diseño de pruebas y modelos de análisis de medición psicológica en A. Bazán y A. Arce (Ed.), *Estrategias de evaluación y medición del comportamiento en psicología*. México: Instituto Tecnológico de Sonora y Universidad Autónoma de Yucatán.
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152.
<https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>.
- Meza, S. y Ramírez, L. (2020). Ansiedad infantil: estudio exploratorio de la percepción de madres y padres de familia durante el confinamiento de la covid-19 en México. *ResearchGate*.
- Mischel, W. (1969). Continuidad y cambio de personalidad. *Psicólogo estadounidense*, 24 (11), 1012–1018. <https://doi.org/10.1037/h0028886>.
- Montero, B., López, J. e Higareda, J. (2022). Inteligencia emocional, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19. *Revista De Psicología De La Universidad Autónoma Del Estado De México*, 11(26), 146-174.
DOI:10.36677/rpsicologia.v11i26.19075.
- Morales, P. y Urosa, B. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo likert*. Madrid: La Muralla.
- Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.

- Muuss, R. (1988). *Theories of Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Muuss, R. (1996). Theoretical expansion and empirical support for Erikson's theory. *Theories of adolescence*, 6th ed, McGraw-Hill. 58-83.
- Navlet, M. (2012) *Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes* [Tesis Doctoral en Psicología, Universidad Complutense-Madrid]. E-Prints Complutense Repositorio Institucional de la UCM.
- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en tiempos de pandemia de COVID-19. *Cirugía y Cirujanos*, 88 (5). 1-6. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M20000067>.
- Nicolini, H., Villareal, G., Ortega, H. y De la Fuente, J. (1988) Alteraciones de la memoria de pacientes con crisis de angustia y efecto del tratamiento farmacológico con alprazolam e imipramina. *Salud Mental*, 11.11-14.
- Obando, A., Guerrero, J., Caldera, D., Chapal, V. y García, Y. (2021). Estrés en adolescentes por pandemia. *Boletín Informativo CEI*, 8(2), 142–144.
- Ochoa, D., Gutiérrez, L., Méndez, S., García, M. y Ayón, J. (2022). Confinamiento y distanciamiento social: estrés, ansiedad, depresión en niños y adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(3), 338-344.
- Orben, A., Tomova, L., y Blakemore, S. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(8), 634-640. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3).

- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J., Carballo, J., y Piqueras, J. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (2), 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>.
- Palacio, J., Londoño, J., Nanclares, A., Robledo, P. y Quintero, C. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49 (4), 279-288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>.
- Paniagua, H. y García, S. (2003). Signos de alarma de trastornos alimentarios, depresión, trastornos del aprendizaje y conductas violentas en adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 77 (3), 411-422.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2012). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2009). *Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia (undécima ed.)*. MCGRAW-HILL.
- Pedreira, J., Blanco, V., Pérez, M., y Quiroz, S. (2014). Psicopatología en la adolescencia. *Medicine*. 11 (61), 3612-3621. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70821-2](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70821-2).
- Pérez, M., Gómez, J. y Dieguez, R. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), e3254.
- Pérez, V., Alcázar, R. y Reidl, M. (2020). Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo. *Psicogente*, 20(38), 240-255.

- Radzik, M., Sherer, S. & Neinstein, L. (2008). Psychosocial development in normal adolescents in Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins (Ed.). *Adolescent health care. A practical guide*, 5th ed.
- Raush, L., Rovella, A., Morales, C., y González, M. (2013). Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psychology and Health*, 21 (2), 215-226.
- Rey, M. (2015). Adaptación escolar, social y familiar, estrés cotidiano y acontecimientos vitales estresantes en la infancia. Tesis de doctoral. Universidad complutense de Madrid. España.
- Reynolds, C., Richmond, B. y Lowe, P. (2007). *AMAS Escala de ansiedad manifiesta en adultos. Estandarizada en México*. México: Manual moderno.
- Ribot, V., Chang, N., González, A. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Rev haban cienc méd*, 19.
- Ríos, J. (2003). *Los ciclos vitales en la familia y la pareja. ¿Crisis u oportunidades?* Madrid: Editorial CCS.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rodrigo, M., Máiquez, M., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., y Martín, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16 (2), 203-210.

- Rodríguez, A. y Naranjo, J. (2016). El aprendizaje basado en problemas: una oportunidad para aprender. *Lecturas Educación Física y Deportes*, 21(221). 1-6.
- Ruíz, A., y Lago, B. (2005). Trastorno de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. *AEPap*, 265-280.
- Salkind, N. (1999). *Métodos de investigación*. México: Prentice Hall.
- Sánchez, A., Andrade, P., y Gómez, Ma. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6 (2), 15-21. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.2>.
- Sánchez, I. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN*, 25(1), 123-141.
- Sanders, R. (2013). Desarrollo psicosocial, social y cognitivo de los adolescentes. *Pediatrics in Review*, 34, 354-359. <http://dx.doi.org/10.1542/pir.34-8-354>.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M. y Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51. <https://doi.org/10.5944/rppc>.
- Sandín, B., Valiente, R., García, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (1), 1-22. DOI:10.5944/rppc.27569.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. (9ª ed.). Mexico: McGraw-Hill.

- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. (10ª ed.). Mexico: McGraw-Hill.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, (25) 39-48. <https://doi.org/10.5093/cl2014a3>.
- Schock, N. (1946). Kidney function test in aged males. *Geriatrics* 1. 232-239.
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar E Subjetivade*, 3 (1),10 - 59.
- Sigüenza, C. y Vílchez, T. (2021). Aumento de los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios durante la época de pandemia de la COVID-19. *Rev Cub Med Mil*, 50(1).
- Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M. y Suárez, E. (1992). *Manual de Medicina de la adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex para ejecutores de Salud, 20. 587-600.
- Spielberger, C. (1980). *Inventario de Ansiedad ante los Tests: Manual Profesional Preliminar*. Prensa de psicólogos consultores.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., y Jacobs, G. (1977). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults*. Mind Garden, USA.

- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. y Löwe, B. (2006). Una medida breve para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada: el GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10):1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
- Streiner, D. (2003). Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. *J Pers Assess*, 80. 217-222.
- Szulc, A. (2006). Antropología y niñez: de la omisión a las 'culturas infantiles' en G. Wilde y P. Schamber (Ed.), *Culturas, comunidades y procesos urbanos contemporáneos*. Buenos Aires: Editorial SB.
- Vall, H., Andrés, A. y Carmina, S. (2021). El impacto de la pandemia por COVID-19 y del confinamiento en las alteraciones alimentarias y el malestar emocional en adolescentes y jóvenes de España. *Psicología Conductual*, 29(2), 345-364. <https://doi.org/10.51668/bp.8321208s>.
- Vargas, L., Palacios, L., González, G., y De la Peña, P. (2008). Trastorno Obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte. *Revista Salud Mental*. 31, 173-179.
- Vicente, X., Flores-Herrera, L., y Jiménez-Flores, J. (2017). Influencia de las prácticas parentales negativas y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva del adolescente. En L. Flores-Herrera y J. Jiménez-Flores (Eds.), *Funcionamiento familiar y escolar. Estudios evaluativos y de intervención* (pp. 7-32). UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Yáñez-Márquez, S. (2014). Ansiedad, violencia escolar y autoestima del adolescente. Tesis Doctoral. Universidad INACE.

- Zhou, S., Zhang, L., Wang, L., Guo, Z., Wang, J., Chen, J., Liu, M., Chen, X., y Chen, J. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European child & adolescent psychiatry*, 29(6), 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>.
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371-379.

Anexos

Anexo 1. Escala de Ansiedad Pandémica (Jiménez-Flores, Flores-Herrera, Gómez-Roque y Corona- Márquez, 2022).

A continuación, se le presentarán una lista de síntomas comunes de ansiedad con respecto a la pandemia COVID-19. Lea cada uno de los síntomas atentamente, e indique cuánto le ha afectado en las últimas dos semanas incluyendo hoy. Muchas gracias por su cooperación.

	Nunca 0	Pocas veces 1	Muchas veces 2	Siempre 3
1.- Me siento preocupado al pensar que la pandemia nunca terminará				
2.- Constantemente pienso que me contagié de COVID 19				
3.- Salir de casa por razones indispensables me causa terror				
4.- Cuando salgo de casa me aseguro de mantenerme lejos de las personas				
5.- De pronto siento palpitaciones aceleradas y muy fuertes debido a la pandemia				
6.- Me inquieta mucho pensar que si me enfermo de COVID no me curaría				
7.- Pienso que un cubrebocas no es suficiente				
8.- Creo que me será muy difícil volver a tener contacto físico con las personas después de la pandemia				
9.- Pensar en la pandemia me hace tener una sensación de ahogo				
10.- Me preocupa demasiado que algún ser querido se enferme o vuelva a enfermar de COVID-19				
11.- Me lavo constantemente las manos al grado de lastimar mi piel				
12.- Me preocupa usar transporte público				
13.- Me causa temor que me juzguen por salir a trabajar durante la pandemia				

14.- Entro en crisis al encontrarme en la calle con personas sin cubrebocas				
15.- Me siento intranquilo(a) cuando escucho o leo noticias sobre COVID 19				
16.- Me siento intranquilo(a) a pesar de confirmar que las personas que ingresan a mi casa cubren las medidas de higiene				
17.- Cuando toso o estornudo pienso que las personas suponen que tengo COVID				
18.- Siento que pierdo el control cuando escucho a alguien toser o estornudar				
19.- En la pandemia he estado más irritable				
20.- Tengo pensamientos recurrentes de que un ser querido va a morir por COVID				
21.- No salgo por temor a ser rechazado(a) por exponerme al COVID				
22.- Me siento enfermo(a) al escuchar que hablan de COVID				
23.- Desde que inició la pandemia mi horario de sueño se ha alterado				
24.- Por ningún motivo debo tocar objetos en áreas públicas				
25.- Creo que los demás examinan que siga correctamente las medidas de seguridad				
26.- Me siento nervioso(a) desde que empezó la pandemia				
27.- Durante la pandemia me he sentido más cansado de lo normal				
28.- Me angustia tocar objetos o superficies, aunque hayan sido desinfectados				
29.- Desde que empezó la pandemia he notado que me cuesta más trabajo concentrarme				
30.- Tengo pensamientos recurrentes de que he estado cerca de personas con COVID y que he adquirido el virus				
31.- Mi tensión muscular aumenta cuando escucho hablar de COVID 19				