UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“NIVELES DE ANSIEDAD PARA EL PERSONAL ACADÉMICO Y DE PSICOLOGÍA QUE PRESTAN SERVICIOS EN AUTISMO SIN LÍMITES A.C. UN ESTUDIO DE TIPO DESCRIPTIVO.”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ILSE DARIELA GUTIERREZ SALINAS

ASESOR DE TESIS:
LIC. OMAR CASTILLEJOS ZÁRATE

Coatzacoalcos, Veracruz **Noviembre 2023.**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

DEDICATORIAS

A Dios, por permitirme llegar hasta este punto y por la familia que me brindó para formarme en la persona que soy.

A mi madre Alba Luz Salinas Moya, por su amor, su apoyo incondicional, por todo su esfuerzo en darme educación y una vida digna.

A mi padre Ramón Gutiérrez Sánchez por su amor, por proveer a la familia y a mi formación académica.

A mi hermano Alejandro Gutiérrez Salinas por ser un pilar para mí.

A mis amigos, Gisel y Misael, por confiar en mí, por compartir sus conocimientos y por darme su sincera amistad, sin pedir nada a cambio.

A mis familiares que me apoyaron de diferentes formas.

A mí, por no rendirme.

AGRADECIMIENOS

Al personal administrativo y directivo de la Universidad de Sotavento Campus Coatzacoalcos, por ser parte de mi formación profesional, a los maestros y maestras, de la Facultad de Psicología por compartir sus conocimientos y exhortarnos a dar lo mejor de nosotros en cada paso de nuestra formación profesional.

Al director de la Facultad de Psicología: Mtro. Omar Castillejos Zarate, agradezco por siempre contar con su apoyo al realizar este trabajo y percatarse que todo saliera lo mejor posible, por todos los consejos al momento de redactar el proyecto, y por los momentos de asesoramiento.

A la maestra de Metodología de Investigación: María Antonia Rodríguez Millán. Por siempre apoyarme al realizar trabajos de investigación durante la carrera, por darme consejos en el proceso, que pude aplicar al mismo.

A la directora de Autismo sin límites A.C. María de Jesús Almeida Rasgado. Por disposición para realizar la investigación en su asociación, por su tiempo brindado, gracias.

A las once personas que forman parte del personal de Autismo sin límites. Por su tiempo y por su disposición al formar parte de la muestra para la recolección de datos de este proyecto de investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIAS II

AGRADECIMIENOS III

ÍNDICE V

INTRODUCCIÓN 8

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 11

1.1 El Problema 11

1.2 Justificación 13

1.3 Hipótesis 15

1.4 Objetivos generales 16

1.5 Objetivos particulares 17

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO 18

2.1 Ansiedad 18

2.1.1 Concepto de Ansiedad 18

2.2 Antecedentes de la Ansiedad 22

2.3 Ansiedad, Angustia, Miedo y Estrés 23

2.3.1 Ansiedad y Angustia 24

2.3.2 Ansiedad y miedo 24

2.3.3 Ansiedad y estrés 25

2.4 Tipos de Ansiedad 26

2.4.1 Ansiedad Normal 27

2.4.2 Ansiedad Como Rasgo de la Personalidad 27

2.4.3 Ansiedad Patológica 28

2.5 La Ansiedad Desde la Perspectiva de Diferentes Enfoques 33

2.5.1 Enfoque Psicofisiológico 33

2.5.2 Enfoque Psicodinámico 37

2.5.3 Enfoque experimental motivacional 40

2.5.4 Enfoque Psicométrico Factorial 46

2.5.5 Enfoque Cognitivo Conductual 47

2.6 Salud Mental en el Trabajo 50

2.6.1 Concepto de Salud Mental 51

2.6.2 Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social 51

2.6.3 Riesgos para la Salud Mental de los Trabajadores 58

2.7 Autismo Sin Limites 61

2.7.1 Ubicación 61

2.7.2 Misión 61

2.7.3 Visión 62

2.7.4 Valores Institucionales 62

2.7.5 Historia 63

2.7.6 Población a la que Presta Servicios 64

2.7.7 Funciones del personal 66

Capítulo 3: Metodología 68

3.1 Enfoque 68

3.2 Tipo de Estudio 68

3.3 Población 68

3.3.1 Muestra 69

3.4 Instrumento de Recolección de Datos 70

3.4.1 Inventario de Beck. 70

3.4.2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS. 71

3.4.3 Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE. 72

Capítulo 4: Análisis de datos 74

4.1 Tablas 74

4.2 Figuras 98

4.3 Análisis de los Datos 117

Capítulo 5: Conclusiones 119

Referencias 125

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo se han realizado investigaciones sobre la ansiedad, sus síntomas y sobre las causas que pueden generarla en los individuos, sí algo ha quedado muy claro con el pasar de los años y las investigaciones, es que la ansiedad es parte del día a día de la humanidad; incluso se llega a considerar que algunos sujetos presentan una tendencia a responder de manera ansiosa como parte de su personalidad. Sin embargo, la permanencia e intensidad de la ansiedad puede ser desfavorable para el individuo en las diferentes situaciones de vida, como lo puede ser, en el ámbito laboral.

La prevalencia de la ansiedad por periodos largos y constantes pueden afectar la salud tanto física como mental de los individuos, provocando un desequilibrio en su organismo. Esto, a pesar de la poca conciencia que se observa en las personas acerca de los factores psicosociales que afectan a los individuos, no debería tomarse a la ligera; tan es así, que los gobiernos buscan e imponen normas para que las empresas estén al pendiente de los riesgos psicosociales en su ambiente laboral y prever la ruptura de ese equilibrio en sus empleados, y en dado caso de que ese equilibrio ya no exista, también establecen lineamientos para que las empresas brinden a sus empleados la oportunidad de poder restablecer ese equilibrio y así continuar con una salud física y mental.

Con lo anterior en mente, no se puede pasar por alto que cada lugar de trabajo tiene una variedad de factores que pueden generar ansiedad o un desequilibrio en la salud mental de sus trabajadores; en el caso de esta investigación, se tiene que tener en cuenta las exigencias a las que se encuentra sometido el personal que labora en la asociación en donde se realizó la investigación. En este caso, los posibles factores podrían ser la exigencia y expectativa de

terceros hacia el trabajo del personal, ya que, el trabajar con niños con algún trastorno del neurodesarrollo (en este caso, enfocado un poco más en el autismo), es agotador y demandante, tanto por los niños como por las exigencias o expectativas de los padres.

En un análisis realizado por la Organización Europea para la Salud en el Trabajo se menciona que 13 % de trabajadores latinos se queja de dolores de cabeza, el 17 % de dolores musculares, 30 % de dolor de espalda, un 20 % de fatiga y por último un 28 % de componentes de ansiedad.

En el 2017 el Senado de la república, en coordinación con comunicación social estimaba que en México alrededor de un 14.3% de su población padece de ansiedad generalizada, siendo esta la enfermedad de salud mental más común en el país. Según este mismo informe, de los tipos de ansiedad patológica, el 50% se presenta antes de los 25 años.

Con lo anterior, se considera que es de mucha importancia tener en cuenta la ansiedad en los aspectos laborales, ya que, este ámbito es uno de los más importantes para la supervivencia de las personas a largo de su vida.

La presente tesis está organizada en cinco capítulos, donde el capítulo 1, titulado: Planteamiento del problema, pretende mostrar el surgimiento de la idea para esta investigación, así como de su importancia, se plantea la hipótesis y los objetivos tanto generales como particulares.

El capítulo 2, tiene como título: Marco teórico, en este se analizan las teorías para la explicación del origen de la ansiedad en un individuo, y sus variantes en la patología. Se presenta también el concepto de salud mental en el trabajo y los factores que pueden alterarlo, como los marcados en la NOM-035 de la STPS, también considerados en este marco teórico. Así como

información que se considera útil y relevante de la asociación en la cual se ha llevado a cabo la investigación para una mayor comprensión de los resultados.

En el capítulo 3 que lleva por título: Metodología, se da a conocer al lector el tipo de investigación que rige la presente tesis, así como datos generales de la población y muestra a la que les fueron aplicados los instrumentos de recolección de datos; dentro del mismo capítulo se podrán encontrar descripciones de dichos instrumentos de recolección en el siguiente orden: Inventario de Ansiedad de Beck o mejor conocido como BAI, seguido por la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS y por último el Inventario de Autoevaluación Ansiedad: Rasgo - Estado o mejor conocido como, IDARE.

El cuarto capítulo, titulado: Análisis de datos, se muestra mediante tablas, los resultados obtenidos en cada instrumento, siguiendo con la presentación de datos mediante figuras para permitir al lector la compresión de los resultados de una forma más sencilla y clara. Y para finalizar, se muestra un análisis de datos, que pretende simplificar los datos obtenidos y mostrar a grandes rasgos características obtenidas por los sujetos.

En el quinto y último capítulo que lleva por título: Conclusiones, donde, como su nombre lo dice, se presenta una de las conclusiones más importantes de esta investigación, la cual es la siguiente: la predisposición por rasgo la presentan el 90. 90% de los sujetos intervenidos a responder con características ansiosas ante situaciones que perciben como peligrosas o amenazantes. A su vez, se mencionan recomendaciones para diferentes profesionales que pueden estar interesados en temas relacionados con la ansiedad y también se presentan ideas generales que se puede utilizar para futuras investigaciones.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 El Problema

En el ámbito laboral es común encontrar diferentes tipos de afecciones o enfermedades que pongan en peligro el estado de salud de los trabajadores. En la mayoría de los casos se le toma más importancia a las enfermedades o afecciones físicas que pueden ser observadas a simple vista o con una visita al médico general, pero, en casi todos los casos se olvida que hay una afección que puede causar un malestar físico, conductual y emocional, que si se mantiene por mucho tiempo puede afectar el desempeño del individuo, no solo en el área de trabajo si no también en lo personal, social y familiar. La presente investigación hace referencia a la ansiedad como dicho malestar.

La ansiedad si bien desde aproximadamente la década de los ochenta hasta la actualidad, es un tema que ocupa un lugar preferente en las investigaciones psicológicas, no era así antes, ya que en la década de los cincuenta y setenta, la investigación psicológica se centraba casi, únicamente, en la esquizofrenia, mientras que, para la década de los setenta, el interés de dichas investigaciones fue prestada sobre todo a los estados de ánimo, siendo de especial mención, la depresión. Dejando la ansiedad como ya se mencionó, para los inicios de los ochenta hasta la actualidad, esto no quiere decir que antes no fuera mencionada en la literatura por algún autor, simplemente que no era tema de interés para la realización de investigaciones.

A lo largo de los años se han ido proponiendo diferentes conceptos para la ansiedad, inclusive nos encontramos en una confusión de conceptos ya que cada autor tiene sus propias ideas de como definir la ansiedad, en algunas ocasiones, se llega a utilizar la palabra angustia

como sinónimo, mientras que en otros casos se trata de establecer una diferencia entre ambas palabras; hay otras investigaciones que integran el estrés y el miedo como palabras con conceptos diferentes, que si bien pueden ir de la mano, no significan lo mismo. Ansiedad, estrés, miedo y angustia son palabras que tiene su propio desarrollo histórico, y si bien en esta investigación se llegan a mencionar en algún momento, solo es con fines de contextualización, no hay que olvidar que la ansiedad es la base de esta investigación, por lo tanto, es a la que se le prestara mayor interés.

Esta investigación está basada en la labor que ofrecen los académicos y terapeutas en el centro de neurodesarrollo “Autismo Sin Límites” AC. en la ciudad de Coatzacoalcos, por el desempeñó que se exige a la hora de adaptarse a las necesidades específicas de los niños que en su mayoría presentan autismo, el desempeño para atender las necesidades específicas durante el horario de clases y terapia implica una gran demanda en actividades físicas y cognitivas para mantener el desarrollo de las terapias y actividades diarias que se elaboran para poder ir creando avances de aquellos que asisten a los servicios prestados por el centro; a su vez, cumplir con la calidad de servicio que se pretende dar; la cual en algún momento se puede ver afectada por los niveles de ansiedad de los trabajadores, pudiendo causar estragos en la imagen de la institución ante los padres o la población interesada en los servicios de esta.

No se debe olvidar que los niños que presentan características del trastorno del espectro autista necesitan más atención en cuidados, necesidades y limites que un niño con un desarrollo neurotípico, ya que la mayoría de los niños con características autistas presentan rabietas o conductas agresivas o autoagresivas, a ese tipo de situación se le puede llegar a sumar las altas expectativas que los padres pueden llegar a tener de las terapias o ingreso al servicio académico que ofrece “Autismo Sin Límites” AC (de ahora en adelante, ASL), olvidado que por ser un

espectro existe una gran variedad de la presentación de los síntomas, por lo que cada niño es un caso único y por ende el desarrollo de sus habilidades, aun con terapia, avanza a un ritmo diferente en cada caso. A lo ya mencionado se le aumenta también que dichos niveles de ansiedad pueden afectar en la vida social, personal y familiar del empleado.

Desde un punto de vista personal, se nota que en muy pocas ocasiones se muestra interés en el bienestar del trabajador, la mayoría de las veces se pone en primer lugar, el bienestar del paciente, posteriormente y con menos relevancia el bienestar de los padres o madres, y es aún menor la que se le da a los que atienden a los pacientes, en este caso los académicos y psicólogos que trabajan en el centro ASL. Es por esto que en esta investigación el tema de la ansiedad en los trabajadores se considera relevante.

1.2 Justificación

La salud se considera el estado de equilibrio o bienestar de un ser u organismo vivo, como seres humanos, biopsicosociales, podríamos apegarnos a la definición siguiente de salud: estado de bienestar físico, mental y social, y no solo hacer referencia a la ausencia de una enfermedad.

En el ámbito laboral es común encontrar diferentes circunstancias que ponen en peligro el estado de salud de los trabajadores. Se da mayor importancia a las enfermedades físicas, aun cuando existen normas establecidas por la secretaria de Trabajo Y Previsión Social (STPS), que toma en cuenta factores psicosociales que pueden afectar la salud del individuo o su bienestar en general, como lo es la norma 035, publicada en el año 2018.

Siguiendo con la idea de que se les proporciona mayor importancia a las enfermedades físicas, esto solo es así, incluso cuando el malestar físico ya es muy evidente. La mayoría de las personas pasa por alto o desconoce algo importante; los niveles altos de ansiedad pueden causar un malestar físico, conductual y emocional, que, si su prevalencia en el tiempo es larga, puede afectar el desempeño del individuo en el área de trabajo, por lo tanto, se considera importante, informar a los empleadores, una visión del estado de ansiedad de sus trabajadores, como lo es en este caso, en la Asociación Autismo sin límites, respecto a sus académicos y terapeutas.

Si bien hoy, los niveles de ansiedad son en gran medida un tema recurrente de investigación, con hasta cierto punto una amplia variedad de poblaciones, como enfermos terminales, médicos, estudiantes de diferentes carreras o niveles de ansiedad ante cierta situación en específico como lo es el COVID-19, familias con una persona con una discapacidad o trastorno, o enfocadas a establecer una comorbilidad con algún otro trastorno, pacientes de cualquier tipo de enfermad, madres primerizas, cuidadores de adultos mayores; casi no se encuentra alguna dedicada a aquellos que prestan sus servicios para terapia con niños con algún problema o trastorno del neurodesarrollo, como lo es el autismo, no existe alguna investigación encaminada al personal terapéutico y académico (en el caso de ASL, en el cual está basada esta investigación, este papel es desempeñado por psicólogos) que se desempeña ante personas con trastorno del espectro autista; la mayoría de las investigaciones con respecto al autismo, se enfocan en ambos padres o incluso solo las madres, y otras pocas en los pacientes con autismo.

Por lo que con esta investigación pretende analizar los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas aplicadas a los maestros y terapeutas que laboran en el centro de neurodesarrollo infantil Autismo sin límites.

De forma paralela se pretende incitar a las siguientes generaciones de la facultad de psicología o carreras afines del área de la salud, a no dejar de lado a los propios psicólogos como población de estudio, así como a psicólogos o académicos que trabajan con niños con características autistas o dificultades en el lenguaje. Ya que, no se debe de olvidar un punto de suma importancia: la ansiedad es universal, todo ser humano, en algún punto de su vida, ha sentido o experimentado ansiedad, no importa la intensidad o frecuencia.

Al final de la investigación, se espera que los resultados sobre los niveles de ansiedad del personal académico y psicológico de Autismo Sin Límites, sean de utilidad a los administrativos de la institución, para que a consideración de ellos se pueda reducir, o prevenir los niveles de ansiedad en su personal.

1.3 Hipótesis

A continuación, se presentan las hipótesis formuladas para esta investigación.

1. El 70% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan niveles moderados de ansiedad en el inventario de Beck.
2. El 70% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan ansiedad total de elevación leve en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS-A.
3. El 70% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan niveles moderados de ansiedad en la escala estado del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE.

4. El 90% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan niveles altos de ansiedad en la escala rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE.

1.4 Objetivos generales

A continuación, se presentan los objetivos generales planteados para esta investigación:

1. Demostrar que el 70% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan niveles moderados de ansiedad en el inventario de Beck.

2. Demostrar que el 70% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan ansiedad total de elevación leve en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS-A.

3. Demostrar que el 70% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan niveles moderados de ansiedad en la escala estado del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE.

4. Demostrar que el 90% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan niveles altos de ansiedad en la escala rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE.

1.5 Objetivos particulares

A continuación, se presentan los objetivos generales particulares para esta investigación:

1. Plantear la importancia de considerar al personal terapéutico y académico que trabaja con personas con trastornos del neurodesarrollo como población de investigación vinculadas a la ansiedad.

2. Copilar literatura esencial y analizarla para el entendimiento de los temas de ansiedad y salud mental.

3. Aplicar los instrumentos necesarios para la recopilación de datos de la muestra.

4. Identificar los niveles de ansiedad obtenidos por el personal académico y terapéutico de Autismo Sin Límites.

5. Informar los resultados obtenidos en la investigación para una mayor comprensión de la misma.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Ansiedad

La ansiedad es universal, todos los seres humanos en algún punto de su vida han llegado a tener esta reacción, en diferentes niveles o intensidad, pero nadie se salva de esta reacción. Se puede presentar en situaciones como una primera entrevista laboral, mudarse a una nueva ciudad, resultados de una prueba importante, una presentación ante varias personas, etc. Se considera incluso un proceso adaptativo que prepara al ser humano ante los posibles resultados de una situación y cómo reaccionar de la mejor manera.

2.1.1 Concepto de Ansiedad

Se considera de vital importancia familiarizar a los lectores con el termino ansiedad. A continuación, se citarán autores con sus respectivos conceptos de ansiedad, para después llegar a una conclusión.

"La ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario…", (Rodríguez, 2008, p. 23).

Otra definición que coincide de cierta forma con la anterior es las siguiente:

"La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido." (Rojas, 2014, p. 17).

Estos autores coinciden en que es la respuesta ante algo que no tiene claro qué es, y en caso de que llegará a tener la noción de que lo hace reaccionar con ansiedad, la reacción seguiría siendo exagerada a la realidad.

El término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico (Sierra, et al; 2003, p. 15).

Se puede llegar a la conclusión, tomando en cuenta las tres definiciones anteriores lo siguiente: el concepto de ansiedad hace referencia a una respuesta de temor ante una situación irreal o difusa, causando una sintomatología o reacciones de crisis o pánico, si esta respuesta de temor llega a prevalecer durante mucho tiempo.

2.1.2 Síntomas del Estado de Ansiedad

Actualmente se considera que para la ansiedad existen tres tipos de respuesta; cognitivas, fisiológicas y motoras. Miguel-Tobal en 1996, los divide de la siguiente forma: síntomas subjetivos o cognitivos del estado de ansiedad, síntomas corporales o fisiológicos del estado de ansiedad y síntomas observables o motores del estado de ansiedad

2.1.2.1 Síntomas Subjetivos o Cognitivos del Estado de Ansiedad.

Estos síntomas se enfocan en los pensamientos o aspectos de carácter subjetivo del individuo.

Miguel - Tobal(1996) los define y menciona de la siguiente forma: Se refieren a pensamientos, ideas e imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores: preocupación, inseguridad, miedo o temor, aprensión, pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada de dificultad para pensar con claridad (s.p.).

Se podría llegar a concluir que son todas las ideas negativas que el individuo puede tener de sí mismo ante las situaciones preocupantes o de temor.

2.1.2.2 Síntomas Corporales o Fisiológicos del Estado de Ansiedad.

En estos síntomas se consideran las activaciones del sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso somático

De igual forma, Miguel-Tobal (1996) dice que, “son consecuencia de la actividad de los distintos sistemas orgánicos del cuerpo humano” (s.p.).

Y procede a enlistarlas de la siguiente forma:

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis o falta de control nocturno de la orina, eyaculación precoz, frigidez, impotencia

- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo, lipotimia

Estas respuestas no pueden considerarse en observables o motoras, ya que si bien son repsuestas del cuerpo, son internas y no observables a simple vista.

2.1.2.3 Síntomas Observables o Motores del Estado de Ansiedad.

Estos tipos de síntomas se enfocan como su nombre lo dice, en los movimientos expresado por el cuerpo (motores) que pueden ser observables.

Miguel-Tobal (1996) dice que: se refieren a comportamientos observables y son consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica:

- Hiperactividad
- Paralización motora
- Movimientos repetitivos
- Movimientos torpes y desorganizados
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- Conductas de evitación

Si bien, este tipo de respuestas, vienen de las otras dos respuestas anteriores, la diferencia es que están sí pueden ser observables incluso por otras personas.

2.2 Antecedentes de la Ansiedad

La histeria era considera como parte de las afecciones que podían o pueden ser incluidas dentro del término neurosis. A la ansiedad, se podría decir, se le consideraba como parte de la sintomatología de estas afecciones clínicas.

Para poder continuar, se tiene que recalcar la importancia de la filosofía en este tema en particular; ya que la filosofía interfería frecuentemente en la formulación de tradiciones hasta cierto punto científicas e ideas dominantes de una época. Por lo tanto, en la época en la que se empieza a manejar el termino histeria, las ideas dominantes sugerían que la mujer era un ser secundario, y solamente tenía que cumplir con dos funciones: complacer sexualmente a los hombres y cuidar hijos. Por lo tanto, los médicos formados en su mayoría sobre estas doctrinas existentes le daban al útero el papel principal de algunas enfermedades nerviosas. Por la misma razón, no solo algunos médicos, si no, la medicina en general consideraba a la histeria como una enfermedad causada por algún trastorno del útero.

Se consideraba que solo las mujeres presentaban síntomas de histeria, y esto se le atribuía al útero enfermo o insatisfecho en sus necesidades; con el tiempo se notó que los hombres también pueden llegar a presentar la que en su momento denominaban afección histérica; el concepto clínico usado para referirse a los hombres con esta afección fue: hipocondriacos. Dejando en claro que no solo afectaba a las mujeres por el hecho de tener útero con necesidades genitales insatisfechas.

Briquet negó el papel de las frustraciones sexuales y definió a la histeria como un verdadero síndrome médico, afirmando: “Para mí la histeria es una neurosis del encéfalo, cuyos fenómenos aparentes consisten en alteraciones de los actos vitales que sirven para manifestar las

sensaciones afectivas y las pasiones", Es decir, que vinculaba la enfermedad con las emociones prolongadas o violentas que afectaban a sujetos predispuestos hereditariamente o a una determinada "susceptibilidad" (como se citó en Aldo y Stagnaro, 2007, p. 20).

También existe confusión respecto al significado de ansiedad. Se podría decir que toda la imprecisión terminológica se originó por la traducción del término alemán angts introducido por Freud. En ingles se utilizó el termino anxiety, pero tanto en francés como en español se utilizaron dos vocablos para hacer una diferenciación de los aspectos fisiológicos de los psicológicos; quedando de la siguiente forma: anxiété y ansiedad cuando se refería a los aspectos fisiológicos, mientas que angoisse y angustia para los aspectos psicológicos. Con el desarrollo de la psicología surgieron diversas teorías que hacían contribuciones para mantener dicha diferenciación conceptual. El Psicoanálisis y el Humanismo prefirieron el término angustia, por otro lado, la psicología científica adopto el término ansiedad.

2.3 Ansiedad, Angustia, Miedo y Estrés

Intentar diferenciar estas palabras en la literatura es, por decirlo en pocas palabras una tarea complicada, y esto se debe principalmente a las traducciones que se realizaban años atrás, ya que probablemente en el idioma original dicha palabra tenía ya un significado establecido, pero, para el idioma al que se hacia la traducción, no existía una palabra igual y se prefería establecer desde su punto de vista, una que estuviera lo más cerca posible de la definición.

En la actualidad, incluso se puede llegar a considerar que las cuatro palabras mencionadas, se superponen y pueden llegar a ser parte de la sintomatología, como la ansiedad y

el miedo, o, incluso sinónimos, como ansiedad y angustia. Dependiendo de la base literaria, se pueden encontrar o no diferencias entre estas palabras.

2.3.1 Ansiedad y Angustia

El vocablo ansiedad que proviene del latín anxietas, la Real Academia Española (2022) lo define como: “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo” (párr.1), esta definición es solapada con el término angustia, ya que ambos vocablos comparten raíz etimológica.

Angustia según la Real Academia Española (2001) es: 1.f. aflicción, congoja, ansiedad. 2.f. temor opresivo sin causa precisa (párr.1-2).

Sin embargo, buscar una diferencia entre ambos términos, sería comparar el uso de los términos entre distintas perspectivas teóricas, que probablemente se estén refiriendo al mismo fenómeno.

Ansiedad y angustia son los términos con los que existe una línea un poco más difícil de marcar en cuanto definiciones, a esto, se le suman otros términos con los que se asocia la ansiedad y se llegan a usar por la población como sinónimos.

2.3.2 Ansiedad y miedo

La ansiedad es de las sensaciones más frecuentes que tiene el ser humano, ésta es una emoción complicada y displacentera que se presenta acompañada de tensiones emocionales como de respuestas somáticas.

El miedo, al igual que la ansiedad es una respuesta del organismo ante el peligro con la diferencia de que el primero, es una respuesta inmediata ante una situación de peligro real y presente, que pone en juego la integridad del individuo provocando la activación del organismo para la acción de huida. Mientras que la ansiedad es ante situaciones futuras que pueden ser improbables o incontrolables.

De nuevo, se debe tener especial cuidado con las definiciones ante la lectura, ya que es probable que las definiciones varíen de acuerdo con cada autor.

2.3.3 Ansiedad y estrés

El estrés es un concepto que ha sido utilizado con demasiada libertad y con diversas conceptualizaciones dependiendo de la ciencia o rama que lo utilice. A pesar de esto, está relacionado con la ansiedad, ya que ambos términos generan respuestas somáticas similares en el organismo, que si se presentan por tiempos prolongados pueden poner en juego la salud.

Tal como se menciona: “El estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del organismo ante un estímulo (evento, objeto o persona) que interpretamos como amenazante o que pone en peligro, de algún modo, nuestra integridad tanto física, como psicológica o social.” (Rodríguez, 2008, p. 23).

Al seguir profundizando en la conceptualización de ambos términos se puede llegar a la idea de que pueden ser utilizados como sinónimos, sin embargo, hay que tener en cuenta que, en el estrés, el individuo es consciente del estímulo que lo pone en alerta provocando la respuesta del organismo para la adaptación, ya que dicho estímulo presente, supera sus capacidades actuales para poder hacerle frente, generando así un análisis de posibles conductas o respuestas

que el individuo puede hacer o no para su adaptación, sin embargo, como se mencionó anteriormente, una continua exposición situaciones o estímulos estresante puede tener consecuencias en la salud del individuo. Mientras que la ansiedad es, de igual forma una respuesta fisiológica y psicológica con la diferencia de que ésta se presenta ante algo no concreto, futuro, fuera del alcance en tiempo inmediato.

Se puede concluir en que el estrés prepara la adaptación para un estímulo ubicando en el tiempo de forma inmediata, mientras que la ansiedad prepara su adaptación para situaciones futuras.

2.4 Tipos de Ansiedad

El concepto de ansiedad hasta la actualidad es definido de diferentes formas, todo dependiendo de quien la mire o estudie. A pesar de eso, la ansiedad puede dividirse en tipos de la misma, dependiendo de las características específicas que presenta.

Biondi en 1989, hace referencia a la ansiedad y la ansiedad patológica, donde toma en cuenta: cuatro aspectos diferenciadores que pueden ayudar a distinguir una de otra y que se relacionan tanto con las causas como con los efectos de ansiedad (como se citó en Salaberría et al.; 1995, p. 71).

2.4.1 Ansiedad Normal

En la mayoría de las investigaciones se puede concebir a la ansiedad como algo negativo, sin embargo, no es siempre de esta forma. La ansiedad al igual que el estrés puede presentarse como una respuesta adaptativa.

Para Rodríguez (2008) la ansiedad adaptativa tiene una función. Esta función no es otra que la de actuar como mecanismo de atención, alerta, preparación y protección frente al peligro. Es decir, se trata de una reacción que prepara o activa al organismo para dar respuesta y solución a las demandas de la situación que evaluamos como potencialmente peligrosa. En este sentido destacamos que la ansiedad (su componente de activación), por sí misma, no es una reacción negativa o necesariamente patológica, sino más bien todo lo contrario: cumpliría una función esencial para la supervivencia del individuo, como mecanismo clave de alerta y preparación ante posibles peligros, amenazas o exigencias ambientales, facilitando una serie de recursos excepcionales para un afrontamiento rápido, ajustado y eficaz en situaciones límite. (p.24)

2.4.2 Ansiedad Como Rasgo de la Personalidad

Este tipo de ansiedad es abarcado con más detalle por Spielberger en 1972, si bien tuvo influencia por Cattell, Spielberger es quien sienta las bases principales de su teoría estado-proceso-rasgo. De esta manera: “sitúa el tercer componente de su modelo: la ansiedad-rasgo. Esta es conceptualizada como aquellas diferencias individuales estables en la tendencia a interpretar como peligrosas un amplio espectro de situaciones y a responder a ellas con elevaciones de la ansiedad- estado” (como se citó en Ansorena et al, 1983, p. 37).

2.4.3 Ansiedad Patológica

Así como existe la ansiedad adaptativa, esta su opuesto, la vertiente patológica, una respuesta desadaptativa que puede desencadenar la presencia de un trastorno psicológico que puede llegar a ser altamente incapacitante. Esta respuesta desadaptativa presenta características como ser desproporcionada o injustificada ante las situaciones o estímulos que la desencadenan, escapa del control de la persona afectada e interferirá negativamente en diferentes ámbitos del individuo.

Dicho de otra forma, según Ey et al. (1996): la angustia patológica, es diferente de esta angustia normal en varios puntos fundamentales. I.° Es anacrónica en el sentido de que hace revivir situaciones pasadas y dejadas atrás. 1." Es fantasmagórica en el sentido de que está engendrada no por la situación real del Yo en su mundo real, sino por la representación imaginaria de un conflicto inconsciente. 3.° Es "estereotipada" o repetitiva, es decir está enraizada en el carácter mismo del individuo (s.p.).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM V, 2014), existe una clasificación específica para los trastornos de ansiedad; a continuación, se analizan.

2.4.3.1 Trastorno de Ansiedad Por Separación.

Como su nombre lo indica, este trastorno es el “miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5], 2014, p.190).

No se debe olvidar que existen periodos de ansiedad elevada ante la separación de las figuras de apego que forman parte normal del desarrollo, lo que puede afectar tanto a niños, adolescentes e incluso adultos.

2.4.3.2 Mutismo Selectivo.

La esencia de este trastorno se observa cuando existe un "fracaso constante para hablar en situaciones sociales especificas en las que existe expectativa por hablar (por ejemplo, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones" (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5], 2014, p.195).

Se limita únicamente a niños y conforme van creciendo, va causando más deterioro a nivel académico y en el ámbito social.

2.4.3.3 Fobias Especificas.

Este trastorno, nos da entender por su nombre, que el miedo o ansiedad intensa sucede únicamente cuando un estímulo especifico se presenta en el ambiente. Estos estímulos pueden ser animales, entorno natural, sangre, inyección, herida, situacional, entre otros tipos. Puede afectar a niños, adolescentes y adultos.

2.4.3.4 Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social).

Este trastorno gira entorno a la ansiedad intensa que generan las situaciones sociales en las que el individuo puede ser sometido a posibles evaluaciones por parte de las personas. "Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras

personas”. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5], 2014, p. 202).

Lo pueden padecer individuos de todas las edades.

2.4.3.5 Trastorno de Pánico.

Este trastorno se caracteriza por la aparición súbita de un miedo intenso o malestar intenso, que ocurre en cuestión de minutos y durante este tiempo presenta algunos síntomas como palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de dificultad para respirar, miedo a perder el control o miedo a morir, entre otros.

La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5], 2014, p. 208).

2.4.3.6 Especificador del Ataque de Pánico.

Los síntomas son los mismos que en el trastorno de pánico, la diferencia es que el especificador del ataque de pánico se puede presentar en cualquier otro trastorno mental, por ejemplo, trastornos depresivos, afecciones médicas y cualquier trastorno de ansiedad.

2.4.3.7 Agorafobia.

La agorafobia es un miedo o ansiedad intensa que se presenta en dos o más de las siguientes situaciones: uso de transporte público (desde un automóvil hasta barcos y aviones), el estar en espacios abiertos o estar en sitios cerrados, estar haciendo cola o en medio de una multitud, y estar fuera de casa solo.

“El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazos” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5], 2014, p. 217).

2.4.3.8 Trastorno de Ansiedad Generalizada.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva, acerca de acontecimientos, dichas molestias son excesivas a la probabilidad real del impacto negativo que las actividades o acontecimientos pueden causar.

Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma, interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todos los días acerca de circunstancias rutinarias de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos de menor importancia (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5], 2014, p.222).

Otras características que están asociadas al diagnóstico son la tensión muscular que puede provocar, a su vez temblores, contracciones nerviosas, molestias musculares. La mayoría de las personas que sufren de esto trastorno sufren síntomas somáticos como la sudoración, náuseas y diarrea. Algunos síntomas de hiperactividad como el ritmo cardiaco acelerado, dificultad para respirar, sin embargo, estos son más elevados en otros trastornos de ansiedad. “Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (p. ej., síndrome del intestino irritable, dolores de

cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada" (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5], 2014, p.223).

2.4.3.9 Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias/Medicamentos.

Este trastorno se presenta exclusivamente después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o algún medicamento, el principal síntoma de ansiedad son ataques de pánico o ansiedad. Se puede comprobar a través de la historia clínica o análisis de laboratorio.

Algunas de las sustancias asociadas a este trastorno son: el alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina, alucinógenos, inhalantes, estimulantes, etc.

2.4.3.10 Trastorno de Ansiedad Debido a Otra Afección Medica.

La presencia de este trastorno de ansiedad se debe a otra afección médica. "Es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el enfoque fisiológico de una enfermedad orgánica" (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5], 2014, p.230).

2.4.3.11 Otro Trastorno de Ansiedad Especificado.

Esta categoría se aplica a situaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM 5], 2014, p.233).

2.4.3.12 Otro Trastorno de Ansiedad No Especificado.

Este trastorno se aplica en la misma presentación que el anterior, sin embargo, en este, el médico opta por no especificar la razón por la cual no cumple con algún trastorno de ansiedad especifico, en esta categoría también se aplica para aquellas presentaciones en las cuales no hay suficiente información para hacer un diagnóstico especifico como en el servicio de urgencias.

2.5 La Ansiedad Desde la Perspectiva de Diferentes Enfoques

A continuación, se presentan diferentes enfoques en los que se engloban diferentes autores son sus respectivas teorías acerca de la ansiedad.

2.5.1 Enfoque Psicofisiológico

Este enfoque propone estudiar mediante el registro y análisis de las respuestas fisiológicas los procesos psicológicos que están detrás de las conductas del ser humano.

2.5.1.1 Teoría de la Emoción de William James.

Esta teoría impulsada por William James en 1884, propone que las emociones se deben a cambios en el cuerpo, que fueron provocados por un hecho especifico desencadenante. En sus palabras, “el sistema nervioso de todo ser vivo no es más que un conjunto de predisposiciones para reaccionar de formas particulares al contacto de características particulares del entorno.” (James, 1884, p. 190).

Este autor da importancia a los cambios motivados por el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso somático, negando así que existan puntos cerebrales especiales para la emoción.

“Un objeto relacionado con un órgano sensorial produce la apercepción del objeto a través del centro cortical apropiado y esta percepción es la idea del objeto simplemente aprehendido” (Cano y Aguirregabiria, 1989, p. 250).

Afirmaba que algunas emociones estaban estrechamente vinculadas con ciertas pautas viscerales específicas, pero no eran limitadas a estas. Como consideraba al sistema nervioso el causante de las reacciones, las emociones para él también eran una forma de anticipaciones nerviosas, por supuesto siempre que éstas fueran provocadas directamente por la percepción de ciertos hechos.

Para él, las emociones, al quitarle todas las respuestas fisiológicas, quedaba solamente cognición, sin sentimiento alguno, no podía existir la emoción si algún sentimiento corporal. Sin embargo, ante ideas de vergüenza, deseo, arrepentimiento, etc., comentaba que primero tenían que ser incorporadas por educación y asociación a estos objetos que provocarían los cambios corporales.

James (1884) menciona que: en estos casos los cambios corporales siguen a las ideas, en lugar darlas a ellas, y justificaba este fallo en su teoría con el conocido principio evolutivo de que cuando una cierta potencia se ha fijado una vez en un animal en virtud de su utilidad en presencia de ciertas características del entorno, puede resultar útil en presencia de otras características del medio ambiente que originalmente no tenía nada que ver ni con su producción ni con su preservación. Una tendencia nerviosa a descargar una vez allí, todo tipo de imprevistos pueden apretar el gatillo y desencadenar los efectos (p. 195).

Creía que al momento de que el individuo tomaba conciencia de las actitudes de las otras personas hacia él, afloraba la vergüenza, las indignaciones y el miedo. La alta capacidad de

percibir esta conciencia daba inicio a las modificaciones corporales producidas en el individuo por la percepción de que el resto se fija en él. Según él, se pueden hacer patológicas ya que el sistema es tan poco estable que cualquier estímulo inapropiado hará que el cuerpo reaccione y se vuelva patológico. El "miedo escénico" es sólo el grado extremo de esa conciencia personal que considera irracional y que todo el mundo adquiere en diferente medida.

2.5.1.2 Teoría de Carl Georg Lange.

Lange en 1922 desarrolló una teoría parecida a la de James; de igual forma buscaba dar una explicación fisiológica a las emociones, ya que decía que no se le podía dar una explicación científica si a las emociones se les trataba desde lo subjetivo. Buscaba “La relación de las emociones con las condiciones corporales (a menudo patológicas); y si es posible determinar esta relación por medio de un método fisiológico más preciso” (Lange & James, 1922 p.34).

Lange en el mismo año propuso que toda experiencia emocional tenía un patrón especifico de respuesta, dándole al sistema vasomotor el papel de activar la emoción.

Delimitó el dolor, alegría, ira y miedo dentro de la categoría emociones; mientras que el amor, odio, y el desprecio, los refería como pasiones o sentimientos, siendo estas últimas, desde su punto de vista, incapaces de ser observables y cuantificables para ser comprobadas científicamente.

Desde la perspectiva de esta teoría el “miedo” se relacionaría con la ansiedad, donde las reacciones de ahogo que tiene los individuos ante el miedo, es una de las sintomatologías que se encuentran en el DSM V para algunos los trastornos de ansiedad.

2.5.1.3 Teoría Central de las Emociones de Walter Bradford Cannon.

Cannon (1914, 1919, 1931, 1932) por su parte, atribuye las respuestas al sistema nervioso central, él se enfocaba en la expresión o la respuesta emocional. Desde su punto de vista la respuesta emocional estaba acompañada de una alta activación de un estado fisiológico cuyo propósito era preparar al organismo para actuar en las situaciones de supervivencia. Esta respuesta de lucha-huida era generada por las ramas simpática y parasimpática del sistema nervioso central. Esta respuesta era la misma para las distintas emociones, simplemente variaba la intensidad con la que se expresaban (como se citó en Palmero,1996).

Concretamente, para Cannon, la activación de las neuronas talámicas tiene dos funciones: por una parte, activar los músculos y las vísceras, y, por otra parte, enviar un feedback informativo hacia la corteza. Por esa razón, la experiencia emocional y los cambios corporales ocurren prácticamente al mismo tiempo (Como se citó en Palmero,1996, p.64).

Dicho de otra forma, a diferencia de James y Lange, que decían que las respuestas fisiológicas se originaban primero y de estas surgían las emociones. Cannon argumenta que el inicio de las emociones depende de una serie de eventos que empieza con un estímulo ambiental sobre los receptores, ellos envían la estimulación, a través del tálamo, hasta la corteza y esta, estimula de nuevo al tálamo, que actúa según patrones particulares de expresión emocional.

Actualmente se sabe que más allá de la simultaneidad de estos procesos, en sí la interacción de todos estos mecanismos es lo que provoca las respuesta fisiológicas y emocionales. Sin embargo, no se debe olvidar que, cada corriente pretende dar una explicación desde su perspectiva.

2.5.2 Enfoque Psicodinámico

El enfoque psicodinámico, comprendió la ansiedad en torno a un análisis de lo que sucedía dentro de la mente, a través del método introspectivo ya que algunos detalles del comportamiento, podían ser analizados con facilidad, mientras que otros necesitan un análisis más profundo. La mayoría de los teóricos de este enfoque se centraban en los traumas o conflictos internos con los que los pacientes o individuos luchan constantemente.

2.5.2.1 Sigmund Freud.

Durante toda su vida, la angustia fue uno de los temas a los que más le dedico tiempo, y por ende a través del tiempo, sus puntos de vista iban modificándose.

Entre los años 1916 y 1917, postuló que la acumulación de excitación era originada por una represión de un impulso inaceptable que intentaba ser consciente. En este momento hacía referencia a la ansiedad como una respuesta interna que avisaba de un peligro y se originaba por el nacimiento, en el, se produjeron sensaciones displacenteras, como la falta de oxígeno, que Freud consideró parte de las sensaciones que se tienen en la angustia y se convirtió en modelo para los efectos de un peligro mortal. Este para él, era el origen de la angustia realista.

La angustia realista aparece como algo muy racional y comprensible, Freud (1975) menciona que: es una reacción frente a la percepción de un peligro exterior, es decir, de un daño esperado, previsto; va unida al reflejo de la huida, y es lícito ver en ella una manifestación de la pulsión de autoconservación. Las oportunidades en que se presente la angustia (es decir, frente a qué objetos y en qué situaciones) dependerán en buena parte, como es natural, del estado de nuestro saber y de nuestro sentimiento de poder respecto del mundo exterior (p. 358).

Mientras que la ansiedad neurótica, la menciona como “angustia expectante” o “expectativa angustiada”. En esta angustia, las personas prevén, entre las posibilidades, siempre la más desastrosa, cualquier incertidumbre los hace sentir una angustia desproporcionada, esta tenía su origen en la insatisfacción sexual. De esta, Freud en 1975 las divide en tres categorías, a expectante que la relaciona con la neurosis de angustia, la segunda es las fobias, determinada a un objeto o situación en la que sí se puede relacionar con peligro, pero la reacción de angustia es desmedida. Y el tercero, como una angustia de histeria y otras formas de neurosis graves, en estas la angustia ser como síntoma o surgir de forma independiente como ataque. Esta última categoría la atribuye a las represiones de la libido.

2.5.2.2 Melanie Klein Truts.

Para Klein (1923) la ansiedad provenía de la pulsión de la muerte, presente desde el nacimiento, prototipo de toda angustia; en otras palabras, el miedo a la muerte, también incluía el miedo a la castración por sus deseos libidinales, estos también fomentaban la angustia, que podía ser controlada por la inhibición.

Por consiguiente, la inhibición implicaría que cierta cantidad de ansiedad ha sido incorporada por una tendencia yoica que ya ha tenido una catexia libidinal [1]previa. La base de una represión satisfactoria sería entonces la catexia libidinal de los instintos del yo, acompañada en este doble camino por la inhibición como resultado (Klein, 2008, p. 92).

Conceptualizó las ansiedades predominantes, que existían como respuesta a los instintos de muerte, estas podían ser paranoide o depresiva. Esta misma autora, sugiere que los niños están

[1] Relaciones afectivo-sexuales de la persona

en un círculo de proyección e introyección para hacer frente a las experiencias, en esta etapa los niños tomaban objetos como bueno y malos, siendo los malos los perseguidores de muerte que podrían causar la destrucción del yo, provocando reacciones agresivas en el niño, que a su vez causaban ansiedad al tener la pulsión de muerte presente. Posteriormente está la posición depresiva, en esta se empieza considerar o aceptar que el mismo objeto puede ser odiado y amado, así la ansiedad empieza a buscar el bienestar y la supervivencia del otro como objeto total y no dividido como en la posición paranoide, por lo que ahora la causa de la ansiedad es el daño que el niño con sus impulsos agresivos le causa al objeto amado y busca su bienestar.

2.5.2.3 Donald Woods Winnicott.

En 1960 Donald Woods Winnicott, se inclinó por el miedo a la desintegración y la aniquilación. Esta situación sucedía en las primeras etapas de la relación del infante y sus progenitores, cuando el infante apenas comenzaba a percibirse como una persona independiente. “En estas primeras etapas de la relación progenitores-infante, la angustia está relacionada con la amenaza de aniquilación (Winnicott, 1965, p.61). En términos más sencillos, según Winnicott, cuando en un ambiente temprano de una dependencia vital para el infante había fallos que, en vez de causar una integración, existía una aniquilación; por lo tanto, el infante reaccionaba con ansiedad a los estímulos externos de dicho fallo y a las pulsiones, que se volvían intrusivos y traumáticos.

Sin embargo, también consideraba que dentro de los traumas existía algo normal, y esta función la desempeñaba nadie más que la madre, ella, periódicamente se encontraba traumatizando con la finalidad de una adaptación a la realidad, para que así, él bebe logre pasar de la dependencia a la independencia, esto, no se desencadenaba en un trauma por la percepción

que la madre tenía de la capacidad de su hijo, operando de forma adecuada y evitando los fallos y el miedo a la aniquilación.

2.5.3 Enfoque experimental motivacional

Este enfoque surgió como una alternativa a lo introspectivo y psicodinámico. Se enfocó en conductas observables y la relación que mantienen con el entorno a través del aprendizaje.

2.5.3.1 John Broadus Watson.

para Watson (1979), las emociones, pensamientos, afectos, expectativas, etc., eran patrones hereditarios de reacción, de cambios fisiológicos que se producían por el sistema visceral y glandular; para él, todo lo anteriormente mencionado era producto de una reacción al entorno.

"La raza humana existe desde hace cientos de miles de años; durante ese tiempo, hemos conseguido recoger gran número de datos sobre el efecto que diversos estímulos producen en la conducta humana" (Watson y McDougall, 1947, p. 44).

En el mismo año, Watson dividió el miedo en dos grupos, los adquiridos y los innatos; el primer grupo, como su nombre lo dice, son aquellos miedos que se aprenden por las experiencias de la vida, que de igual forma conforme avanza el tiempo, pueden evolucionar o desaparecer. El segundo grupo, son hereditarios, inconscientes y sirven para la supervivencia humana.

Se puede definir el miedo, como: el estado de pánico que se apodera del hombre primitivo cuando las ramas de los árboles se quiebran y caen alrededor suyo; al retumbar el trueno o producirse otros ruidos ensordecedores en su proximidad, tiene en estos casos evidente base genética (Watson y McDougall, 1947, p. 181).

Mediante trabajos de condicionamiento, se entendió que las fobias son una respuesta emocional condicionada ante una situación que antes era neutral, pero es asociada con un evento desagradable.

2.5.3.2 Burrhus Frederic Skinner.

Skinner en 1971 relacionaba la conducta del sujeto con el ambiente en el que se desenvolvía menciona que toda la conducta está controlada por sus consecuencias (condicionamiento instrumental), que éstas podían ser negativas o positivas y así actuaban como reforzadores. En el segundo caso, provocaba que la repuesta se repitiera con frecuencia; mientras que, en el primer caso, podía llegar a presentar repuestas de evitación para no tener la consecuencia aversiva; ya que, para él, un reforzador negativo no suprimía la repuesta o conducta emocional, si no que, esta provocaba una nueva, que tenía como finalidad evitar o controlar la consecuencia aversiva.

Para que se pueda entender como Skinner ve la ansiedad, primero tenemos que tener en cuenta la definición de emoción, la cual es “un estado particular de fuerza o debilidad de una o más respuestas, inducido por cualquier procedimiento de una clase determinada” (Skinner, 1971, p. 161).

Dicho esto, cuando se presenta un estímulo que se sabe, después de este viene un refuerzo negativo intenso, éste provoca varias conductas observables en el sujeto, que pretenden disminuir la amenaza, dichas conductas también producen respuestas emotivas. “Sin embargo, solamente pueden manifestarse cuando un estímulo precede de manera característica a un estímulo aversivo con un intervalo de tiempo lo suficiente grande para permitir observar cambio en la conducta. La circunstancia resultante se llama generalmente ansiedad.” (Skinner,1971, p.171).

La ansiedad para Skinner era un caso especial de emoción, decía que se tomaba como estado de ansiedad la misma causa de esta, sin embargo, para él, este término era simplemente una forma de clasificar una conducta que “indica un conjunto de predisposiciones emotivas atribuidas a una circunstancia especial” (Skinner,1971, p.173).

2.5.3.3 Teoría bifactorial de Orval Hobart Mower.

La Teoría bifactorial, se basa inicialmente tanto en el condicionamiento clásico e instrumental.

Mowrer en1947 presenta por primera vez la «teoría bifactorial». De acuerdo con los resultados de sus investigaciones posteriores, transformé y mejoró su modelo, presentando en 1956 su segunda versión de la teoría bifactorial. La formulación más reciente de su teoría, otra vez corregida, es de 1960 (Como se citó en Haseloff & Jorswieck, 2020, s.p.).

Volviendo a su teoría, reconoció entonces la existencia de dos procesos, el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad. La primera, relacionada con el conductismo clásico, que explica su origen y motivación para evitar estímulos terroríficos. El segundo es el componente instrumental, que reduce la ansiedad y explica el mantenimiento de las respuestas de evitación que impiden el peligro o la posible extensión que el sujeto percibe ante el estímulo temido.

2.5.3.4 Michael William Eysenck y la teoría de la incubación.

La que propone Eysenck, que lleva por nombre: Teoría de incubación, está basada en el modelo del condicionamiento clásico. Se le puede encontrar tanto como teoría o modelo.

Dicho modelo, ha sido postulado por Eysenck (1979,1985), se basa en una reformulación de la ley de extinción del condicionamiento pavloviano (como se citó en Chorot, 1991, p. 436).

Con esta teoría explica que las respuestas fóbicas, bajo ciertas condiciones podían incrementar en intensidad o mantener las respuestas condicionadas sin llegar a la extinción de las mismas. Para que esto sucediera, la frecuencia con la que se presentara el estímulo incondicionado tendría que ser regular o en de preferencia elevado y la duración de la presencia del estímulo corto. Mientras que, si sucedía lo contrario, el tiempo en el que se presentaba el estímulo era largo y su frecuencia corta, los niveles de ansiedad podían ir disminuyendo la respuesta al estímulo.

Eysenck también tuvo un aporte en relación a la ansiedad con lo cognitivo. En uno de sus artículos Eysenck presenta una extensión de su teoría de la eficiencia de procesamiento en 1992 propuesta por él y Manuel G. Calvo. En esta teoría ambos autores toman en cuenta las ideas de Spielberger sobre rasgo de ansiedad en la personalidad, donde menciona que las personas con este rasgo son más propensas a reaccionar con ansiedad antes las circunstancias.

Continuando con Eysenck, su teoría se basa en dos ideas principales. En primer lugar, la preocupación es el componente del estado de ansiedad responsable de los efectos de la ansiedad sobre la eficacia y la eficiencia del desempeño. El segundo supuesto se refiere a los mecanismos y componentes de la memoria de trabajo afectados por la ansiedad. (Eysenck et al; 2007, p. 337) Ya que la preocupación afectaría el rendimiento en el proceso de información y autorregulación, así como en el ensayo y almacenamiento de información verbal.

2.5.3.5 Martin Elias Pete Seligman y la Teoría de la preparación.

Aunque seguía el mismo enfoque que los autores ya mencionados, el punto de vista de Seligman variaba en opinión con el condicionamiento de la ansiedad. Por lo tanto, propuso la Teoría de la preparación.

En 1971, señaló que las fobias son resistentes a la extinción; que pueden ser condicionadas en el laboratorio en un solo ensayo; y que el conjunto de eventos potencialmente fóbicos tiende a restringirse a un número limitado de estímulos, los cuales están relacionados a la supervivencia de la especie humana, a través del largo curso evolutivo. (Como se citó en Benítez 2005, p.78). En otras palabras, esta teoría proponía que existía ya una predisposición genética para condicionar más rápido ciertos estímulos que otros y que por esta misma predisposición genética otros estímulos tenían cierta resistencia.

2.5.3.6 Joseph Wolpe.

Dicho autor se interesó en el aprendizaje de las fobias y la ansiedad; para él, existían miedos normales y neuróticos, ambos miedos podían ser adquiridos mediante condicionamiento clásico o información. La diferencia entre ambos es que el apropiado o normal es presentado ante situaciones- estímulo que efectivamente es un peligro, mientras que cuando no sea así, el miedo es neurótico.

Consideraba el entrenamiento en asertividad uno de los principales tratamientos para la ansiedad. Este principio consistía en presentar los estímulos condicionados de miedo con una respuesta que no fuera compatible con la respuesta original al estímulo. “El entrenamiento en asertividad se usa principalmente para descondicionar hábitos inadaptables de respuesta de ansiedad hacia la conducta de otras personas, explotando la expresión apropiada de otras

emociones que dichas personas evocan" (Wolpe, 2007, p. 130). Resulto ser factible para sujetos con síntomas de ansiedad, en cuestiones sociales, pero no fue efectivo con las fobias.

Para las fobias creó un protocolo llamado: desensibilización sistemática. Al paciente se le induce un estado fisiológico inhibitorio de la ansiedad, por medio de la relajación muscular. A continuación, se le presenta un estímulo que provoca débilmente la ansiedad por unos pocos segundos. La repetida presentación del estímulo hace que este pierda progresivamente su capacidad para evocar ansiedad. Sigue la presentación sucesiva de estímulos cada vez más fuertes mediante un tratamiento similar. (Wolpe, 2007, p. 145). Esta desensibilización solo se puede utilizar para aquellos miedos que ocurren ante situaciones donde no se puede presentar una manipulación.

2.5.3.7 Albert Bandura y Richard H. Walters.

En 1974 Bandura y Richard, si bien, estaban de acuerdo con las teorías conductistas, ellos diferían en el punto de respuestas nuevas que no han sido reforzadas en el sujeto, por eso, ellos propusieron el modelado en base al aprendizaje imitativo u observacional.

Puesto que la producción y el mantenimiento de la conducta imitativa dependen mucho de las consecuencias de la respuesta para el modelo, una teoría adecuada del aprendizaje social debe dar cuenta también del papel del refuerzo vicario, por el cual se modifica la conducta de un observador en virtud del refuerzo administrado al modelo. Puesto que la producción y el mantenimiento de la conducta imitativa dependen mucho de las consecuencias de la respuesta para el modelo, una teoría adecuada del aprendizaje social debe dar cuenta también del papel del refuerzo vicario, por el cual se modifica la conducta de un observador en virtud del refuerzo administrado al modelo (Bandura y Walters, 1974, p. 9).

Cabe aclarar que él no se negaba a la adquisición de las fobias mediante el condicionamiento clásico, al contrario, él solo ampliaba el panorama para aquellas fobias dentro de las cuales no se apreciaba un refuerzo al sujeto que presentaba la conducta de miedo o fóbica.

2.5.4 Enfoque Psicométrico Factorial

En este enfoque, la principal característica, es el uso de la psicometría. Con el caso de la ansiedad, buscaba crear modelos teóricos en los que se pudiera establecer relaciones existentes entre la ansiedad y variables de la personalidad.

2.5.4.1 James McKeen Cattell.

Como se menciona anteriormente, este tipo de enfoque buscaba medir y relacionar la ansiedad, y Cattell fue de los primeros en intentar medir la ansiedad.

En su obra de 1961 “El significado y medida de neuroticismo y ansiedad” (citado en de Ansorena et al; 1983) destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado. El factor ansiedad estado se encuentra caracterizado por la aparición de una serie de respuestas altamente correlacionados y que, tomadas en conjunto, definen lo que, en teóricos anteriores a él, han dominado “ansiedad”. Tal aparición se produce en un momento del tiempo y es medible mediante diversos procedimientos que Cattell ha señalado, aunque por motivos prácticos se inclina por el empleo de cuestionarios. Cuando el estado ansiedad se hace consistente a lo largo del tiempo, conforma lo que Cattell domina “ansiedad rasgo” y se constituye en uno de los factores integrantes de la personalidad del sujeto (como se citó en Ansorena et al., 1983, p.35).

Así pues, con lo presentado por Cattell, se concibió una ansiedad que se hace permanente en el tiempo y llega a ser parte de la personalidad del individuo.

2.5.4.2 Charles Donald Spielberger.

Spielberger en 1972 siguió con el pensamiento de Cattell, pero con un énfasis en la relación ansiedad estado y ansiedad rasgo de lo que Cattell llegaba a considerar. Hackfort y Spielberger en 1989: postulan que, “en caso de ansiedad-rasgo elevada, se produce un más rápido aumento de la ansiedad-estado” (citado en Ries et al., 2012, p. 10).

En otras palabras, es importe tener en cuenta que la interacción entre los dos tipos de ansiedad y así poder concebir por qué la ansiedad-estado, puede variar de intensidad de un individuo a otro, aunque la situación a la que están siendo expuestos sea la misma; así como individualmente, cada individuo responde con ansiedad a ciertas situaciones y en otras no.

2.5.5 Enfoque Cognitivo Conductual

Este enfoque, como su nombre lo dice, va dirigido a las variantes cognitivas que desarrollan y mantienen la ansiedad.

2.5.5.1 Bandura

A pesar de que este autor ya ha sido mencionado en otro enfoque, también tuvo aproximaciones con el enfoque cognitivo conductual.

Bandura (1974, 1977, 1982) fue el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual, postulando a través de la teoría del aprendizaje social, que las acciones estaban

reguladas por las expectativas del sujeto. Distinguió entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado. Las primeras referían a las creencias sobre la propia capacidad para llevar a cabo ciertas conductas de forma exitosa, y las segundas, a las estimaciones sobre el resultado que podían provocar determinadas conductas. A partir de la información resultante, se realizaba una nueva evaluación - reevaluación- del entorno y del individuo, la cual podía eliminar o aumentar la valoración previa. Entendió la ansiedad como un estado subjetivo producto de la evaluación y reevaluación de estímulos internos y externos, cuyo resultado determinaba el tipo, intensidad y persistencia de la experiencia emocional (citado en Díaz y De la Iglesia, 2019, p. 46).

2.5.5.2 David A. Clark y Aaron T. Beck

Si bien estos autores le dan importancia el proceso cognitivo, no descartan las respuestas fisiológicas, ni los estímulos que son percibidos como amenazas o peligro para la integridad del individuo simplemente agregan a todo esto, el pensamiento o procesamiento de información y le dan a este el papel principal del desencadenamiento de la ansiedad. Clark y otros en 1999, han definido el “proceso de información” como: “las estructuras, procesos y productos implicados en la representación y transformación del significado basado en datos sensoriales derivados del contexto externo e interno” (Citado en Clark y Beck, 2012, p. 71).

Otro punto importante para el modelo que desarrollan es la perspectiva que ellos ven en la ansiedad, optan por centrarlo en el concepto de vulnerabilidad, que se puede definir como la percepción que tiene el sujeto de sí mismo ante los peligros de los que carece de control o uno insuficiente que no le genera la sensación de seguridad.

Entonces, “El modelo cognitivo de la ansiedad se enraíza en una perspectiva de procesamiento de información, según la cual la perturbación emocional se produce a consecuencia de un funcionamiento excesivo o deficitario del aparato cognitivo” (Clark y Beck, 2012, p.71),

Con todo lo anterior, es común que en la mayoría de los casos, las personas atribuyan la ansiedad a las situaciones y no a los pensamientos que llegan a tener ante la situación, sobre todo en episodios o circunstancias donde la ansiedad es aguda.

2.5.5.3 Peter J. Lang

Para Lang (1968), la ansiedad se conceptualiza como un fenómeno complejo y multifacético con sistemas de respuesta subjetivos, conductuales y fisiológicos relativamente independientes. Ninguno de los referentes se considera primario para el complejo de respuesta de ansiedad y se presume que ningún sistema de respuesta individual tiene una influencia controladora sobre los demás. Por lo tanto, cada sistema de respuesta se considera potencialmente importante para medir las respuestas de ansiedad (citado en Lawyer & Smitherman, 2004, p. 101).

Con base a lo anterior, Lang desarrolla la Teoría tridimensional de la ansiedad en 1968, donde considera que en la respuesta de ansiedad participan los sistemas de respuesta motor o de conducta, fisiológicos y cognitivos, sin embargo, no los consideraba unitarios y que incluso existía una discordancia entre los sistemas mencionados, lo que explicaría los diversos tipos de respuesta entre individuos al igual que los cambios en diferentes momentos.

Al mismo tiempo durante el mismo año de 1968, desarrolló la Teoría bio informacional con un enfoque más hacia las fobias. Sostiene que toda la información es codificada en el cerebro de manera abstracta y uniforme, incluso las imágenes (es decir, rechaza la idea comúnmente aceptada de que éstas son representadas en el cerebro de forma icónica o análoga). Las imágenes no son representaciones sensoriales sino estructuras proposicionales que, en consecuencia, pueden incluir características semánticas asociadas con los estímulos, por ejemplo: "volar en avión es peligroso". (citado en Oblitas, 2010, p. 193).

Dicho de otra forma, un poco más sencilla. La memoria emocional tiene tres tipos de información sobre los estímulos. Estos son: de acuerdo a sus características de los estímulos, las respuestas asociadas a los estímulos y probabilidad del estímulo junto con las consecuencias de las respuestas asociadas a ellos.

Así pues, se agrupan en la memoria y se forman una especie de programas afectivos, pues producen una cierta expresión afectiva cuando se activa un número suficiente de proposiciones de una red.

2.6 Salud Mental en el Trabajo

En la actualidad se le toma mayor importancia al bienestar mental de los trabajadores, ya que, en la mayoría de las instituciones, los empleados, son esenciales para la productividad y competencia. Por lo tanto, se tiene que tener en cuenta, cuáles son las amenazas o riesgos para la salud mental de las personas que laboran en la institución.

2.6.1 Concepto de Salud Mental

Para poder entender con claridad las amenazas a la que se enfrenta la salud mental de los trabadores, es necesario definirla.

La OMS (2022) considera que la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. (parr. 1).

Al igual que con el concepto del primer tema, no existe una definición bien delimitada y la mayoría de las ocasiones el concepto depende de la cultura o desde qué perspectiva se esté abordando. Para esta investigación, el concepto que, es considerado el mejor por su fácil comprensión, es el siguiente:

Korkeila y cols., (2006), recogido por Guimón la define como “el conjunto de capacidades esenciales para el bienestar general, para nuestra capacidad de percibir, comprender e interpretar nuestro entorno, adaptarnos a él y saber cambiarlo si es necesario, así como para comunicarse con los demás” (como se citó en Observatorio Vasco De Acoso Moral, 2012, p. 121).

2.6.2 Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Las normas oficiales mexicanas son emitidas por la Secretaría de trabajo y previsión social, con el objetivo de establecer condiciones mínimas en referencia a seguridad, salud y

medio ambiente de trabajo para los empleados, y así prevenir accidentes y enfermedades laborales. Cuenta con 44 normas oficiales para su cumplimiento en los lugares de trabajo.

Para la presente investigación, nos enfocaremos solamente en la NOM-035-STPS-2018.

2.6.2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018.

La NOM-035 se debe de aplicar en todo el territorio mexicano y en todos los centros de trabajo. Tiene como objetivo "establecer los elementos para identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial, así como para promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo" (Gobierno de México, 2019, parr.3).

2.6.2.2 Concepto de Factores de Riesgo Psicosocial Según la STPS.

Se considera importante tener en claro, lo que esta norma llama riesgos psicosociales, pues para esta investigación, resulta muy importante.

Se entiende por factores de riesgo psicosociales: Aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo desarrollado.

Comprenden las condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente de trabajo; las cargas de trabajo cuando exceden la capacidad del trabajador; la falta de control sobre el trabajo (posibilidad de influir en la organización y desarrollo del trabajo cuando el proceso lo permite); las jornadas de trabajo superiores a las previstas en la Ley Federal del Trabajo, rotación de turnos

que incluyan turno nocturno y turno nocturno sin períodos de recuperación y descanso; interferencia en la relación trabajo-familia, y el liderazgo negativo y las relaciones negativas en el trabajo. (SEGOB, 2018, parr. 18).

2.6.2.3 Aspectos a Considerar para la Aplicación de la NOM-035.

Es importante que el patrón a la hora de analizar e identificar los factores de riesgo tenga en cuenta los siguientes aspectos o conceptos:

a) Las condiciones en el ambiente de trabajo. Se refieren al lugar de trabajo, que pasa a considerar como riesgo si, bajo ciertas circunstancias se exige un esfuerzo adicional de adaptación por parte del trabajador.

b) Las cargas de trabajo. Estas son las exigencias que el trabajo impone al trabajador y superan la capacidad de este; pueden ser, desde cuantitativas, cognitivas o mentales, emocionales, de responsabilidad, así como cargas contradictorias.

c) La falta de control sobre el trabajo. Este hace referencia a la posibilidad que tiene el trabajador para contribuir y tomar decisiones en la realización de sus propias actividades. Aspectos como la iniciativa y autonomía, uso y desarrollo de habilidades y conocimientos, participación y manejo del cambio, son pautas que dan al trabajador la posibilidad de influir sobre su trabajo. Si estos elementos son inexistentes o escasos, se convierten en un factor de riesgo. Sin embargo, sólo aplica en aquellos procesos o actividades en los que se requieren toma de decisiones y el trabajador cuenta con conocimientos y experiencia necesaria.

d) Las jornadas de trabajo y rotación de turnos que exceden lo establecido en la Ley Federal del Trabajo. Este riesgo se enfoca en una exigencia de tiempo laboral que se le pide al trabajador

en términos de la duración y horario de la jornada, como, extensas jornadas, con frecuente rotación de turnos o turnos nocturnos, sin pausas y descansos periódicos claramente establecidos.

e) Interferencia en la relación trabajo-familia. Este se considera riesgo, cuando de manera recurrente se tienen que atender responsabilidades del trabajo durante el tiempo que es dedicado a la esfera familiar y personal, o se tiene que laborar fuera del horario de trabajo.

f) Liderazgo negativo y relaciones negativas en el trabajo:

1) El liderazgo negativo hace referencia al tipo de relación que se establece entre el patrón o, sus representantes y los trabajadores, dicha relación establecida influye en la forma de trabajar y en las relaciones de las áreas de trabajo. Se convierte en factor de riesgo cuando dentro de la relación se tiene una actitud agresiva o impositiva; también cuando hay una falta de claridad de las funciones en las actividades, y poco o nulo reconocimiento del desempeño.

2) El concepto de relaciones negativas se refiere a la interacción con los compañeros de trabajo, este suele ser un factor de riesgo cuando hay una imposibilidad o dificultad de interactuar con los compañeros de trabajo para la solución de problemas en el área de trabajo, en las que se puede observar poco o nulo trabajo en equipo y apoyo social.

g) La violencia laboral, se enfoca en los siguientes puntos:

1) Acoso, acoso psicológico: Son actos que dañan la estabilidad psicológica, personalidad, dignidad o integridad del trabajador. Consiste en acciones persistente como: descrédito, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales llevan al trabajador a la depresión, al aislamiento, a la pérdida de su autoestima. En esta Norma no se considera el acoso sexual.

2) Hostigamiento: este punto se enfoca en el abuso de poder en una relación laboral, que se expresa en conductas verbales, físicas o ambas.

3) Malos tratos: Aquellos actos que consisten en insultos, burlas, humillaciones y/o ridiculizaciones del trabajador, más de una vez y/o en diferentes ocasiones.

Todo lo mencionado anteriormente fue de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención, establecido el 23 de octubre del 2018.

2.6.2.4 Obligaciones del Patrón o Representante.

Las obligaciones que impone esta norma al patrón son las de: controlar los factores de riesgo psicosocial, colaborar para contar con un entorno organizacional favorable y prevenir actos de violencia laboral. Para esto, la norma pone los siguientes puntos a disposición que el patrón tiene que tener en cuenta para realizar sus obligaciones de forma correcta.

1. Establecer por escrito, implantar, mantener y difundir en el centro de trabajo una política de prevención de riesgos psicosociales que contemple:

a) La prevención de los factores de riesgo psicosocial;

b) La prevención de la violencia laboral, y

c) La promoción de un entorno organizacional favorable.

2. Identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial, estos de acuerdo a los mencionados en el subtema anterior.

3. Identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial y evaluar el entorno organizacional, de conformidad con lo señalado cuando se trate de centros de trabajo que tengan más de 50 trabajadores.

4. Adoptar las medidas para prevenir y controlar los factores de riesgo psicosocial, promover el entorno organizacional favorable, así como para atender las prácticas opuestas.

5. Identificar a los trabajadores que fueron sujetos a acontecimientos traumáticos severos durante o con motivo del trabajo y, canalizarlos para su atención a la institución de seguridad social o privada, o al médico del centro de trabajo de la empresa.

6. Practicar exámenes médicos y evaluaciones psicológicas a los trabajadores con violencia laboral y/o a los factores de riesgo psicosocial, o cuando existan signos o síntomas que denoten alguna alteración a su salud, o existan quejas de violencia laboral.

7. Difundir y proporcionar información a los trabajadores sobre:

a) La política de prevención de riesgos psicosociales;

b) Las medidas adoptadas para combatir las prácticas que generan los riesgos psicosociales;

c) Las medidas y acciones de prevención;

d) Los mecanismos para presentar quejas y en caso de ser necesario, denunciar actos de violencia laboral;

f) Las posibles alteraciones a la salud por la exposición a los factores de riesgo psicosocial.

8. Llevar los registros sobre:

a) Los resultados de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y, además, tratándose de centros de trabajo de más de 50 trabajadores, de las evaluaciones del entorno organizacional;

b) Las medidas de control adoptadas cuando el resultado de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y evaluación del entorno organizacional lo señale, y

c) Los nombres de los trabajadores a los que se les practicaron los exámenes o evaluaciones clínicas y que se comprobó la exposición a factores de riesgo psicosocial, a actos de violencia laboral o acontecimientos traumáticos severos.

A pesar de lo mencionado, se considera de vital importancia mencionar que en la guía informativa de la presente norma menciona que: La identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial, así como la evaluación del entorno organizacional, no contemplan una evaluación psicológica de los trabajadores, lo que debe quedar claro.

En ese sentido, conviene precisar que la NOM-035-STPS-2018, no contempla ni establece ninguna obligación para:

- Utilizar un instrumento para realizar una evaluación psicológica de los trabajadores.
- Aplicar un cuestionario para identificar trastornos mentales.
- Conocer variables psicológicas internas al individuo tales como: actitudes, valores, personalidad, etc.
- Medir el estrés en los trabajadores.

2.6.2.5 Número de Trabajadores para la Aplicación de la NOM-035.

Para que las disposiciones de esta norma se deben tener en cuenta el número de trabajadores que laboran en el centro de trabajo. En base a lo anterior, existen tres niveles:

Centros de trabajo donde laboran hasta 15 trabajadores; el siguiente, donde laboran entre 16 y 50 trabajadores, y por último donde laboran más de 50 trabajadores.

Ya que la Norma a partir de 16 hasta 50 trabajadores tiene disposiciones extra a considerar, al igual que para más de 50 trabajadores.

Relacionando la Norma con Autismo Sin Límites, no aplicaría ya que dicha norma empieza a ser aplicada desde 16 trabajadores y en el caso de la institución de interés de esta investigación solo cuenta con 11.

2.6.3 Riesgos para la Salud Mental de los Trabajadores

Si bien hay muchas amenazas que pueden afectar a los trabajadores, antes solo se le prestaba interés a las ocasionadas por un esfuerzo físico, por riesgos químicos a los que estuviera expuesto el personal o causas biológicas. En la actualidad, se sabe, que no solamente existen estos riesgos o factores que afecten la salud, sobre todo la mental del factor humano. Por lo tanto, a continuación, se mencionan los que, para esta investigación, se consideran las más importantes y van más acordes a la presente institución.

2.6.3.1 Ansiedad.

No se le puede atribuir al trabajo una completa responsabilidad de causar ansiedad en los trabajadores o empleados de una institución, dado que la causa puede ser multifactorial, sin

embargo, las repercusiones pueden ser notadas en todas las esferas del ser humano, incluyendo la esfera laboral.

2.6.3.2 Ansiedad Laboral.

Beaton (1998) dice que: La expresión *ansiedad relacionada con el trabajo* implica que hay situaciones, tareas y demandas laborales o factores estresantes profesionales relacionados que se asocian a la instauración o cronicidad de la ansiedad o de sus manifestaciones. Estos factores pueden ser una carga de trabajo abrumadora, el ritmo de trabajo, los plazos y una falta percibida de control personal (p.5.12).

|Con lo mencionado por Beaton, se debe tener en cuenta que cada individuo percibe las cosas diferentes, por lo que se tiene que considerar que, aunque se encuentren dentro de la misma institución, el origen de la sintomatología ansiosa puede ser diferente para cada individuo o incluso multifactorial, y a pesar de esto, influir en su salud mental y por lo consiguiente en su desempeño laboral.

2.6.3.3 Estrés.

El estrés, puede ser causado por una situación en cualquiera de las esferas del ser humano, y repercutir en las otras, si este se mantiene de forma crónica. Se considera necesario tener en cuenta el siguiente concepto de estrés.

“El estrés puede ser definido como un proceso en el que las demandas ambientales comprometen o superan la capacidad adaptativa del organismo, dando lugar a cambios biológicos y psicológicos que pueden hacer que la persona enferme” (Guillen y Pastrana, 2016 p. 9).

Así, con la definición general de estrés, podemos enfocarnos en el siguiente subtema relacionado con el estrés.

2.6.3.4 Estrés Laboral.

Lo mencionado anteriormente, es una visión un tanto general del estrés. Sin embargo, el estrés puede estar relacionado específicamente con el trabajo.

Según la Comisión Europea (2000) el estrés relacionado con el trabajo puede definirse como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación.

Por lo que se puede concluir que pueden existir diferentes estímulos dentro de la institución que causen estrés, como ya se menciona con anterioridad, que el trabajador este en la misma institución, no significa que serán los mismos estímulos estresores para todos, nadie percibe las circunstancias de la misma forma, ni con la misma intensidad.

2.6.3.4.1 Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

El síndrome de Burnout, se puede decir, deriva del estrés con alta permanencia en el tiempo o, dicho de otra forma, surge de un estrés crónico. Este síndrome es frecuente para aquellos profesionales que trabajan con otras personas, o sea, que prestan un servicio, comúnmente educativo, sanitario y social. Para tener un panorama de lo que significa burnout; se puede considerar lo siguiente: “Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de los logros que puede ocurrir entre las personas que hacen "trabajo de personas" de algún tipo” (Maslach, 2003, p. 2).

Dicho de una forma más amplia, se puede decir que es el desánimo de los trabajadores, respecto a sus actividades profesionales, donde la apatía, distanciamiento y el no saber cómo manejar las situaciones después de esfuerzo prolongados que no generan los resultados esperados o el éxito.

2.7 Autismo Sin Limites

Autismo sin límites AC, como su nombre lo indica, es una asociación civil que brinda los servicios de: diagnostico, valoración, programas de trabajo, terapia, platicas y talleres para padres y maestros, escuela de maduración y capacitación a docentes, todo enfocado al tema del autismo.

2.7.1 Ubicación

Se encuentra ubicada en la calle Martin Pinzón #10 de la colonia Rafael Hernández Ochoa, en el municipio de Coatzacoalcos, en el estado de Veracruz.

2.7.2 Misión

La mayoría de las instituciones cuentan con una misión; “La misión de una organización es el propósito o razón de la existencia de ella” (Wheelen y Hunger, 2007, p. 12).

La misión de Autismo sin límites A.C es: “Trabajar en conjunto con padres de familia, maestros y terapeutas para que las personas con autismo sean autónomas e independientes,

capaces de adaptarse a los cambios de la sociedad y hacer un mundo más inclusivo" (Almeida, 2022).

Como se puede observar tanto en su nombre y en su misión, es una asociación que está enfocada a personas con autismo.

2.7.3 Visión

Como es de esperar, la visión también es de importancia, ya que, mantiene hasta cierto punto lo que la institución quiere alcanzar. Dicho de otra forma: "La visión de una empresa presenta parte del estado futuro deseado; articula, con frecuencia en términos audaces, lo que a la empresa le gustaría lograr" (Hill y Jones, 2011, p. 15).

La visión que motiva a la asociación ASL es: "Ser el centro de neurodesarrollo líder en la zona sur, en proporcionar servicios de calidad para desarrollar una mejor calidad de vida e inclusión escolar, para personas con autismo y sus familiares". (Almeida, 2022).

2.7.4 Valores Institucionales

Los administradores de una institución también tienen que tener en cuenta y fomentar los valores que rigen su organización. Estos son importantes ya que "los valores suelen considerarse como la base de la cultura organizacional de la empresa: el conjunto de valores, normas y estándares que controlan cómo trabajan los empleados para lograr la misión y metas de la organización" (Hill y Jones, 2011, pp. 15-16).

Los valores que mueven a ASL son: honestidad, responsabilidad, calidad, integridad, servicio, respeto y calidad humana.

2.7.5 Historia

La asociación Autismo Sin Límites, nace el 8 de septiembre del 2013, actualmente tiene 9 años de prestar sus servicios a la población, sin embargo, como toda empresa, institución o asociación, tiene su historia.

La idea de la asociación surgió a principios del 2013 por una necesidad de la actual directora (tiene un hijo con diagnóstico de autismo), ella en ese entonces pensaba sobre lo que sería de su hijo cuando ella muriera, le preocupaba dejarlo sin más habilidades esenciales para una calidad de vida futura; su hijo recibía terapias y medicación desde los 3 años de edad, a pesar de eso, su lenguaje no se desarrolló, en el 2013 su lenguaje era limitado a solo diez palabras, y fue en ese momento que surgió en ella la necesidad de buscar otras alternativas; su solución, fue buscar profesionales con experiencia de otras ciudades, esta acción fue la que les abrió las puertas a nuevos conocimientos, desarrollar las terapias y seguirlo apoyando en casa de otra forma.

Con el pasar del tiempo y las terapias, los avances en su hijo se fueron observando y no solo por su familia y terapeuta, si no también era observado por otros padres y madres que igual tenían algún hijo con autismo; de esta forma, dichos padres se fueron interesando en las terapias.

Al inicio eran varias madres que estaban dispuestas a integrarse para la creación de la asociación, al final solo dos personas estuvieron dispuestas a comprometerse con la responsabilidad de crear una asociación sabiendo que no sería una tarea fácil. Estas personas

fueron la directora María de Jesús y en ese entonces la terapeuta de su hijo y ahora la coordinadora de ASL Verónica Lorenzo.

Los inicios de la asociación se dieron en casa de la directora, donde se habilitó un espacio exclusivo en la casa para las terapias, ahí se le daba la terapia a su hijo y a otros niños que se fueron integrando, con el paso del tiempo los padres que se interesaban por las terapias aumentaron, esto a su vez generó un incremento la población. En consecuencia, el espacio ya no era el ideal y así, con el apoyo económico del esposo de la directora, se rentó un espacio el cual se habilitó para las terapias, siempre pensando en que este lugar tuviera una buena ubicación para facilitar el acceso.

Con el pasar del tiempo, los padres de familia que ya se encontraban ligados a las terapias fueron recomendando a otros padres los servicios, y así es como la asociación llego a ser lo que es hoy.

2.7.6 Población a la que Presta Servicios

La asociación no cuenta con registros estadísticos exactos, sin embargo, un aproximado mencionado por la directora Almeida es una cifra de 200 personas en los 9 años, con un aproximado anual de 50.

Sus servicios van principalmente a la población con diagnostico o con características de autismo, también se les ofrece a menores con diferentes impresiones diagnósticas o diagnósticos establecidos. Y todos, según el DSM-V se pueden clasificar dentro de la categoría: Trastornos del neurodesarrollo.

2.7.6.1 Trastornos del Neurodesarrollo.

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo que su rasgo común es presentarse de forma temprana en el desarrollo del niño, afectando las diferentes esferas personales para un desarrollo esperado.

A continuación, se dará una breve contextualización de cada trastorno.

2.7.6.2 Discapacidad Intelectual.

La principal característica de este trastorno se ve reflejada al inicio del desarrollo, el área afectada es, como su nombre lo dice, la intelectual, la cual implica: el razonamiento, el pensamiento abstracto, la planificación, el juicio, la resolución de problemas, el aprendizaje, etc. Que no le permiten al menor un desarrollo esperado como al de sus pares.

2.7.6.3 Trastornos de Lenguaje.

En este trastorno, su característica principal es una dificultad notable para la adquisición del lenguaje en todas sus representaciones (verbal y escrito) ya sea por una baja comprensión o producción. Se pueden observar: poco vocabulario y gramática en comparación con los niños de su edad.

2.7.6.4 Trastorno del Espectro Autista.

Para ASL este es el trastorno con el que se trabaja la mayor parte del tiempo.

Las características principales de este trastorno son una deficiente comunicación e interacción social recíproca, que provoca afectaciones en el ámbito social, con el tiempo se van haciendo más graves y pueden llegar a afectar los otros ámbitos como el escolar y laboral. Otra característica notoria es el interés, conducta o actividades repetitivas y restringidas que no le permiten un funcionamiento adecuado para el entorno. Dentro de este trastorno, el lenguaje verbal puede tanto existir como no hacerlo.

2.7.6.5 Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad.

Lo fundamental de este trastorno es que el niño no presenta un desfase en su desarrollo. Se observan conductas impulsivas y/o inatención en actividades que requieren concentración. Otros síntomas asociados a este diagnóstico es irritabilidad y baja tolerancia a la frustración. Y en algunos casos, se pueden presentar un leve retraso en el desarrollo lingüístico motor o social.

2.7.7 Funciones del personal

Si bien todo el personal tiene como guía la visión y misión de la asociación, cada uno desempeña funciones específicas para mantener y lograr los objetivos.

Sin embargo, tanto el personal académico como el terapéutico, tienen una dificultad en común, y son el comprender y saber lo más que se pueda acerca del niño y las expectativas de los padres, ya que la mayoría de ellos, esperan que los resultados se consigan en un corto lapso de tiempo.

2.7.7.1 Personal Académico.

El personal académico se enfoca en algo que la asociación llama “Escuela de maduración” que pretende desarrollar habilidades cognitivas a temprana edad para que el niño esté preparado al iniciar de un ciclo escolar y así promover la inclusión, como también desarrollar habilidades de autonomía e independencia.

Las maestras tienen un horario de 8 de la mañana a 1 de la tarde, en el cual desarrollan actividades propias del área cognitiva y de autonomía de cada alumno, estas son programadas de acuerdo a la edad y habilidades de cada niño, con objetivos propios para ser apoyados hasta lograr desarrollarlas.

2.7.7.2 Personal Psicológico o Terapéutico.

Las funciones de los terapeutas van dirigidas a cada paciente en las áreas solicitadas por los padres, realizan una valoración general al inicio de las terapias para así proporcionar un programa de trabajo específico para cada niño, una vez obtenida la información, el terapeuta ejecuta todas las indicaciones de dicho programa de trabajo.

El terapeuta va observando y monitoreando las terapias para que aproximadamente cada tres meses se haga una revaloración para tener en cuenta los avances obtenidos y modificar el programa, de no observarse los avances esperados, deberá considerar si continuar con el programa o si es necesario realizar algún cambio para lograr el avance, que posibilite una calidad de vida digna, tanto para los niños, como para sus familias.

Capítulo 3: Metodología

3.1 Enfoque

El enfoque utilizado para esta investigación es el cuantitativo, que se centra en mediciones objetivas, análisis de datos recopilados y generalización de datos numéricos entre grupos, o la explicación de un fenómeno particular. Tal como menciona el siguiente autor, el enfoque cuantitativo "usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías" (Hernández et al., 2010, p. 4).

3.2 Tipo de Estudio

El tipo de estudio utilizado en la investigación es descriptivo, este pretende brindar información del entorno, sin modificarlo. Se puede definir de la siguiente forma: "Son aquellos estudios dirigidos a profundizar en el conocimiento del problema en estudio; son utilizados con frecuencia para caracterizar un hecho o conjunto de hechos que caracterizan una población" (Fresno, 2019, p. 86).

Teniendo en cuenta la definición anterior, se considera que este tipo de estudio es el adecuado para esta investigación.

3.3 Población

La población se puede inferir como todas aquellas personas que se encuentran dentro del interés de la investigación. "La definición de la población para un proyecto de investigación

responde a la necesidad de especificar el grupo al cual son aplicables los resultados del estudio." (Monje, 2011, p. 25).

En el caso de esta investigación, la población se basa en los profesionales académicos y psicólogos que laboran en el centro para el neurodesarrollo autismo sin límites. De los cuales son un total de 11 sujetos; 4 son académicos y 7 psicólogos.

3.3.1 Muestra

La muestra es solo un conjunto de la población total, para facilitar el proceso de la información que se obtendría si se investiga toda la población; se espera que, al analizar solo una parte de la población, se obtengan los resultados similares a los que se pudieron haber obtenido si se realizaba dicho estudio a toda la población.

Hernández y Mendoza (2018) definen muestra, como un subgrupo de la población o universo que te interesa, sobre la cual se recolectarán los datos pertinentes, y deberá ser representativa de dicha población (p.196).

Para la investigación será un grupo de 11 personas, compuesto por 4 académicos y 7 psicólogos, todos con un nivel académico de licenciatura, con una edad promedio de 24.5 años, 10 de género femenino, y 1 masculino; donde todos se encuentran solteros.

Cuentan con un tiempo de laborar variado, y se presenta de la siguiente forma: 5 participantes cuentan con un tiempo de entre 1 y 5 meses laborando, mientras que los otros 6 se encuentran dentro de un rango de 1 a 4 años.

3.3.1.1 Tipo de Muestreo.

El censo, es un tipo de muestro, este se basa en que todas las personas que están dentro de la población de interés para la investigación serán tomadas en cuenta. En otras palabras:

"El censo de población, que es el estudio de la población total de un fenómeno dado" (Baena, 2017, p. 84).

En este caso se utiliza el censo porque se pudo abarcar a toda la población sin dificultades, por lo que nuestra muestra será conformada como ya se ha mencionado anteriormente, por 11 profesionales que laboran en el centro para el neurodesarrollo Autismo sin límites conformado por 4 académicos y 7 psicólogos.

3.4 Instrumento de Recolección de Datos

A continuación, se detallan los instrumentos que fueron utilizados para la recolección de datos.

En total se utilizaron tres instrumentos con los cuales se buscaba conocer los niveles de ansiedad de la población interés de esta investigación, ellos fueron: El inventario de Beck, Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS y el Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE.

3.4.1 Inventario de Beck.

Desarrollado por el psiquiatra estadounidense Aaron Temkin Beck en 1988; su nombre original Beck Anxiety Inventory o BAI por su ciclas en inglés. Fue ideado para medir la severidad de los signos y síntomas de ansiedad.

En el caso de esta investigación se utilizó la versión mexicana basada en el BAI original; dicha versión fue elaborada por Rebeca Robles, Rubén Varela, Samuel Jurado y Francisco Páez en el 2001.

Es un cuestionario autoaplicable, compuesto por 21 ítems donde se describen diferentes síntomas de ansiedad que pueden ser puntuados de 0 a 3 de acuerdo a la siguiente puntuación: 0 es “poco o nada”, 1 es “Más o menos”, 2 es “Moderadamente” y 3 es “Severamente”. Al sumar todas las puntuaciones registradas por el sujeto, se puede determinar el nivel de ansiedad. Según el inventario los niveles son los siguientes: Mínima de 0 a 5 puntos, Leve de 6 a 15 puntos, Moderada de 16 a 30 puntos y Severa de 31 a 63 puntos.

3.4.2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS.

El titulo original es “The Adult Manifest Anciety Scale (AMAS)” elaborado por Cecil. R. Reynolds, B.O. Richmond y P. A. Lowe en el 2003.

Para esta investigación fue utilizada la versión traducida por Susana Olivares por la editorial: El manual moderno en 2007, que surgió de la estandarización hecha en México en 2006 con la participación de la “Asociación mexicana de alternativas en Psicología” (AMAPSI). Consta de tres formas auto calificables, la formas A es para adultos en general, la forma C es para estudiantes universitarios y la forma E es utilizada para adultos mayores. La diferencia es que incluyen reactivos que se dirigen de forma específica a esa población, como la ansiedad ante los procesos de evaluación o exámenes y la ansiedad ante el envejecimiento. En este caso fue utilizada la forma AMAS -A.

La AMAS – A para adultos entre 19 y 59 años; está compuesta por 36 reactivos, dividido en 3 subescalas y una de validez. La puntuación de “ansiedad total” se obtiene tras la suma de las puntuaciones de todas las subescalas, excluyendo la de validez; se procede a sacar las puntuaciones T en la estandarización mexicana y en base a eso se determina el nivel de ansiedad total, que pueden ser: Baja con una puntuación igual o menor a 44T, Esperada con puntuaciones que van desde 45T a 54T, Elevación leve con puntuaciones de 55 T a 64T, siguiendo con Clínicamente significativa que tiene puntuaciones de 65T a 74T y por ultimo Extrema que son para puntuaciones iguales o mayores a 75T.

3.4.3 Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE.

El nombre original de este instrumento es “STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY” ideado por C.D. Spielberger y R. Díaz Guerrero publicado en 1970. La versión traducida y estandarizada fue realizada por la editorial: El manual moderno en 1975.

El inventario es de autoevaluación, conformado por dos escalas separadas que miden dos dimensiones de la ansiedad. Una es Ansiedad-Estado y la otra es Ansiedad-Rasgo.

La escala Rasgo esta designada como SXR; esta escala está dirigida a determinar qué tan frecuente están presentes los síntomas de ansiedad; esta consta de 20 afirmaciones que se responden desde la perspectiva siguiente: 1 es “casi nunca” 2 es “algunas veces”, 3 es “frecuentemente” y 4 es “casi siempre”; se sigue el proceso de calificación para poder obtener los niveles de ansiedad, que son los siguientes: puntuaciones iguales o menores a 30 son consideradas bajas, puntuaciones de 30 a 40 son moderadas y puntuaciones iguales o mayores a 45 son consideradas altas.

La escala Estado esta designada como SXE; esta escala está dirigida a determinar qué tan ansioso está el sujeto en el momento; esta consta de 20 afirmaciones que se responden desde la perspectiva siguiente: 1 es “no en lo absoluto” 2 es “un poco”, 3 es “bastante” y 4 es “mucho”; se sigue el proceso de calificación para poder obtener los niveles de ansiedad, que son los siguientes: puntuaciones iguales o menores a 30 son consideradas bajas, puntuaciones de 30 a 40 son moderadas y puntuaciones iguales o mayores a 45 son consideradas altas.

Capítulo 4: Análisis de datos

A continuación, se presentan los datos recabados a partir de los instrumentos aplicados, se organizaron de la siguiente manera, tablas por puntajes de cada prueba, figuras representativas de estos puntajes y un análisis de los datos.

4.1 Tablas

Tabla 1

Resultados del inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Sujeto	Puntación bruta	Rango percentilar	Nivel de ansiedad
Sujeto 1	24	75 – 90	Moderada
Sujeto 2	18	75 – 90	Moderada
Sujeto 3	6	25 – 50	Leve
Sujeto 4	15	25 – 50	Leve
Sujeto 5	30	75 – 90	Moderada
Sujeto 6	21	75 – 90	Moderada
Sujeto 7	9	25 – 90	Leve
Sujeto 8	20	75 – 90	Moderada
Sujeto 9	33	95 – 99	Severa
Sujeto 10	14	25 – 50	Leve
Sujeto 11	11	25 – 50	Leve

Tabla 2

Niveles de ansiedad del inventario de ansiedad de Beck (BAI) por porcentaje

Nivel	Porcentaje
Mínimo	0%
Leve	45,45%
Moderada	45,45%
Severa	9,09%

Tabla 3

Resultados de la puntuación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS en su forma autocalificable AMAS– A

Sujeto	Puntuación natural	Puntuación t	Percentil	Ansiedad total	Interpretación
Sujeto 1	26	71	97	65T – 74T	Clínicamente significativa
Sujeto 2	15	54	69	45T – 54T	Esperada
Sujeto 3	8	43	29	<44T	Baja
Sujeto 4	24	68	94	65T – 74T	Clínicamente significativa
Sujeto 5	23	66	92	65T – 74T	Clínicamente significativa
Sujeto 6	13	51	60	45T – 54T	Esperada
Sujeto 7	16	55	73	55T – 64T	Elevación leve
Sujeto 8	26	71	97	65T – 74T	Clínicamente significativa

Sujeto 9	20	61	84	55T – 64T	Elevación leve
Sujeto 10	9	45	33	45T – 54T	Esperada
Sujeto 11	8	43	29	<44T	Baja

Tabla 4

Resultado de las interpretaciones la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS en su forma autocalificable AMAS– A por porcentaje

Interpretación	Porcentaje
Extrema	0%
Clínicamente significativa	36.36%
Elevación leve	18.18%
Esperada	27.27%
Baja	18.18%

Tabla 5

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 1

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	12	65	92	Clínicamente significativa	Preocupación enfocada; pensamiento repetitivo e improductivo; agotamiento mental; posible presencia de temores vagos; frecuentes rasgos obsesivo – compulsivo
Ansiedad fisiológica	7	67	92	Clínicamente significativa	Individuo tenso y nervioso; predispuesto a enfermedades

					psicosomáticas; problemas de atención
Preocupaciones sociales/Estrés	7	72	99	Clínicamente significativa	Niveles elevados de estrés asociados habitualmente con las tareas de la vida cotidiana y con las preocupaciones sociales
Mentira	5	60	78	Elevación leve	Rígido; moralista; tal vez cierto grado de negación o ingenuidad; creencias conservadoras

Tabla 6

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 2

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	8	54	65	Esperada	Grados normales de inquietud y preocupación en la vida
Ansiedad fisiológica	4	55	70	Elevación leve	Individuo tenso y algo intranquilo; es probable que funcione bien en ausencia se otras elevaciones
Preocupaciones sociales/Estrés	3	51	57	Esperada	Preocupaciones normales acerca de actividades y cuestiones interpersonales

Mentira	6	65	93	Clínicamente significativa	Poco cooperativo con el proceso de evaluación; ingenuo; necesita que otros lo vean de manera positiva; falta de naturaleza reflexiva

Tabla 7

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 3

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	4	42	23	Baja	Pocas preocupaciones; no es particularmente sensible a la crítica; perspectiva relajada y de “a ver qué

					pasa” ante problemas de la vida
Ansiedad fisiológica	3	51	58	Esperada	Cantidad promedio de afecciones fisiológicas comunes
Preocupaciones sociales/Estrés	1	40	16	Baja	Se preocupa poco por las opiniones o puntos de vista que los demás tienen de ellos es posible falta de interés en las relaciones
Mentira	1	40	22	Baja	Posible exageración en el informe de sus afecciones para llamar la atención; comprensión deficiente de las preguntas

Tabla 8

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 4

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	14	71	99	Clínicamente significativa	Preocupación enfocada; pensamiento repetitivo e improductivo; agotamiento mental; posible presencia de temores vagos; frecuentes rasgos obsesivo - compulsivo
Ansiedad fisiológica	6	63	86	Elevación leve	Individuo tenso y algo intranquilo; es probable que funcione bien en

					ausencia se otras elevaciones
Preocupaciones sociales/Estrés	4	56	74	Elevación leve	Demasiado preocupado acerca de su apariencia y de las tareas de la vida cotidiana, pero es posible que no sea disfuncional
Mentira	0	35	8	Baja	Posible exageración en el informe de sus afecciones para llamar la atención; comprensión deficiente de las preguntas

Tabla 9

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 5

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	13	68	96	Clínicamente significativa	Preocupación enfocada; pensamiento repetitivo e improductivo; agotamiento mental; posible presencia de temores vagos; frecuentes rasgos obsesivo - compulsivo
Ansiedad fisiológica	5	59	79	Elevación leve	Individuo tenso y algo intranquilo; es probable que funcione bien en

					ausencia se otras elevaciones
Preocupaciones sociales/Estrés	5	61	86	Elevación leve	Demasiado preocupado acerca de su apariencia y de las tareas de la vida cotidiana, pero es posible que no sea disfuncional
Mentira	4	55	63	Elevación leve	Rígido; moralista; tal vez cierto grado de negación o ingenuidad; creencias conservadoras

Tabla 10

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 6

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	6	48	45	Esperada	Grados normales de inquietud y preocupación ante la vida
Ansiedad fisiológica	5	59	79	Elevación leve	Individuo tenso y algo intranquilo; es probable que funcione bien en ausencia se otras elevaciones
Preocupaciones sociales/Estrés	2	45	36	Esperada	Preocupaciones normales acerca de actividades y cuestiones interpersonales

Mentira	4	55	60	Elevación leve	Rígido; moralista; tal vez cierto grado de negación o ingenuidad; creencias conservadoras

Tabla 11

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 7

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	8	54	65	Esperada	Grados normales de inquietud y preocupación ante la vida
Ansiedad fisiológica	3	51	58	Esperada	Cantidad promedio de afecciones fisiológicas comunes

Preocupaciones sociales/Estrés	5	61	83	Elevación leve	Demasiado preocupado acerca de su apariencia y de las tareas de la vida cotidiana, pero es posible que no sea disfuncional
Mentira	3	50	49	Esperada	Adecuado; típico

Tabla 12

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 8

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	13	68	96	Clínicamente significativa	Preocupación enfocada; pensamiento repetitivo e improductivo; agotamiento mental; posible

					presencia de temores vagos; frecuentes rasgos obsesivo - compulsivo
Ansiedad fisiológica	6	63	86	Elevación leve	Individuo tenso y algo intranquilo; es probable que funcione bien en ausencia se otras elevaciones
Preocupaciones sociales/Estrés	7	72	99	Clínicamente significativa	Niveles elevados de estrés asociados habitualmente con las tareas de la vida cotidiana y con las preocupaciones sociales
Mentira	3	50	49	Elevación leve	Rígido; moralista; tal vez cierto grado de negación

					o ingenuidad; creencias conservadoras

Tabla 13

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 9

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	12	65	92	Clínicamente significativa	Preocupación enfocada; pensamiento repetitivo e improductivo; agotamiento mental; posible presencia de temores vagos; frecuentes rasgos obsesivo - compulsivo

Ansiedad fisiológica	5	59	79	Elevación leve	Individuo tenso y algo intranquilo; es probable que funcione bien en ausencia se otras elevaciones
Preocupaciones sociales/Estrés	3	51	57	Esperada	Preocupaciones normales acerca de actividades y cuestiones interpersonales
Mentira	5	60	78	Elevación leve	Rígido; moralista; tal vez cierto grado de negación o ingenuidad; creencias conservadoras

Tabla 14

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 10

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	8	54	65	Esperada	Grados normales de inquietud y preocupación ante la vida
Ansiedad fisiológica	0	39	11	Baja	Con excepción de que se trate de negación; individuo bien adaptado con adecuados mecanismos de afrontamiento; buenas maneras de canalizar el nerviosismo normal
Preocupaciones sociales/Estrés	1	40	16	Baja	Se preocupa poco por las opiniones o

					puntos de vista que los demás tienen de ellos es posible falta de interés en las relaciones
Mentira	3	50	49	Esperada	Adecuado; típico

Tabla 15

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto

Sujeto 11

Escala	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Categoría descriptiva	Significado potencial de las puntuaciones
Inquietud/ Hipersensibilidad	5	45	34	Esperada	Grados normales de inquietud y preocupación ante la vida
Ansiedad fisiológica	0	39	11	Baja	Con excepción de que se trate de negación; individuo bien adaptado con adecuados

					mecanismos de afrontamiento; buenas maneras de canalizar el nerviosismo normal
Preocupaciones sociales/Estrés	3	51	57	Esperada	Preocupaciones normales acerca de actividades y cuestiones interpersonales
Mentira	4	55	63	Elevación leve	Rígido; moralista; tal vez cierto grado de negación o ingenuidad; creencias conservadoras

Tabla 16

Resultados de la escala estado del Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE

Sujeto	Puntuación natural	Puntuación T	Percentil	Nivel
Sujeto 1	44	60	98	Alta
Sujeto 2	39	56	71	Moderada
Sujeto 3	44	60	85	Moderada
Sujeto 4	42	58	80	Moderada
Sujeto 5	40	56	74	Moderada
Sujeto 6	50	65	93	Alta
Sujeto 7	41	56	73	Moderada
Sujeto 8	41	57	76	Moderada
Sujeto 9	48	63	91	Alta
Sujeto 10	46	61	82	Alta
Sujeto 11	50	65	93	Alta

Tabla 17

Niveles de ansiedad por porcentaje de la escala estado del Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE

Interpretación	**Porcentaje**
Baja	0%
Moderada	54.54%
Alta	45.45%

Tabla 18

Niveles de ansiedad por porcentaje de la escala rasgo del Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE

Sujeto	**Puntuación natural**	**Puntuación T**	**Percentil**	**Nivel**
Sujeto 1	51	64	91	Alta
Sujeto 2	45	59	81	Alta
Sujeto 3	45	59	81	Alta
Sujeto 4	53	65	94	Alta
Sujeto 5	53	94	94	Alta
Sujeto 6	54	66	94	Alta
Sujeto 7	47	60	84	Alta
Sujeto 8	45	59	81	Alta

Sujeto 9	50	62	89	Alta
Sujeto 10	37	50	51	Moderada
Sujeto 11	49	61	87	Alta

Tabla 19

Niveles de ansiedad por porcentaje de la escala rasgo del Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE

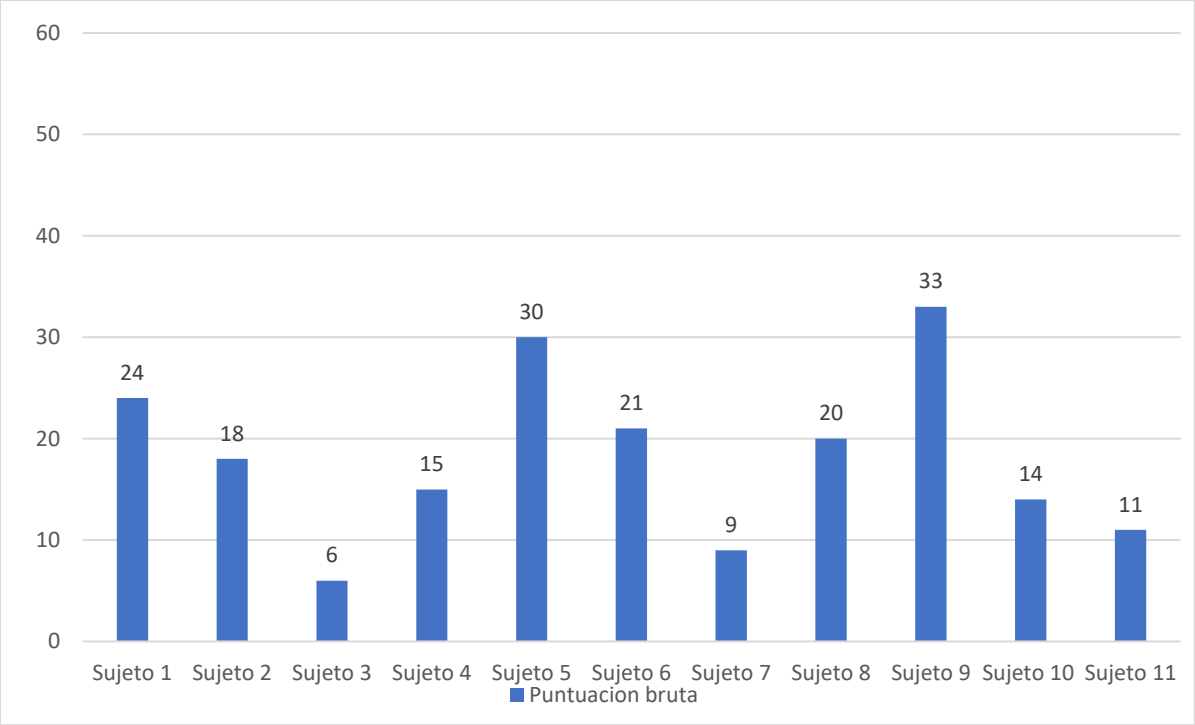
Interpretación	Porcentaje
Baja	0%
Moderada	9.09%
Alta	90.90%

4.2 Figuras

En este apartado se mostrarán de forma gráfica los resultados anteriormente presentados en las tablas del apartado 4.1.

Figura 1

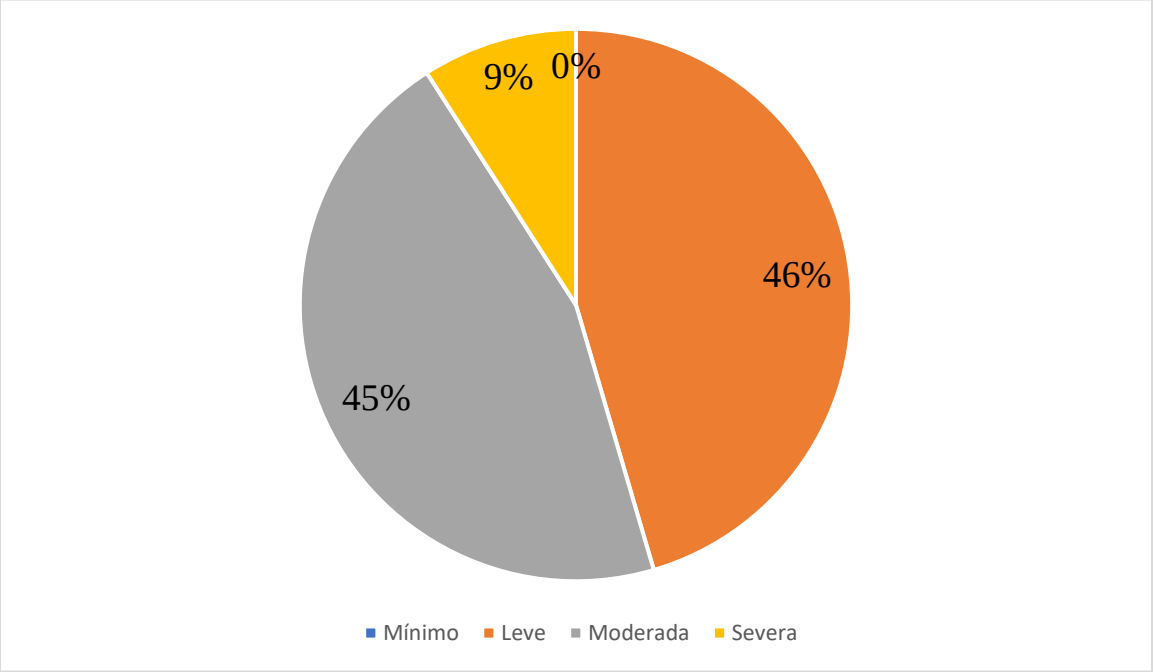
Resultados del inventario de ansiedad de Beck (BAI)



Nota. La figura presenta el resultado de los sujetos con ansiedad más elevada, el sujeto 9 con 33 de puntuación bruta, el siguiente es el sujeto 5 con puntuación de 30; por otro lado el sujeto 3 tiene el puntaje más bajo con 6 de puntuación bruta.

Figura 2

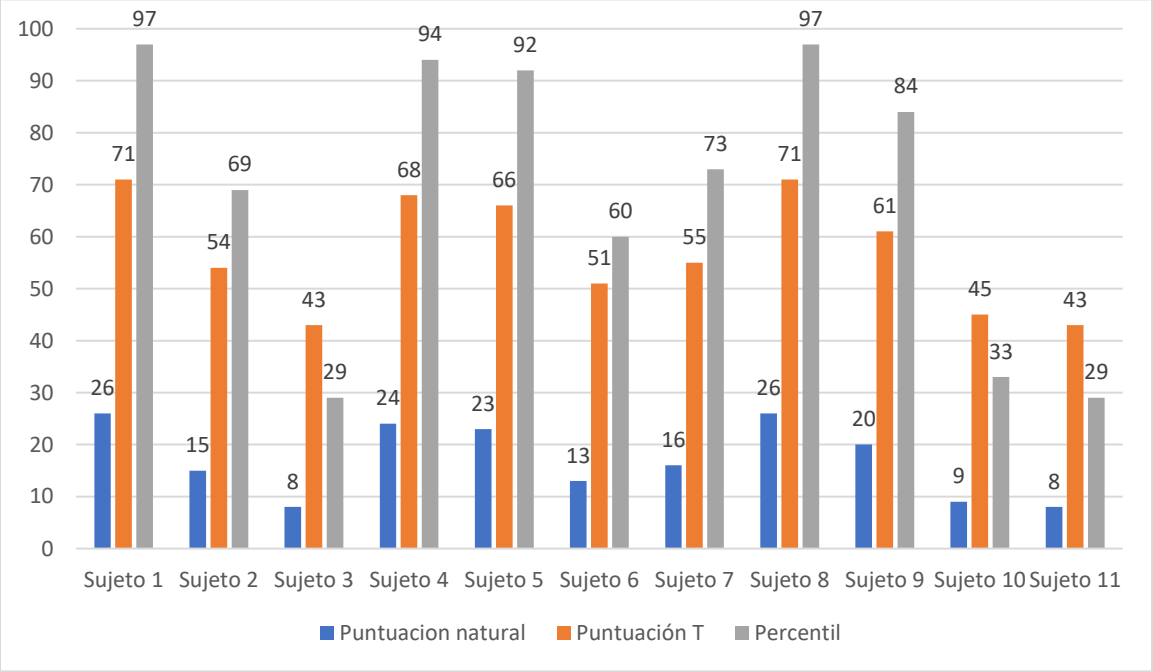
Niveles de ansiedad del inventario de ansiedad de Beck (BAI) por porcentaje



Nota. La figura 2, muestra los niveles de ansiedad por porcentaje según los resultados del inventario de Beck, donde el 46% de la muestra total obtiene un nivel leve, mientras que el 0% muestra niveles mínimos de ansiedad.

Figura 3

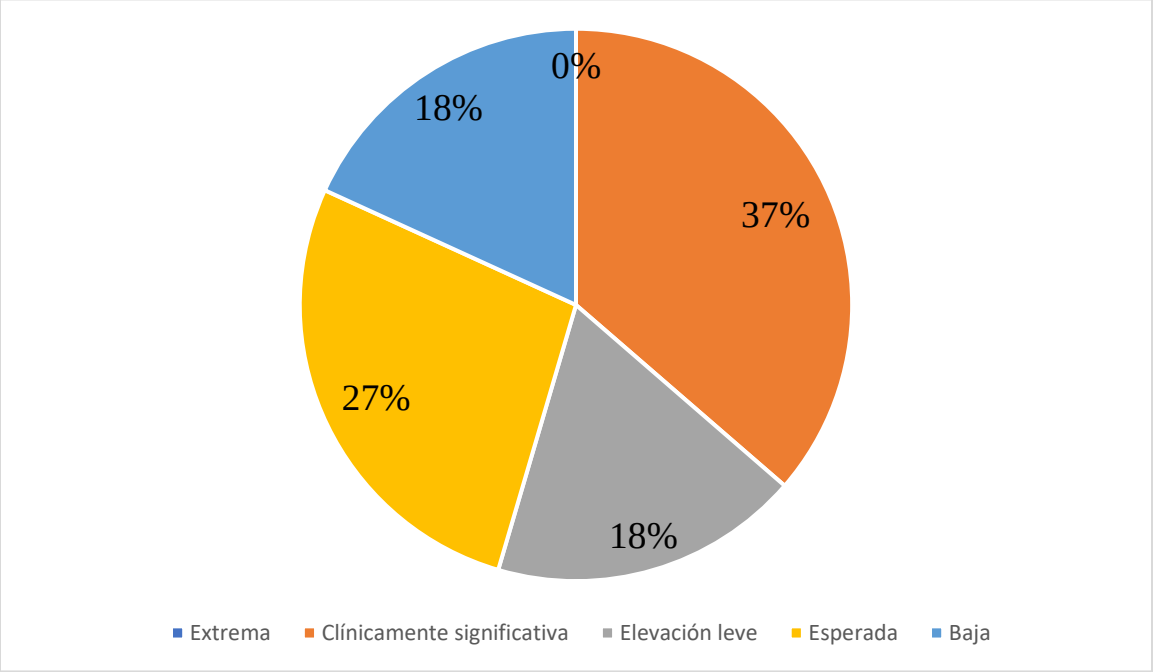
Resultados de la puntuación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS en su forma autocalificable AMAS– A



Nota. La figura muestra los resultados de la ansiedad total, donde se puede observar que tanto el sujeto 1 como el sujeto 9, muestran las puntuaciones más altas correspondientes a una puntuación natural de 26, puntuación T de 71 y un percentil de 97, mientras que los sujetos 3 y 11 obtienen las puntuaciones más bajas con una puntuación natural de 8, puntuación T de 43 y un percentil de 29.

Figura 4

Resultado de las interpretaciones de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS en su forma autocalificable AMAS– A por porcentaje

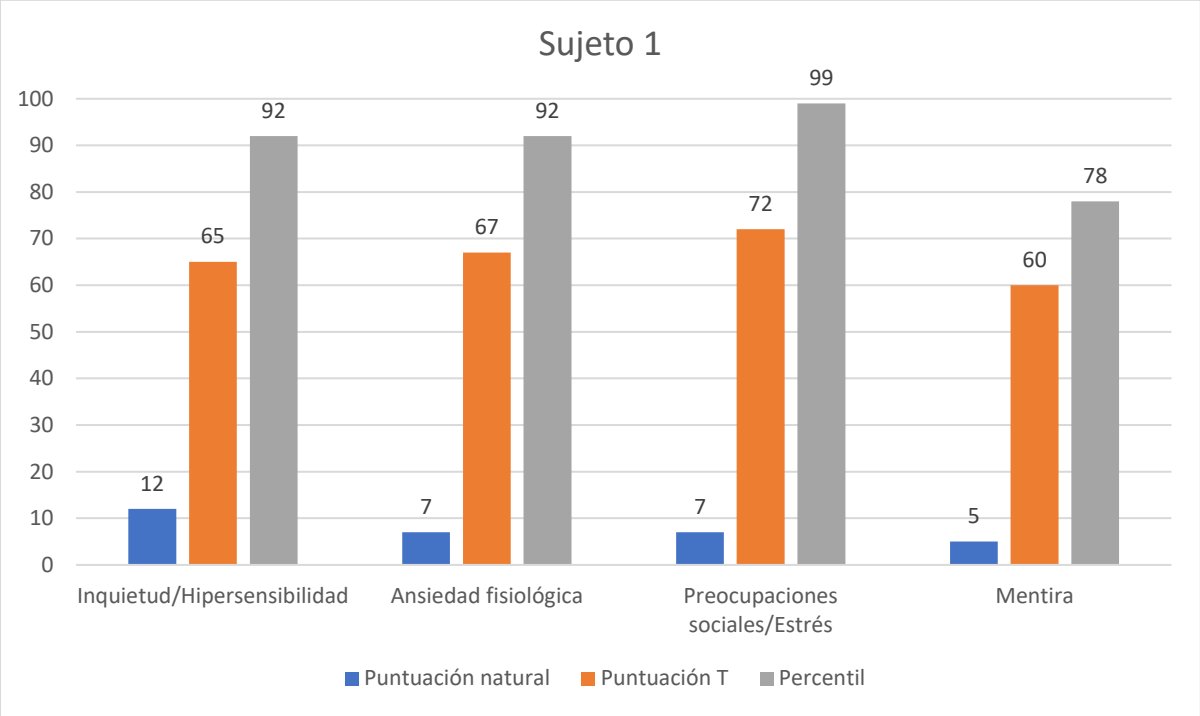


Nota. En esta figura se presentan los resultados por porcentaje de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS en su forma autocalificable AMAS– A; donde se puede observar que el 37% de la muestra final presenta una ansiedad total clínicamente significativa, mientras que 0% muestra una ansiedad total baja.

A continuación, se presentan de forma gráfica las otras puntuaciones que se obtienen del Test AMAS – A por sujeto. La suma total de las puntuaciones da como resultado la ansiedad total que se presentó en las dos graficas anteriores.

Figura 5

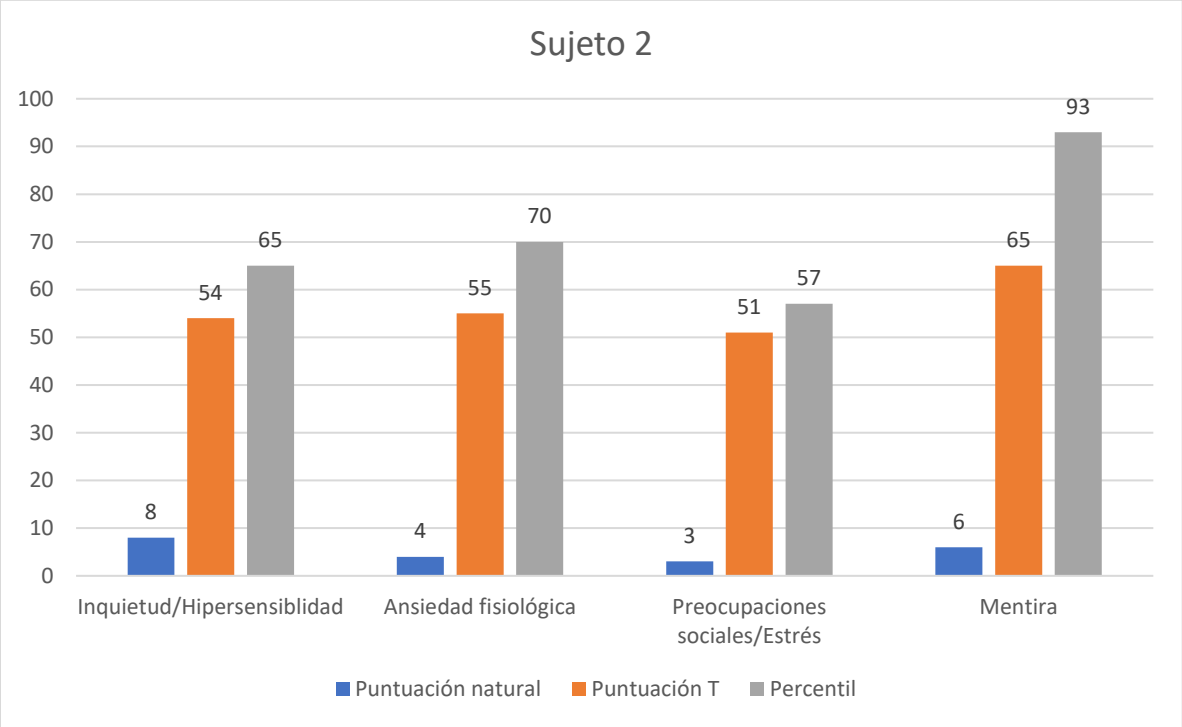
Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



Nota. Esta figura corresponde al sujeto 1, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 12, una puntuación T de 65 y un percentil de 92, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra en la escala mentira con una puntuación natural de 5, puntuación T de 60 y un percentil de 78.

Figura 6

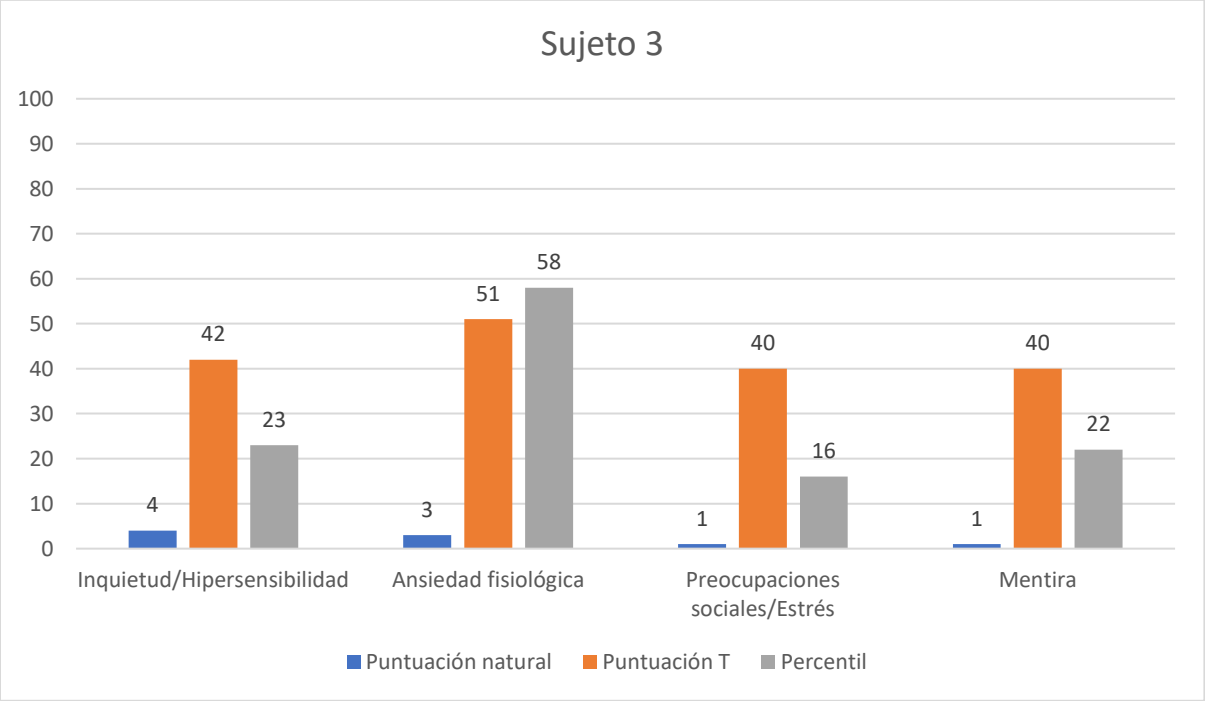
Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



Nota. Esta figura corresponde al sujeto 2, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 8, una puntuación T de 54 y un percentil de 65, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra en la escala de preocupaciones sociales/estrés con una puntuación natural de 3, puntuación T de 51 y un percentil de 57.

Figura 7

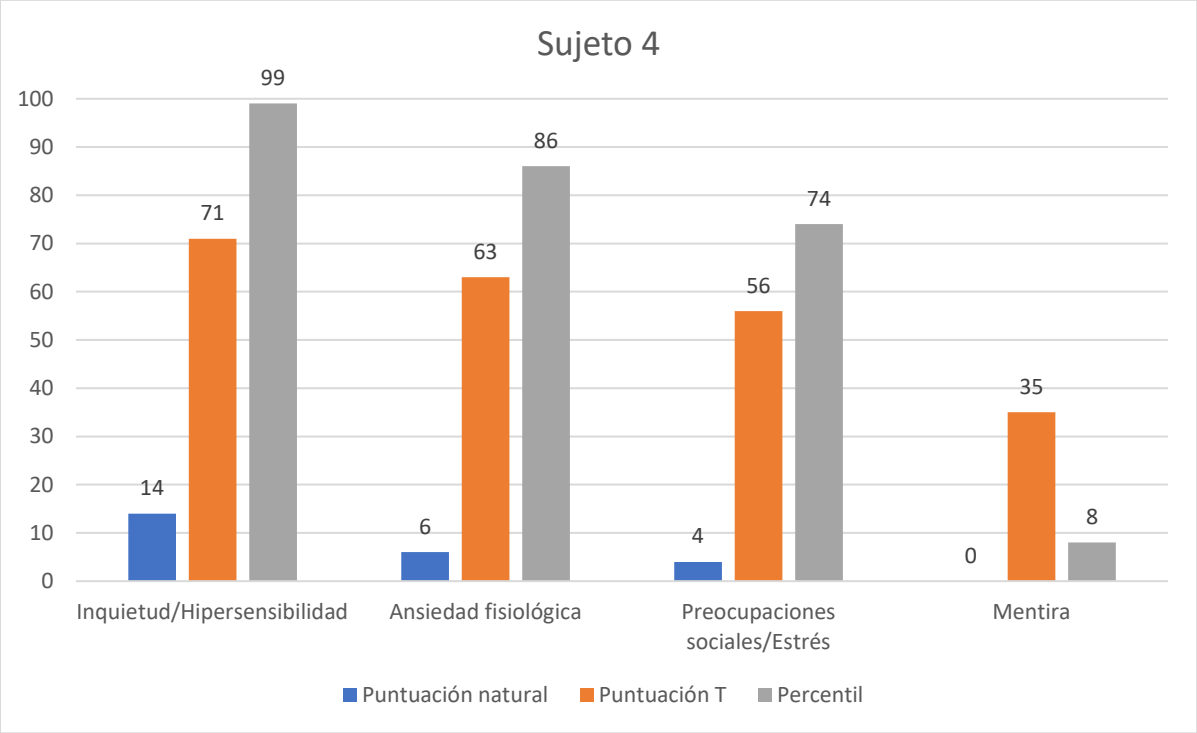
Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



Nota. Esta figura corresponde al sujeto 3, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 4, una puntuación T de 42 y un percentil de 23, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra en las escalas de preocupaciones sociales/estrés y mentira con una puntuación natural de 1, puntuación T de 40 y un percentil de 16 para la primera mencionaba y de 22 para la siguiente.

Figura 8

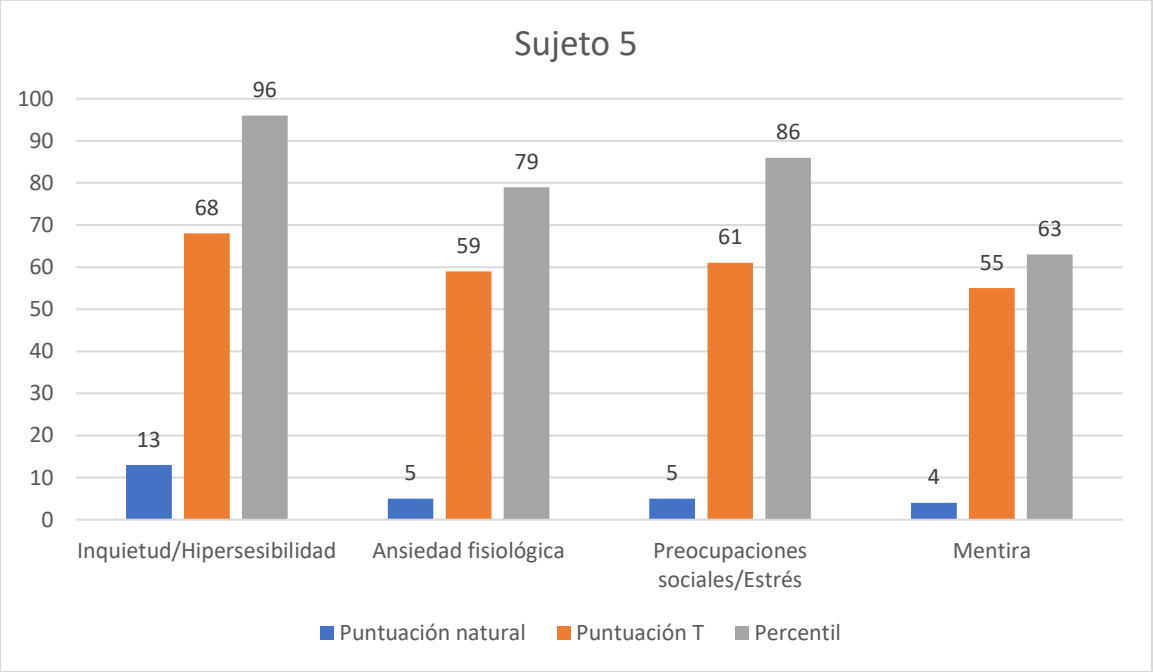
Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



Nota. Esta figura corresponde al sujeto 4, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 14, una puntuación T de 71 y un percentil de 99, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra en la escala mentira con una puntuación natural de 5, puntuación T de 60 y un percentil de 78.

Figura 9

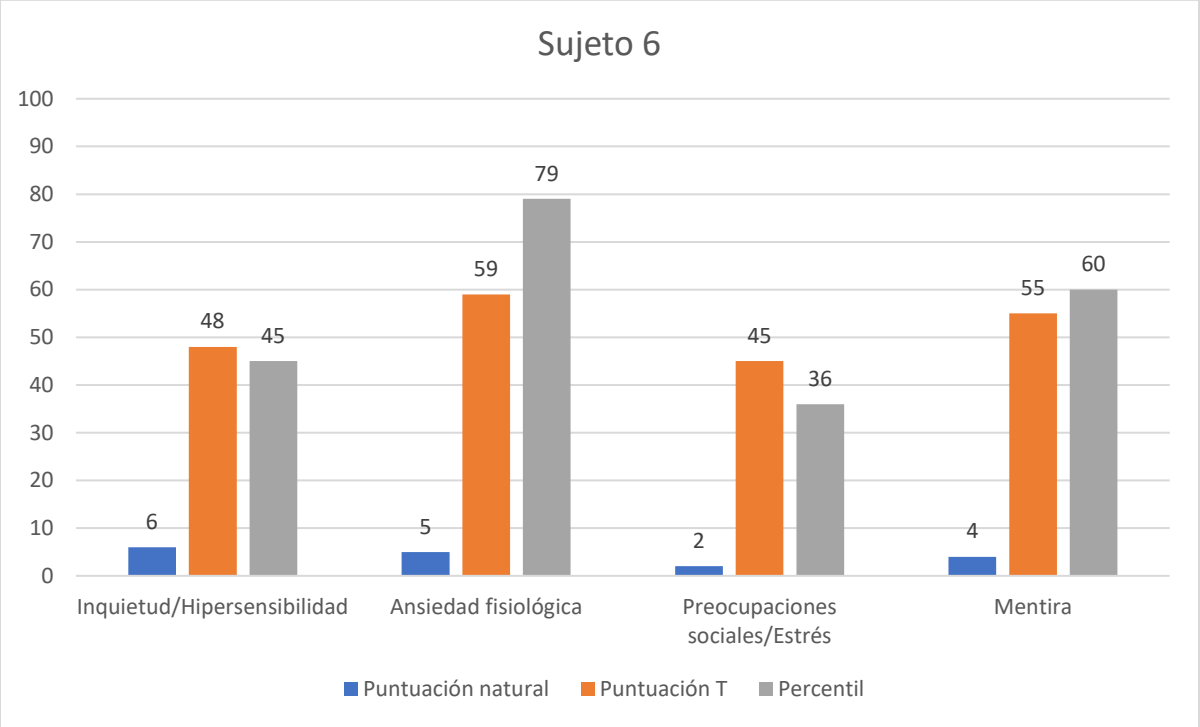
Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



Nota. Esta figura corresponde al sujeto 5, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 13, una puntuación T de 68 y un percentil de 96, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra en la escala mentira con una puntuación natural de 4, puntuación T de 55 y un percentil de 63.

Grafica 10

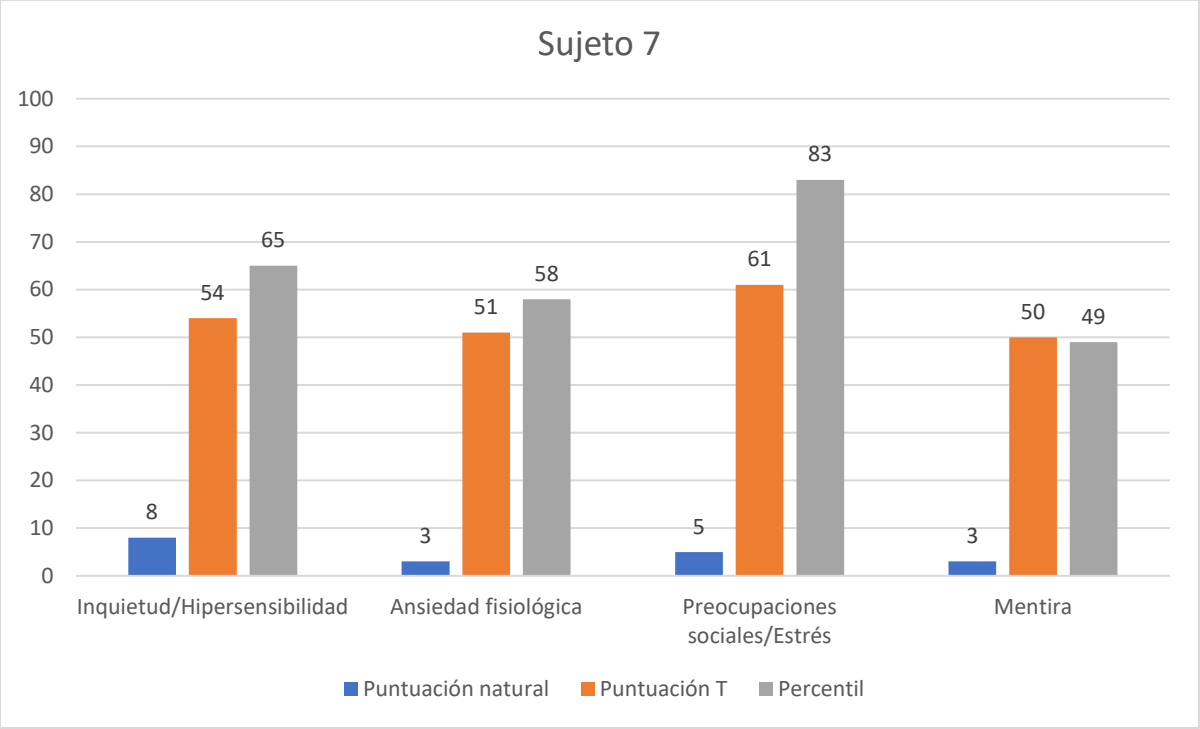
Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



Nota. Esta figura corresponde al sujeto 6, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 6, una puntuación T de 48 y un percentil de 45, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra en la escala de preocupaciones sociales/estrés con una puntuación natural de 2, puntuación T de 45 y un percentil de 36.

Figura 11

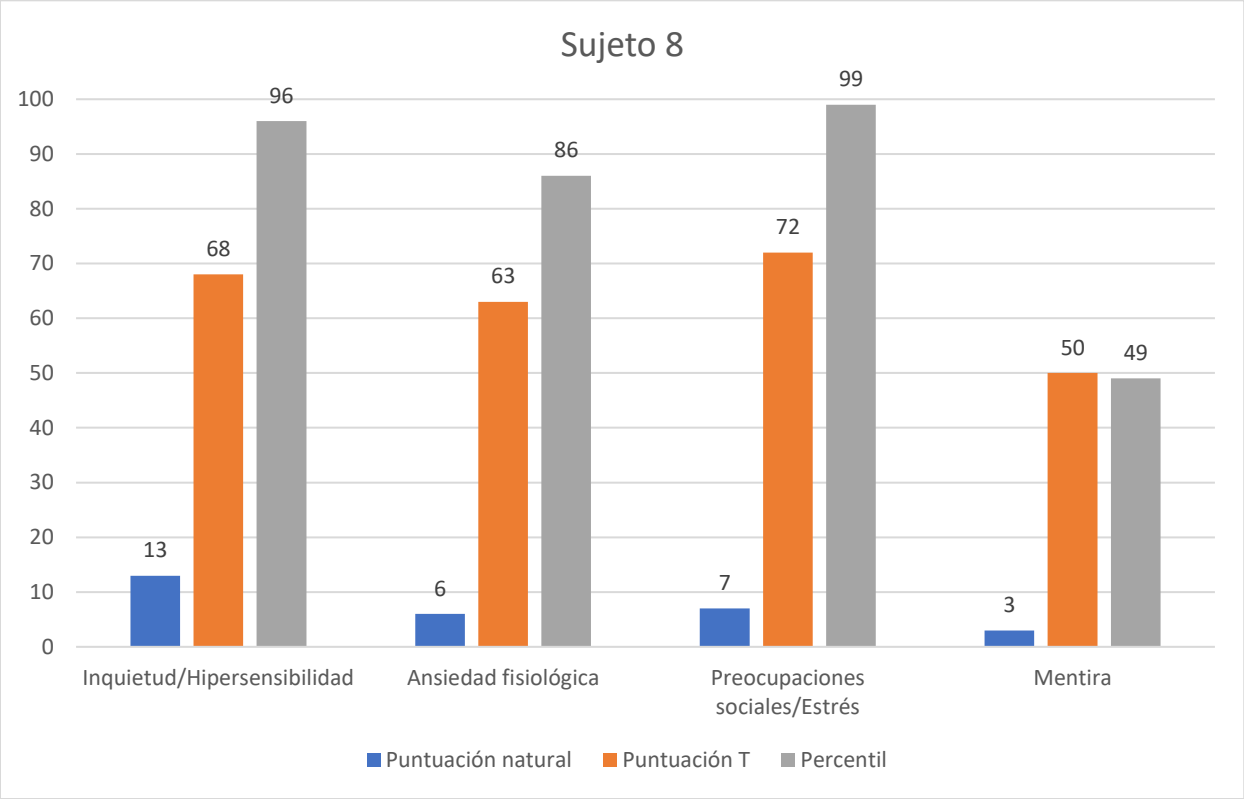
Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



Nota. Esta figura corresponde al sujeto 7, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 8, una puntuación T de 54 y un percentil de 65, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra tanto en la escala de ansiedad fisiológica como en mentira con una puntuación natural de 3 para ambas, puntuación T de 51 para la primera y de 50 para la segunda y un percentil de 65 y 49 respectivamente.

Figura 12

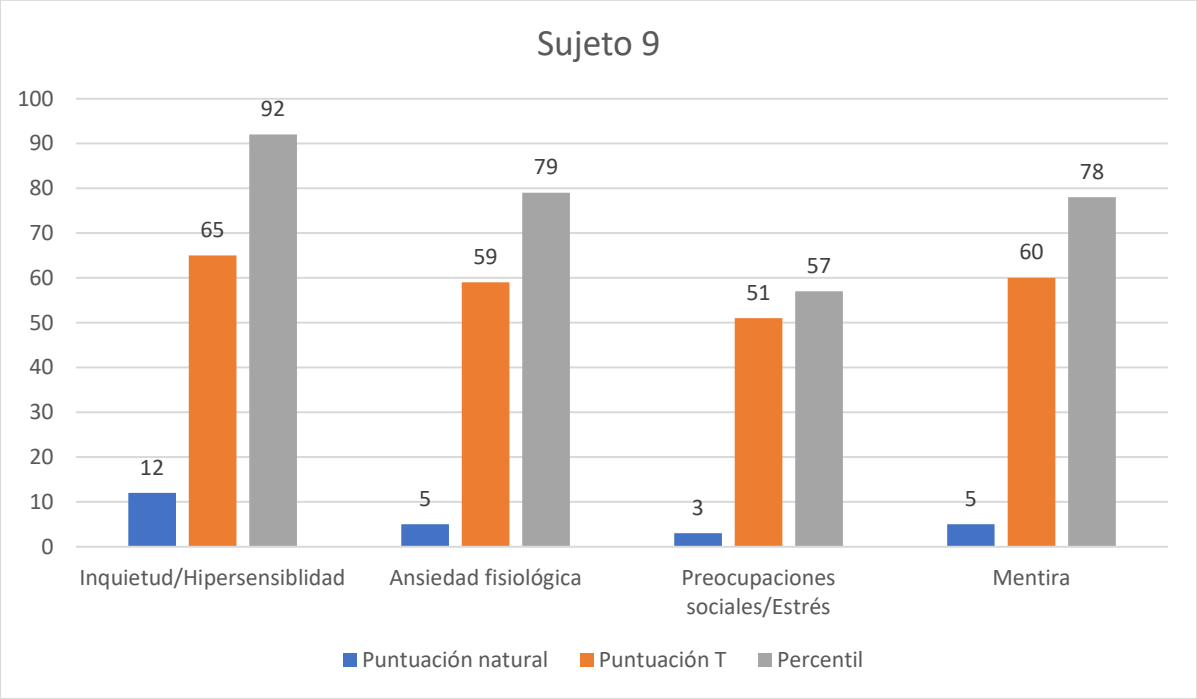
Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



Nota. Esta figura corresponde al sujeto 8, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 13, una puntuación T de 68 y un percentil de 96, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra en la escala mentira con una puntuación natural de 3, puntuación T de 50 y un percentil de 49.

Figura 13

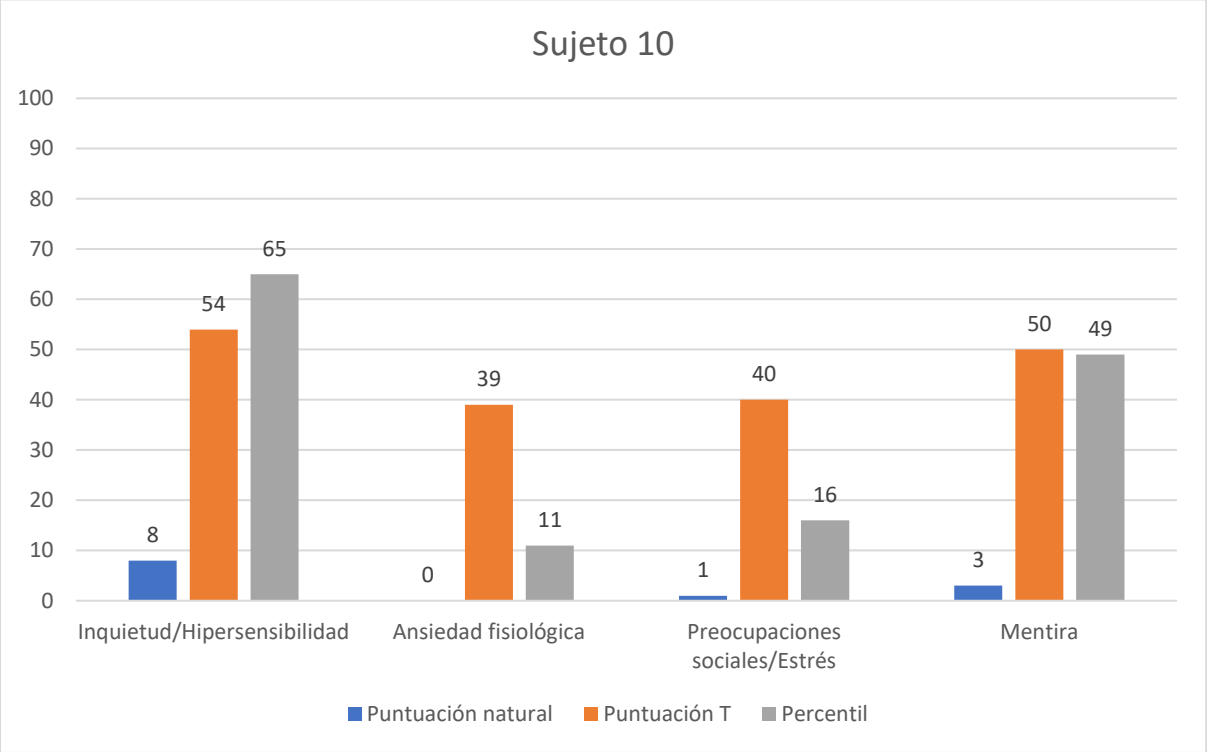
Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



Nota. Esta figura corresponde al sujeto 9, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 12, una puntuación T de 65 y un percentil de 92, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra en la escala de preocupaciones sociales/estrés con una puntuación natural de 3, puntuación T de 51 y un percentil de 57.

Figura 14

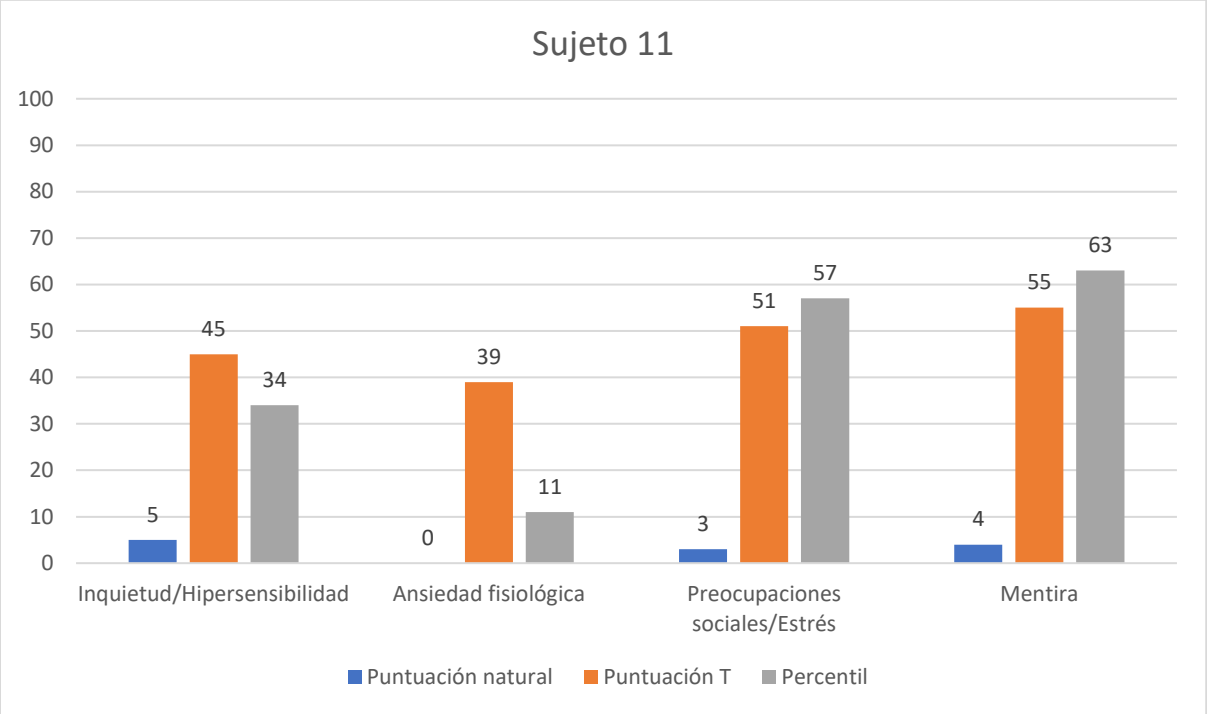
Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



Nota. Esta figura corresponde al sujeto 10, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 8, una puntuación T de 54 y un percentil de 65, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra en la escala ansiedad fisiológica con una puntuación natural de 0, puntuación T de 39 y un percentil de 11.

Figura 15

Subescalas de la forma autocalificable AMAS – A, por sujeto



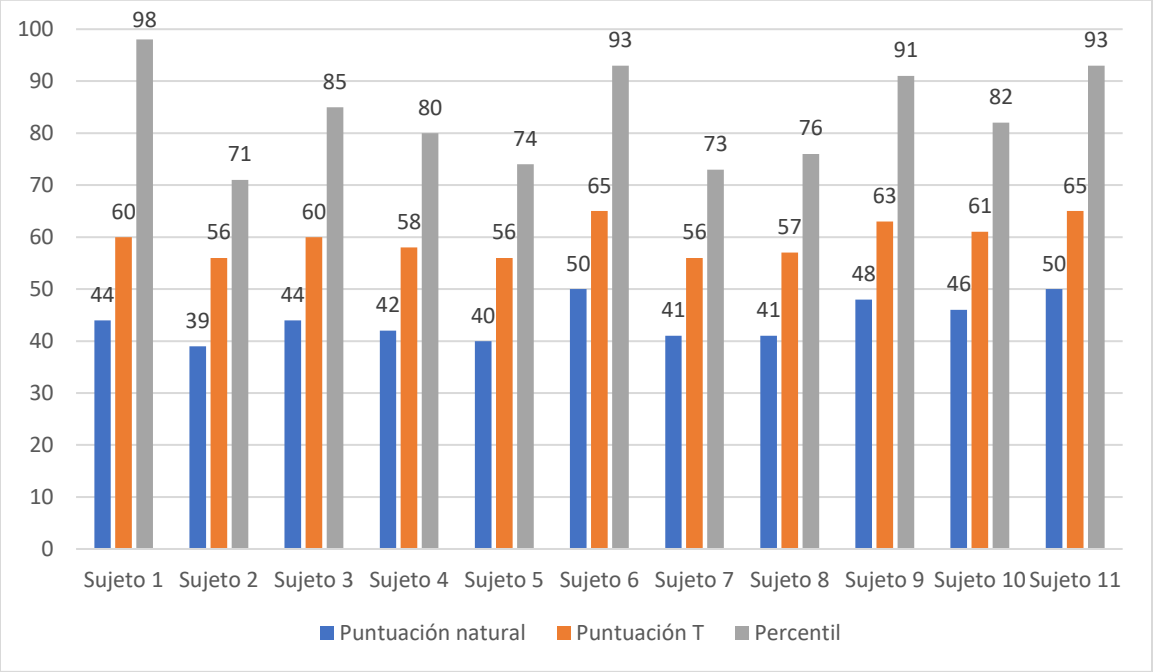
Nota. Esta figura corresponde al sujeto 11, donde se puede observar que de las cuatro subescalas que se presentan en la forma autocalificable AMAS – A, obtiene una mayor puntuación en inquietud e hipersensibilidad con una puntuación natural de 5, una puntuación T de 45 y un percentil de 34, por otro lado, su puntuación más baja se encuentra en la escala ansiedad fisiológica con una puntuación natural de 0, puntuación T de 39 y un percentil de 1.

La figura presentada es la última correspondiente a los sujetos de la muestra en relación con el Test AMAS – A.

A continuación, se seguirá con el orden establecido de las tablas presentadas en el aparatado 4.1.

Figura 16:

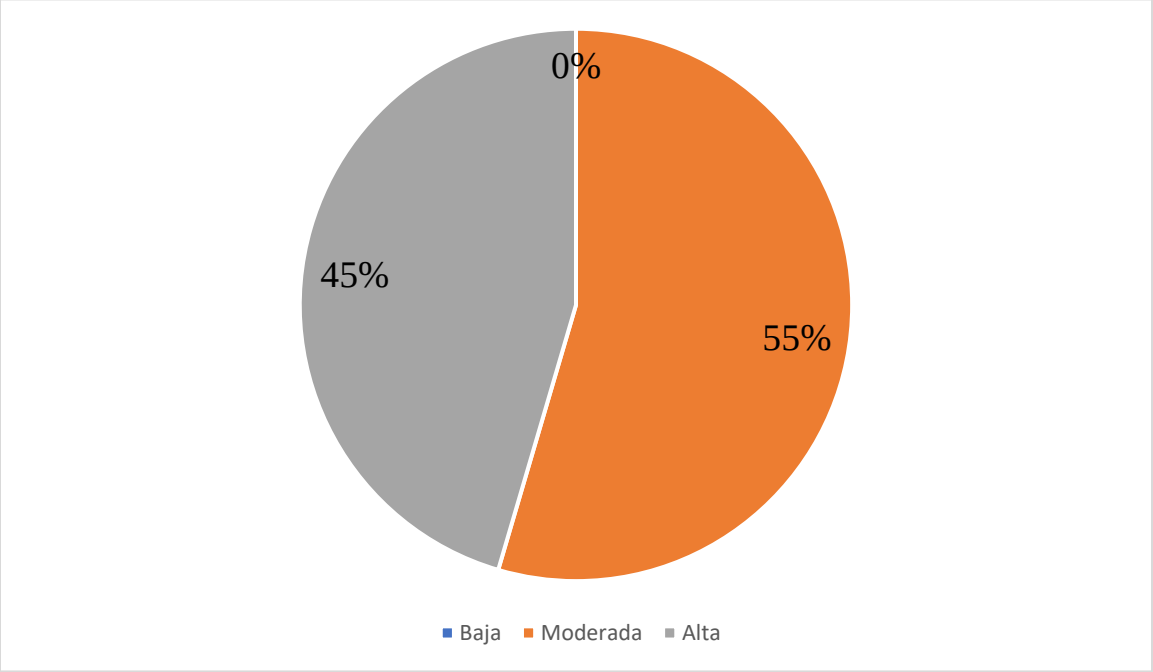
Resultados de la escala estado del Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE



Nota. La figura 16 muestra los resultados de la ansiedad en estado del inventario IDARE, donde se puede observar que el sujeto 1, muestra las puntuaciones más altas correspondientes a una puntuación natural de 44, puntuación T de 60 y un percentil de 98, mientras que el sujeto 2 obtiene las puntuaciones más bajas con una puntuación natural de 39, puntuación T de 56 y un percentil de 71.

Figura 17

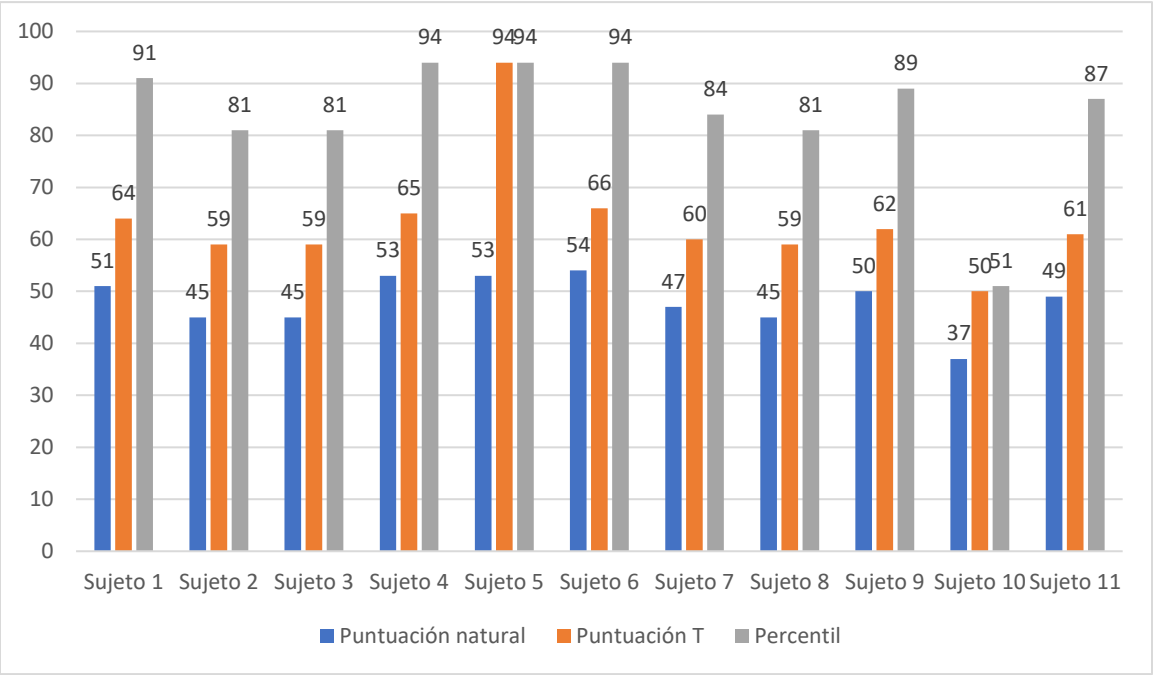
Niveles de ansiedad por porcentaje de la escala estado del Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE



Nota. La figura 17, muestra los niveles de ansiedad estado por porcentaje del inventario IDARE; donde el 55% de la muestra total obtiene un nivel moderado en ansiedad estado, mientras que el 0% muestra un nivel bajo de ansiedad estado.

Figura 18

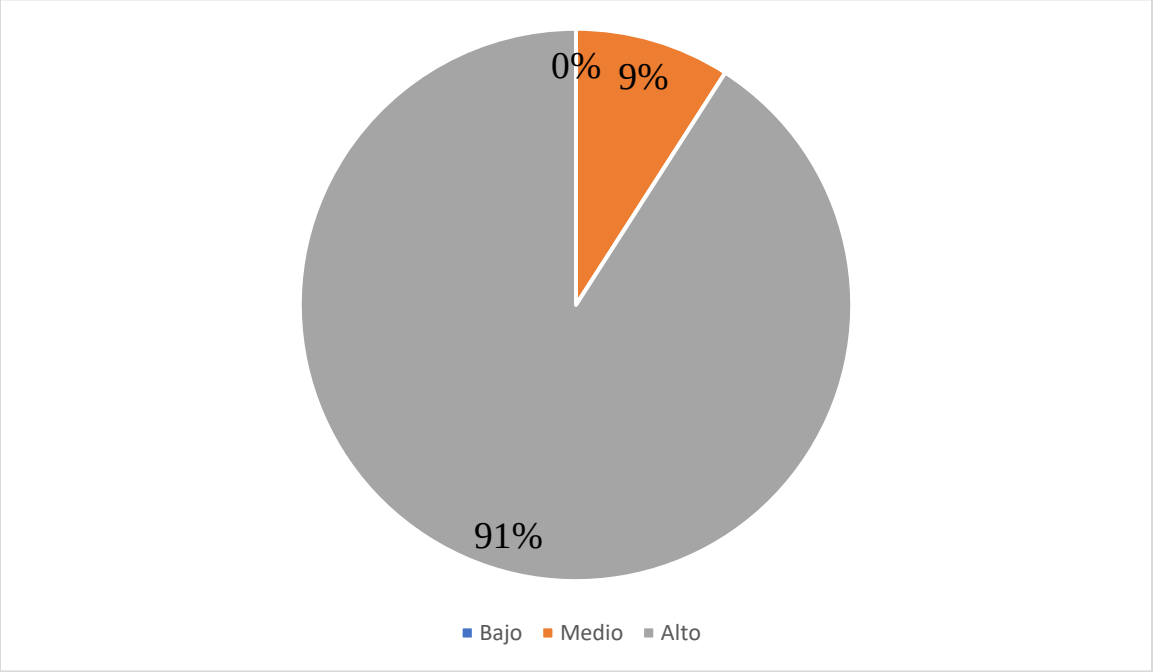
Niveles de ansiedad por porcentaje de la escala rasgo del Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE



Nota. La figura 18 muestra los resultados de la ansiedad en rasgo del inventario IDARE, donde se puede observar que el sujeto 6, muestra las puntuaciones más altas correspondientes a una puntuación natural de 54, puntuación T de 66 y un percentil de 94, mientras que el sujeto 10 obtiene las puntuaciones más bajas con una puntuación natural de 37, puntuación T de 50 y un percentil de 51.

Figura 19

Niveles de ansiedad por porcentaje de la escala estado del Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado IDARE



Nota. La figura 19, muestra los niveles de ansiedad rasgo por porcentaje del Test IDARE; donde el 91% de la muestra total obtiene un nivel alto en ansiedad rasgo, mientras que el 0% muestra un nivel bajo de ansiedad rasgo.

4.3 Análisis de los Datos

A continuación, se realiza el análisis de datos basados en la información previamente presentada, la cual fue recabada de los test: inventario de ansiedad de Beck, AMAS – A e IDARE en el centro para el neuro desarrollo Autismo sin límites (ASL).

Empezando el análisis con el inventario de Beck, este requiere que mientras se responda, los sujetos tengan en mente que solo deben considerar la última semana, incluido el momento en el que se está respondiendo el inventario. Ante esta aplicación, los sujetos involucrados, tanto terapeutas como académicos, obtienen un 45.05% para los niveles de ansiedad leve y moderada. Por lo que se puede decir que el 90% de la muestra, durante la última semana, presentaban signos y síntomas de ansiedad. Esto deja ver que, los sujetos de la muestra, presentan la sintomatología somática como subjetiva ya sea de manera leve o moderada.

Continuando con el inventario Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos en su forma autocalificable AMAS- A se obtienen resultados en cuatro de los cinco niveles que proporciona el AMAS. Siendo el nivel “clínicamente significativo” el que presenta mayor porcentaje con un 37% de la muestra final, en segundo lugar, con 27% está el nivel de ansiedad “esperada”, y, por último, con 18% los niveles de “elevación leve” y “baja”. Los resultados muestran que un 55% de los sujetos tienen una ansiedad que puede verse reflejada en su vida diaria, de acuerdo con el test podrían ser sujetos temerosos, con un exceso de preocupaciones y rigidez en el proceso de pensamiento. El 45% de los sujetos están en los niveles de ansiedad: esperada o baja, se pueden tomar como individuos confiados centrados o individuos adaptados a su entorno o con una tendencia adaptativa a pesar de las inseguridades o dificultades.

Por último, el inventario IDARE en su escala: Estado, de los tres niveles que se pueden presentar, el 55% se encuentra dentro del nivel de ansiedad moderada, dejando al 45% para el nivel alto de ansiedad. Para esta escala, las instrucciones dejaban claro que el sujeto tenía que tener en cuenta específicamente como se sentía en ese momento para responder la escala. Esto de acuerdo con el test, la mayoría de los sujetos, se encontraban con sintomatología de ansiedad moderada.

La escala Rasgo pide al sujeto tener en cuenta para responder el cómo se siente generalmente, sin tomar en cuenta un periodo de tiempo. En esta escala, los resultados apuntan que el 91% la obtiene un nivel alto de ansiedad, dejando solo el 9% de la muestra en el nivel de ansiedad medio. De esta forma, presenta a los sujetos como individuos con una disposición alta a responder con ansiedad a situaciones que consideren amenazantes.

Capítulo 5: Conclusiones

A partir de los datos, se puede concluir que la ansiedad es percibida o definida de varias formas dependiendo del enfoque o punto de vista que se le pueda observar; no quiere decir que la diferencia entre la concepción de la ansiedad sea muy abismal, sin embargo, hay que tener en cuenta que en algunas ocasiones pueden existir pequeñas diferencias.

La ansiedad es parte del día a día, surge como una respuesta adaptativa para las situaciones de la vida que provocan una exigencia en el individuo; a su vez puede variar en intensidad y duración en cada uno; pero hay algo que todos los autores interesados en la ansiedad tienen en común, es la idea de que, si la ansiedad persiste por mucho tiempo y entorpece la supervivencia o toma de acciones del sujeto para su bienestar es considerada negativa para el individuo.

El presente trabajo de investigación tiene un interés en el personal de Autismo Sin Límites, con respecto a sus niveles de ansiedad. A continuación, en base al análisis de datos anterior a este capítulo, se presentan las conclusiones de acuerdo con las hipótesis planteadas para esta tesis.

Los resultados obtenidos de la aplicación del inventario de ansiedad de Beck, se puede concluir que, no se cumple la hipótesis donde se estimaba que el 70% de la muestra presenta niveles moderados de ansiedad en el inventario de Beck. Ya que a pesar de que todos los participantes mostraban sintomatología de ansiedad, variaban entre los niveles leve con un 45.05%, moderada de igual forma con un 45.05% y severa con un 9%.

Continuando con la segunda hipótesis donde se estimaba que el 70% de los participantes tendría un nivel de ansiedad total leve en la Escala AMAS, no pudo ser comprobada; ya que, solo el 18% estaba dentro de este nivel, dejando al nivel clínicamente significativa con un porcentaje de 37%, siendo este el más alto de los porcentajes.

La tercera hipótesis correspondiente al Inventario IDARE en su escala estado, afirma que el 70% de los participantes tiene un nivel moderado de ansiedad; dicha hipótesis no pudo ser confirmada ya que los resultados obtenidos indican que solo el 55% de los participantes se encuentra dentro de este nivel de ansiedad.

La última hipótesis dirigida al Inventario IDARE en su escala rasgo, afirma que el 90% de los participantes presentan niveles altos de ansiedad. Esta hipótesis sí se confirma, ya que los resultados obtenidos marcan que el 90.90% de los participantes entran en los niveles altos de ansiedad rasgo.

Por lo tanto, de acuerdo a los objetivos generales de la investigación de demostrar que el 70% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan niveles moderados de ansiedad en el inventario de Beck, no pudo ser cumplido.

El segundo objetivo era demostrar que el 70% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan ansiedad total de elevación leve en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos AMAS-A, tampoco pudo ser cumplido.

El tercero de los objetivos consistía en demostrar que el 70% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan niveles moderados de ansiedad en la escala estado del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE, no fue cumplido en los resultados de la investigación.

Cuarto y último objetivo general de la investigación era el demostrar que el 90% de los académicos y psicólogos del centro de neurodesarrollo autismo sin límites, presentan niveles altos de ansiedad en la escala rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE; este, a diferencia de los tres objetivos anteriores sí logró cumplirse, ya que los resultados de la investigación arrojaron un total de 90.90%.

De forma general y resumiendo los objetivos anteriores, el objetivo de la investigación fue determinar los niveles de ansiedad en el personal académico y terapéutico de Autismo Sin Límites A.C.

En otras investigaciones tales como: "Niveles de ansiedad que presentan los trabajadores del organismo Judicial de la cabecera departamental de Huehuetenango" por Sum en el 2015, concuerdan en cierta forma con los resultados de esta investigación, ya que Sum concluye que sujetos de su muestra de edades de entre 20 y 34 años presentan niveles de ansiedad leve, moderado y grave al igual que en esta investigación.

Acercándose un poco más a las personas que laboran en el sector salud en general, Tellez en su investigación del 2001, titulada: "Niveles de estrés y ansiedad en el personal médico, paramédico y de enfermería de la Cruz Roja mexicana", donde en sus conclusiones, presenta que la diferencia entre los resultados de ansiedad rasgo- estado en su población se debe a que el personal médico y paramédico tiene funciones diagnósticas, lo que genera una ansiedad en el momento (estado), mientras que el personal de enfermería tiene funciones de cuidado, y acompañamiento en la rehabilitación lo que podría explicar los altos niveles en ansiedad rasgo, dicha conclusión podría relacionarse con la presente investigación ya que el personal tanto terapéutico y académico de Autismo sin límites no tiene funciones de diagnóstico, si no, de hasta

cierto punto, de rehabilitación o acompañamiento para el desarrollo de habilidades que se consideraban inexistentes o alternativas de habilidades no presentadas por los pacientes.

En un artículo del 2017, de Sánchez y Velasco titulado: “Comorbilidad entre síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en una muestra de profesores de Educación Básica del Estado de México”, presentan conclusiones similares a la realizada en Autismo Sin Límites, ya que entre los resultados y conclusiones se puede observar respuestas positivas para la sintomatología ansiosa en el personal educativo, sin embargo, también concluyen una relación alta entre la ansiedad y el síndrome de Burnout.

En la investigación de Serrano: “Prevalencia de ansiedad en psicólogos miembros de la Brigada de Apoyo Psicosocial durante la pandemia covid-19. Reporte de Investigación Empírica” del 2021, se tomó en cuenta para estas conclusiones al ser una de las que va enfocada al personal psicológico de México (egresados de la UNAM), en esta investigación, se pueden observar los siguientes resultados obtenidos del Inventario de ansiedad de Beck, presentan una prevalencia de ansiedad en los psicólogos de su población 55.33% para un nivel mínimo de ansiedad, un 21.29% en cuanto a un nivel leve de ansiedad, un 13.33% en el nivel moderado de ansiedad y un 9.33% para el nivel grave de ansiedad; que contrastan con los resultados de esta investigación de acuerdo al inventario de Beck con unos niveles de ansiedad donde un 0% de la muestra presenta niveles mínimos de ansiedad el 46% de la muestra total obtiene un nivel leve y un 45% niveles de ansiedad moderados, concordando solamente con el 9% de niveles graves de ansiedad. Unas de las probables causas que en lo personal se consideran para la diferencia de estos resultados es la experiencia que conllevan los años de ejercer la profesión, así como las circunstancias situacionales propias de cada grupo de investigación.

De forma genérica, la finalidad de esta investigación, si bien, no fueron cumplidos los objetivos en su totalidad; se puede observar mediante la información de los resultados recopilada en el análisis de datos, que el personal de la asociación, sí presenta sintomatología ansiosa, incluso se observa que hay empleados que los presentan más que otros, sin embargo, los niveles que presentan aún les permiten continuar con sus actividades sin verse afectados tan negativamente, sin embargo, casi todo el personal (90.90%) es propenso a responder con características ansiosas a situaciones detonantes de la misma (que pueden variar dependiendo del individuo).

A punto de finalizar con este capítulo, se recomienda a la directora de Autismo Sin Límites María de Jesús Almeida y a la coordinadora de la misma asociación, Verónica Lorenzo promover la salud mental de sus trabajadores y considerar aplicar la NOM-035 de los factores de riesgo de psicosocial de la STPS, aunque, por lo estipulado no cuente con el número de personas laborando para ejercer dicha norma, sin embargo, está acercándose al número requerido para su aplicación.

A los antropólogos o investigadores en general, se les exhorta a expandir la visión de las poblaciones de estudio en cuanto a profesionales, considerar introducir y dar su lugar a los psicólogos dentro de los profesionales que pertenecen a las carreras o profesionales que se desempeñan también dentro del ámbito de la salud, ya que durante la realización de esta investigación se pudo observar una frecuente referencia a los profesionales de salud, sin embargo, estos se limitaban en su mayoría a médicos, enfermeros y en otros casos a una variedad limitada de especialistas de medicina. Así como las causas o circunstancias que pueden generar ansiedad en las distintas sociedades y profesiones existentes en la población mexicana.

Por otro lado, psicólogos y colegas egresados de psicología, no deben olvidar que son seres humanos, que sienten, perciben y se emocionan como cualquier otro individuo; por lo tanto, incentivar o darle una mayor importancia a los psicólogos como población de estudio, para ir rompiendo estereotipos que tienen acerca de nosotros que nos hacen ver como humanos perfectos.

De igual forma, a los profesores universitarios de la carrera de psicología, no importa el área en la que se enfoque su enseñanza (social, clínica, laboral, educativa), incitar a los estudiantes a cuidar su salud mental y asistencia a psicoterapia, no solo mientras se esté estudiando, si no durante periodos que lo consideren e incluso a lo largo de su ejercer como profesionista ante la sociedad en general.

Referencias

A. Clark, D., & T. Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad.* Henao: Desclée De Brouwer.

Aldo Conti, N., & Stagnaro, J. C. (2007). *Historia de la ansiedad.* Buenos Aires, Argentina: Polemos.

Álvarez, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica.*

American psychiatric association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Panamericana.

Asociación de academias de la lengua española. (s.f.). *Real Academia Española*. Obtenido de Real academia española: https://dle.rae.es/ansiedad

Azcona Castellot, J. R., Guillén Subirán, C., Meléndez López, A., & Pastrana Jiménez, J. (2016). *Guía sobre el manejo del estres desde medicina del Trabajo.* Barcelona: Sans Growing Brands.

Bandura, A., & H. Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.* Alianza Editorial.

Cano Vindel, A., & Aguirregabiria, B. (1989). La teoría de la emoción de James: Pasado y presente de las cuestiones básicas. *Revista de historia de la psicología*, 249-259.

Chávez, C. F. (2019). *Metodología de la Investigación.* Córdoba, Argentina: El Cid Editor.

Chorot, P. (1991). Teoría de incubación de la ansiedad: evidencia empírica. *Rev. de Psicol. y Aplic.*, 435-445.

Comisión Europea. (2000). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo ¿La sal de la vida o el besode la muerte?* Luxemburgo: Comunidades Europeas.

Correa, P. R. (2008). *Ansiedad y sobreactivación.* Henao: Desclée De Brouwer.

de Ansorena Cao, A., Cabo Reinoso, J., & Romero Cagigal, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 30-45.

Díaz Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 42-50.

Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1996). *Tratado de psiquiatría.* Barcelona: Masson, S.A.

Eysenck, M. W., Santos, R., Derakshán, N., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and Cognitive Performance: Attentional Control Theory. *Emotion*, 336-353.

Freud, S. (1975). La angustia. En S. Freud, *Obras completas* (págs. 357-374). Argentina: Amorrortu editores.

Gobierno de méxico. (22 de Octubre de 2019). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención.* Obtenido de Secretaria del Trabajo y Previsión Social: https://www.gob.mx/stps/articulos/norma-oficial-mexicana-nom-035-stps-2018-factores-de-riesgo-psicosocial-en-el-trabajo-identificacion-analisis-y-prevencion#:~:text=La%20NOM%20035%20tiene%20como,en%20los%20centros%20de%20trabajo

Guadalupe, L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida.* Cengage Learning.

Haseloff, O. W., & Jorswieck, E. (2020). La teoría bifactorial del aprendizaje. *El aprender*.

Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* Ciudad de México: Mc Graw Hill Interamericana .

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación.* Mc Graw Hill / Interamericana .

James, W. (1884). What is an emotion? *Mind Association*, 188-205.

Klein Trust, M. (2008). Analisis infantil (1923). En M. Klein Trust, *Amor, culpa y reparación y otros trabajos* (págs. 88-115). México: Paidós.

L. Hill, C. W., & R. Jones, G. (s.f.). *Administración estratégica. Un enfoque integral.* Cengage Learning.

L. Wheelen, T., & Hunger, J. D. (2007). *Administración estratégica y política de negocios. Conceptos y casos* . México: Person Educación.

Maslach, C. (2003). The Burnout Syndrome. En C. Maslach, *Burnout the cost of caring* (págs. 2-24). Cambridge: Malor Books.

Miguel Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad.* Madrid: Aguilar.

Observatorio Vasco De Acoso Moral. (2012). *La Salud Mental de las y los Trabajadores.* Madrid: La Ley.

Oficina Internacional del trabajo et al. . (1998). ANSIEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO. En R. D. Beaton, *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo* (págs. 5.12- 5.13). Madrid: Chantal Dufresne, BA.

Organización internacional del trabajo . (1998). Estado de animo y afecto. En *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (págs. 5.2-5.20). Chantal Dufresne, BA.

Organización Mundial de la Salud. (17 de Junio de 2022). *Organizacion mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Palmero, F. (1996). Aproximación biológica al estudio de la emoción. *Anales de psicología*, 61-86.

Paz, G. B. (2017). *Metodología de la investigación.* Cd. de México: Patria.

R. Lawyer, S., & A. Smitherman, T. (2004). Trends in Axiety Assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 101-106.

Rasgado, M. d. (07 de Noviembre de 2022). Autismo Sin Límites AC. (I. D. Salinas, Entrevistador)

Ries, F., Castañeda Vázquez, C., Campos Mesa, M. d., & Del Castillo Andrés, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 9-16.

Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad.* Espasa.

Salaberría, K., Fernández, J., & Echeburúa, E. (1995). Ansiedad normal, ansiedad patologica y trastornos de ansiedad ¿un camino discontinuo? *Boletín de Psicología* , 67-81.

Sánchez Narváez, F., & Velasco Orozco, J. J. (2017). Comorbilidad entre síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en una muestra de profesores de educación básica del estado de México. *Papeles de población*, 261-286.

SEGOB. (23 de Octubre de 2018). *NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención.* Obtenido de

Diario Oficial De La Federación: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018#gsc.tab=0

Serrano Ceja, L. (2021). *Prevalencia de ansiedad en psicólogs miembros de la Brigada de Apoyo Psicosocial durante la pandemia covid-19. Reporte de Investigación Empírica.* Estado de México.

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar E Subjetividade*, 10-59.

Skinner, B. F. (1971). *Ciencia y conducta humana.* Barcelona: Fontanella.

Sum Robles, M. R. (2015). *"NIVELES DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS TRABAJADORES DEL ORGANISMO JUDICIAL DE LA CABECERA DEPARTAMENTAL DE HUEHUETENANGO".* Huehuetenango.

Tellez Romero, A. T. (2001). *NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO Y DE ENFERMERIA DE LA CRUZ ROJA MEXICANA.* México, D.F.

Watson, J. B., & McDougall, W. (1947). *El conductismo.* Buenos Aires: Médico Quirúrgica.

Winnicott, D. W. (1965). La teoria de la relacion entre progenitores-infante (1960). En D. W. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (págs. 47-72). Paidós.

Wolpe, J. (2007). *Práctica de la terapia de la conducta.* México, D. F.: Trillas.