



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*DIFERENCIAS EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE LOS
ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DON
VASCO, A.C.*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Luis Enrique Macías Cuevas

Asesora: Lic. Leticia Espinosa García

Uruapan, Michoacán. 10 de agosto de 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema.	4
Objetivos.	5
Hipótesis.	6
Operacionalización de la variable.	7
Justificación.	9
Marco de referencia.	10

Capítulo 1. La ansiedad.

1.1. Definición de ansiedad.	13
1.2 Tipos de ansiedad.	14
1.2.1 Ansiedad normal.	15
1.2.1.1 Ansiedad entre hombre y mujer.	15
1.2.1.2 Ansiedad Rasgo-Estado.	18
1.3 Ansiedad patológica.	20
1.3.1 Trastornos de ansiedad.	21
1.4. Manifestaciones de la ansiedad.	39
1.4.1. Manifestaciones psicológicas de la ansiedad.	39
1.4.2. Manifestaciones fisiológicas de la ansiedad.	40
1.4.3. Manifestaciones conductuales de la ansiedad.	41

1.4.4. Manifestaciones sociales de la ansiedad.	42
---	----

Capítulo 2. Juventud en universitarios.

2.1 Juventud.	44
2.2 Características del joven.	45
2.2.1. Ansiedad en la juventud.	45
2.3. Adolescencia.	47
2.3.1. Adolescencia temprana.	48
2.3.2. Adolescencia tardía.	50
2.3.3. Fracaso al término de la adolescencia.	54
2.4. Adulthood temprana.	54
2.4.1. Aspectos biopsicosociales de la adultez temprana.	55
2.4.2. Educación del adulto.	57
2.4.3. Elección de pareja.	58
2.4.4. Elección de pareja según el género.	69
2.4.5. Madurez.	61
2.4.6. Inmadurez.	66
2.5. Ansiedad en el estudiante.	68

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción de la metodología.	70
3.1.1 Enfoque cuantitativo.	70
3.1.2 Investigación no experimental.	74

3.1.3 Estudio transversal.	74
3.1.4 Alcance comparativo.	76
3.1.5 Técnicas de recolección de datos.	77
3.2 Descripción de la población.	82
3.3 Descripción del proceso de investigación.	83
3.4 Análisis e interpretación de resultados.	86
3.4.1. Nivel de ansiedad de las mujeres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.	86
3.4.2. Nivel de ansiedad de los hombres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.	91
3.4.3. Comparación entre los niveles de ansiedad de las mujeres respecto al de los hombres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.	93
Conclusiones	97
Bibliografía	101
Mesografía	108
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad de las mujeres, con respecto a los de los hombres, estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, de Uruapan, Michoacán.

En esta parte inicial se encuentran los antecedentes de la investigación, el planteamiento del problema y los objetivos de la investigación; además, se establece la hipótesis, la forma de operacionalizar la variable de este estudio, la justificación y el marco de referencia.

Antecedentes.

La palabra ansiedad “viene del latín ‘*anxietas*’, el cual es derivado de ‘*angere*’ que significa estrechar y se refiere a un malestar físico muy intenso” (Mardomingo; 1994: 281).

Jarne (2011) menciona que la ansiedad es un estado subjetivo de un malestar, tensión, displacer y alarma, el cual hace que el sujeto se sienta molesto. Esta definición sugiere que el sujeto adquirirá una serie de malestares físicos y emocionales al momento de que perciba estímulos internos o externos.

Teóricamente hablando, los estados y los rasgos ansiosos de los hombres en términos generales presentan niveles bajos. En el caso de las mujeres, sus niveles de ansiedad suelen ser más altos, comparados con los varones.

Las exigencias académicas de los universitarios no están exentas de generar, en el joven, ansiedad. Hasta la fecha, no hay una respuesta que afirme que en una carrera donde predominan las mujeres, como es la Licenciatura en Psicología, exista más ansiedad en ellas que en sus compañeros varones.

Las publicaciones de investigaciones recientes evidencian que actualmente se están presentando estudios con respecto a los niveles de ansiedad, los cuales están enfocados a alumnos universitarios, como continuación se mencionarán:

En el año 2007, se realizó en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en la ciudad de México, una investigación llamada “depresión y ansiedad en estudiantes universitarios” realizada por Campos y cols., cuyo objetivo era conocer la relación que tiene la ansiedad con la depresión. Durante el desarrollo de la investigación, se tuvo que obtener el nivel de ansiedad y de depresión en ochenta alumnos de nivel universitario por medio de dos instrumentos, los cuales fueron: la Escala Beck para niveles de depresión y la Escala Hamilton para evaluar niveles de ansiedad. El resultado del estudio mostró que no existió una diferencia notable entre la ansiedad y la depresión, sin embargo, los puntos más altos de ansiedad registrados fueron de alumnas de quinto semestre.

En el año 2013, por otra parte, se realizó un estudio encabezado por Sáenz, titulado “Comparación de los niveles de ansiedad y consumo de tabaco en jóvenes universitarios” realizado en la Universidad Mayor en Temuco, Chile, dicho estudio intentaba hacer una comparación entre los niveles de ansiedad y los niveles de consumo de tabaco en jóvenes universitarios, separando por sexos (hombre y mujer) a los estudiantes. En el estudio participaron cuarenta estudiantes de psicología, a los cuales se les aplicaron la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Test de Fagerstrom, para la dependencia de nicotina. El resultado de dicha investigación observó que las mujeres mostraron un nivel de ansiedad psíquica más alta que los hombres, sin embargo, se determinó que la presencia de ansiedad somática es un poco más alta en los hombres, respecto a las mujeres, si bien dicha diferencia es mínima.

En la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Distrito Federal, México en el año 2010, se realizó una investigación que lleva por título “Correlación entre ansiedad y bienestar psicológico en estudiantes que ingresan a la universidad”, llevada a cabo por Villaseñor, en la cual se buscó verificar una correlación entre la ansiedad y el bienestar psicológico en alumnos que ingresan a la Universidad. Esta investigación midió la ansiedad (rasgo estado) y el bienestar personal (satisfacción personal, material y académica). Se aplicó la prueba IDARE (Ansiedad Rasgo- Estado) y la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) de José Sánchez Cánovas. Se utilizaron mil cuatrocientos treinta y cuatro estudiantes de primer ingreso de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los resultados indicaron que a mayor bienestar psicológico, hay un menor nivel de ansiedad en el

individuo, en cambio, a mayor nivel de ansiedad existe una menor percepción de bienestar psicológico. (Villaseñor; 2010).

Planteamiento del problema.

El incremento de la ansiedad se debe en la actualidad a que se vive en un mundo cargado de competencias, el cual exige a la persona que habita en él, un nivel de competitividad elevado, con el fin de poder cumplir con una serie de expectativas laborales, académicas, sociales y culturales, que se están presentando como exigencias cotidianas.

La vida cotidiana está sumergida en un dinamismo, por lo cual se considera un mundo cambiante. Un futuro incierto genera en el ámbito universitario un alto índice de competitividad escolar. Esto no solamente pertenece a las aulas, de hecho se extiende a las áreas de desempeño laboral, social, económico, político y emocional, las cuales generan en el universitario un grado elevado de ansiedad.

Por lo tanto, se debe tener en cuenta que la detección del nivel de ansiedad es menester para el alumno, debido a que le ocasiona trastornos que afectan de manera directa el desempeño en su vida diaria. De igual manera, se debe destacar que el nivel de ansiedad varía entre hombres y mujeres, debido a características específicas, ya sea del propio género o por cuestiones individuales y sociales. Por ende, esta investigación tiene su origen al intentar conocer el nivel de ansiedad entre los

estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de Uruapan, Michoacán. Se esta manera surge la siguiente pregunta:

¿Existe una diferencia entre los niveles de ansiedad de los hombres, respecto al de las mujeres, estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos.

El presente estudio va encaminado a la consecución de los lineamientos que se expresan a continuación.

Objetivo general.

Identificar una diferencia entre los niveles de ansiedad de las mujeres, respecto a los de los hombres, estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, de la ciudad de Uruapan, Michoacán

Objetivos particulares.

1. Definir concepto de ansiedad.
2. Describir los tipos de ansiedad.
3. Distinguir causas de la ansiedad.
4. Conceptualizar el término de juventud.

5. Señalar el grado de ansiedad rasgo-estado, en la muestra de las mujeres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
6. Distinguir el grado de ansiedad rasgo-estado, en la muestra de los hombres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
7. Comparar los niveles de ansiedad de las mujeres respecto a los de los hombres, en las muestras examinadas.

Hipótesis.

A partir del objetivo general y con base en la información disponible, se estructuró una respuesta anticipada sobre la problemática estudiada.

Hipótesis de investigación.

Existe una diferencia entre los niveles de ansiedad de los hombres, respecto a los de las mujeres, estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula.

No existe diferencia entre los niveles de ansiedad de los hombres, respecto a los de las mujeres, estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Operacionalización de la variable.

El instrumento que se empleó para medir la variable de estudio, fue la prueba de Identificación de Ansiedad Rasgo Estado IDARE, desarrollada en 1964 por el director del programa de Psicología Clínica de la Universidad del Sur de Florida, EUA, el Dr. Charles D. Spielberger Sánchez (2008) y estandarizada al español en el año 2002 por Díaz Guerrero. Dicha prueba es un inventario auto-evaluativo, el cual se puede aplicar de manera individual o colectiva y es diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: como estado de condición emocional y transitoria y como rasgo de propensión ansioso relativamente estable.

La prueba IDARE se subdivide en dos categorías: la escala A-Rasgo y la escala A-Estado, en la cual se pueden medir dos aspectos con respecto a la ansiedad que presenta la persona a quien se está aplicando dicho instrumento.

La escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente.

La escala A-Rasgo se utiliza para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional propensos a la ansiedad, y para evaluar el grado hasta el que los estudiantes que solicitan los servicios de asesoría psicológica o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica.

La escala A-Estado, consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

La escala A-Estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos.

Dicha prueba se conforma de un total de 20 ítems. En la escala Estado se encuentran 10 ítems positivos de ansiedad y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 ítems negativos.

La forma de respuesta en la que se aplica dicha prueba consta de una graduación de 0 a 4 en ambas escalas. En la Escala de estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación con los ítems formulados y cómo se siente generalmente en relación con los ítems de la escala de ansiedad como rasgo (Spielberger; 2002)

Justificación.

Los trastornos ligados a la ansiedad y al estrés han ido en evidente aumento a lo largo de los últimos años, por lo cual es un tema de vital importancia dentro del ámbito psicológico.

La ansiedad es un trastorno que afecta de manera indiscriminada y por ende, se generaliza que las personas viven comúnmente con ansiedad, sin embargo, se debe tener en cuenta que la ansiedad ataca en niveles distintos a los hombres en comparación a las mujeres.

La presente investigación será de utilidad a diferentes ámbitos dentro la psicología, tendrá el beneficio para los estudiantes que deseen adquirir información con respecto a la diferenciación de niveles de ansiedad entre hombres y mujeres. De igual manera, se utilizará para dar sustento a nuevas investigaciones.

Para los participantes, será beneficioso debido a que podrán conocer los resultados de la prueba y darse un panorama general con respecto a su nivel de ansiedad rasgo y estado, de esta manera, en aquellos sujetos que presenten niveles altos de ansiedad, se puede recurrir a un proceso de regulación de la misma.

Dentro del ámbito académico y laboral, los resultados beneficiarán a las personas que forman parte de una estructura institucional, por ende, con esta

información se podrán realizar nuevas formas de intervención o análisis para los grupos que se están presentando dentro de su contexto.

Finalmente, este trabajo servirá para el público en general y alumnos de diversas carreras, en caso de que les sea necesario obtener los conocimientos que el documento presenta.

Marco de referencia.

El lugar que fue seleccionado para llevar a cabo la presente investigación es la Universidad Don Vasco, A.C. (UDV), la cual tiene su ubicación en la ciudad de Uruapan, Michoacán, en el entronque carretera a Pátzcuaro no. 1100, colonia Don Vasco.

La Universidad Don Vasco es el resultado de un proyecto educativo de gran trascendencia para la comunidad de Uruapan. Dicha institución nació del sueño de dos seminaristas pertenecientes a la comunidad de Zamora, Michoacán. El señor cura José Luis Sahagún de la Parra y el Señor Pbro. Gonzalo Gutiérrez Guzmán. (Zalapa; 2010).

La institución comenzó a forjarse debido a la necesidad de una escuela de nivel medio y superior dentro de la ciudad de Uruapan, por lo cual en 1962 se inició un proyecto cuyo nombre original sería “Instituto Cultural Don Vasco”, en honor al hombre

sabio y piadoso que, inspirado en el mensaje cristiano, consagró su vida a satisfacer las necesidades materiales y espirituales del indígena michoacano.

Propiamente se inició en 1964 la Asociación Civil dando vida legal a este centro educativo, con esto se comenzaron las actividades de la secundaria; posteriormente de la preparatoria, hasta 1971 que se abrió oficialmente la carrera de Administración de Empresas dentro de la institución. Se tuvo como segunda carrera en 1977 la Escuela de Contaduría. Durante los años venideros se comenzaron a abrir carreras tales como Arquitectura, Trabajo Social, Planificación para el Desarrollo Agropecuario, Pedagogía, Diseño Gráfico, Ingeniería Civil, Derecho y Psicología.

La Universidad Don Vasco plantea como su lema: “Integración y superación” que cuenta con una profunda significación. El término “integración” se refiere a la unión de las mentes y de los esfuerzos para lograr una mejor formación humana y profesional (Zalapa; 2010). El término “superación” implica la expansión de las barreras que impiden el crecimiento personal, actuando en un desarrollo armónico de todas las capacidades de la persona.

La misión de la institución consiste en “Ser una institución formadora de personas con una inquebrantable, robustez de espíritu, forjadora de jóvenes responsables, generosos, críticos y creativos; conscientes de su trascendencia en cuanto a su origen y destino y reconstructores de la sociedad desde una amplia y mejor perspectiva” (Zalapa; 2010: 30).

La visión del plantel radica en “Ser la institución de mayor prestigio académico de la región, que sustenta su quehacer en criterios educativos orientados al desarrollo integral de los estudiantes; con personal docente y administrativo competente y con la infraestructura que aseguran una educación de vanguardia”. (Zalapa; 2010: 30).

Las instalaciones de la Universidad Don Vasco cuentan con más de sesenta aulas para el aprendizaje con la modalidad de curso, diez espacios para el trabajo tipo taller y doce áreas para aprender en sesiones tipo laboratorio, así como aulas equipadas con recursos de audio y video. La biblioteca particular universitaria es la más completa del municipio de Uruapan. Se cuenta además con instalaciones especiales como: laboratorios de fotografía, material audiovisual, laboratorio de televisión y radio, cámara de Gesell, ludoteca, laboratorios de química y física, laboratorios de hidráulica y resistencia de materiales y área de enfermería.

Los alumnos que pertenecen a la Universidad son de nivel socioeconómico medio, provienen principalmente del municipio de Uruapan y en menor medida de las localidades de tierra caliente, como Apatzingán, Nueva Italia, además de regiones aledañas a la meseta purépecha. El rango de edad promedio de los universitarios oscila entre los 18 a los 23 años. La cantidad de hombres con respecto a mujeres universitarias predomina. Una minoría de estudiantes trabaja y estudia al mismo tiempo, mientras que la mayoría depende económicamente de sus padres o tutores y no trabaja.

CAPÍTULO 1

LA ANSIEDAD

En este capítulo se hablará acerca de la variable de la ansiedad, en el cual se analizará como rasgo y estado. De igual manera, se examinarán las diferentes tipos de complicaciones de la ansiedad hacia la persona, y como repercute en su estado de bienestar integral.

1.2. Definición de ansiedad.

A continuación se dará una explicación con respecto a la variable a investigar. El concepto ansiedad proviene del vocablo latino, “*anxietas*”, el cual tiene como significado “aflicción o angustia”, según indica El Sahili (2010).

El término de ansiedad es definido como “un mecanismo adaptativo de defensa cuya función primordial es disponer las acciones más convenientes ante situaciones consideradas amenazantes.” (Baeza; 2008:11).

Chua y Dolan (citados por Arenas y Puigserver; 2009) definen la ansiedad como un estado negativo con tres componentes; uno fisiológico, la hipervigilancia; otro afectivo, el miedo y otro cognitivo, la indefensión. Su principal característica es la sensación de incontrolabilidad sobre posibles amenazas o daños.

Por otro lado la ansiedad se puede definir como una sobreactivación del sistema nervioso que puede provenir de problemas endógenos o exógenos momentáneos, el cual dará como resultado una activación del sistema simpático y endocrino al secretarse hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales. (El Sahili; 2010).

Por lo anterior, se define el concepto de ansiedad como una respuesta innata del ser humano, cuya función principal es salvaguardar la integridad del individuo con respecto a las situaciones que representen un peligro.

1.2 Tipos de ansiedad.

“La respuesta de ansiedad es donde podemos observar aumento del ritmo cardiaco y de la presión arterial, elevación del tono muscular, aumento del ritmo respiratorio, etc. Sirve para que el sujeto pueda emitir de forma más eficaz una respuesta defensiva o de huida ante un peligro. Desde el anterior punto de vista, la respuesta de ansiedad sería adecuada o adaptativa. Sin embargo, si esas mismas respuestas se emiten al tener que hablar en público, o tener que viajar en tren, o cada vez que un pensamiento neutro invade nuestra conciencia, entonces esa respuesta de ansiedad es desadaptativa y podemos hablar de ansiedad patológica”. (López; 2008: 481).

La ansiedad se puede manifestar en dos modalidades: normal y patológica. Sin embargo, se tienen que diferenciar de una manera precisa. Para ello, se desarrollan los siguientes subapartados.

1.2.1 Ansiedad normal.

Menciona Lorente (2008) que la ansiedad normal es aquella que se presenta de forma rápida con una duración moderada, la cual mantiene a la persona en un estado de alerta y mejora sus resultados. Este tipo de ansiedad es causado por objetos o situaciones en específico, las cuales crean el estado de ansiedad.

Baeza (2008) menciona que la ansiedad normal se experimenta durante pocos días, generalmente con una intensidad baja y de poca duración, lo cual resulta poco incapacitante. Este tipo de ansiedad no puede ni debe eliminarse, debido a que es un mecanismo de funcionamiento y adaptación, en tal caso se intenta convivir con la ansiedad sin perder operatividad.

1.2.1.3 Ansiedad entre hombre y mujer.

Los trastornos de ansiedad afectan de una manera notable a las mujeres en edad reproductiva, quienes son más propensas a desarrollar trastornos de ansiedad en comparación con los hombres.

Para Dallas y Shors (citados por Arenas y Puigserver; 2009), algunas de las razones por las cuales el sexo femenino presenta un índice más alto en los trastornos de ansiedad, es por la cuestión psicosocial y sociocultural que influye en los distintos tipos de afrontamiento de la persona, seguidos por el rol social, niveles educativos, estado civil, nivel de ingresos, apoyo y aislamiento social, adversidades en la etapa infantil, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición.

Sin embargo, se atribuyen otros rasgos tales como la predisposición genética, los rasgos de personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos.

Dentro de los factores biológicos, cabe mencionar el síndrome pre-menstrual en el caso de la mujer como un factor que puede desencadenar síntomas ansiosos. Este síndrome se describe como “un conjunto de disturbios somáticos, cognitivos y conductuales que ocurren de forma cíclica durante la fase lútea, con resolución rápida al acercarse el comienzo de la menstruación” (Niedlich; 2013: 02).

La American Psychiatric Association (2002) denomina a este síndrome como DPM o “desorden disfórico premenstrual” o “desorden de fase lútea”. Tiene por característica que es somático y afectivo, lo que produce una disfunción e incapacidad significativa en la mujer. Esto representa lo más grave de la sintomatología premenstrual y es una forma de trastorno depresivo o de ansiedad.

Lago (2007) menciona que a las mujeres se les facilita expresar sus miedos con más libertad en comparación con los hombres. Es posible que, gracias a los diferentes roles sociales y expectativas, tanto los hombres como las mujeres difieran en su voluntad para manifestar y admitir sus emociones de ansiedad.

Gerson (1998) señala que una problemática social es la de haber sido socializado para avergonzarse de los sentimientos de ansiedad y miedo, tanto en hombres como en mujeres. En el caso del hombre, presenta una diferencia que consiste en el estereotipo o ideal de macho y gracias a esto, se le dificulta admitir el padecimiento de la ansiedad.

Una de las áreas de repercusión de la ansiedad, reside en el ámbito sexual, por ende, se menciona que “la ansiedad va de la mano de la impotencia, pues es casi una condición a que la ansiedad interfiere con la potencia sexual de manera neural. La ansiedad ocasiona impotencia sexual por el simple hecho que el temor a fallar hace precisamente eso, fallar, y una vez que ocurre esto, aparece la ansiedad y cada vez será más común y después a una condición” (Velasco; 2013: 84).

Witkin (2004) menciona que el principal estrés masculino se manifiesta en la ansiedad de rendimiento y esto genera en el hombre las siguientes complicaciones:

- No puede fingir el orgasmo.
- No puede fingir la erección.

- No puede fingir la excitación.
- No puede esconder un “fallo”.

Esto, sumado a la recepción de información sobre la mujer, respecto a su capacidad de llegar a múltiples orgasmos y el descenso de virilidad del hombre a partir de los 18 años, agrava la ansiedad de este.

1.2.1.2 Ansiedad Rasgo-Estado.

Para Spilberger (citado por Oblitas; 2009) el mecanismo fundamental es la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona acerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas).

El rasgo de ansiedad constituye una predisposición por parte del individuo, al percibir las circunstancias ambientales como amenazadoras, y por lo tanto, a responder a menudo, con fuertes estados de ansiedad.

El rasgo se constituye por los factores fisiológicos o constitucionales, cognitivos y motivacionales que predisponen al individuo a hacer interpretaciones amenazantes respecto de la situación. El estado se presenta al unir el significado psicológico que tienen ciertas características ambientales que se producen en este momento o situación, son en conjunto, los factores determinantes de la reacción ansiosa.

- Ansiedad rasgo.

Menciona Baeza (2008) que la ansiedad rasgo es una particularidad, la cual es relativamente estable a lo largo de las situaciones temporales y contextuales durante la vida del ser humano, representa patrones amplios de tendencia de conducta que dan consistencia y estabilidad a las acciones, reacciones emocionales y los estilos cognitivos de los individuos de acuerdo con su personalidad.

La ansiedad rasgo subyace en muchos trastornos de ansiedad. Se trata de una característica de personalidad importante con una carga genética y se considera que podría estar implicada en la mayor vulnerabilidad a padecer trastornos de ansiedad y depresión en las personas.

El individuo con un rasgo de ansiedad alto, es propenso a percibir una serie de situaciones, catalogándolas como peligrosas o amenazantes, por lo cual, la respuesta natural del sujeto será la manifestación de ansiedad intensa.

El individuo con rasgo de ansiedad tiende a sobrevalorar los riesgos que se tiene y a desvalorar los recursos con los que cuenta. Por lo cual requiere de señales de seguridad para la toma de decisiones en el ámbito de la vida cotidiana, de manera que prefiere situaciones que sean conocidas y previsibles.

- Ansiedad estado.

Spielberger (citado por Oblitas; 2009) denomina el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio, caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una activación del sistema nervioso autónomo.

“La ansiedad estado hace una referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. Este nivel de ansiedad estado debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes o no percibidas como tales. En el primer caso, decimos que ese individuo es ansioso (rasgo). En el segundo que está ansioso (estado)”. (Baeza; 2008: 29).

Por ende, se concluye que la ansiedad estado hace referencia a la forma en que se encuentra una persona en una situación dada. Esto quiere decir que es el resultado de la interacción entre rasgo y situación, entre la predisposición basada en factores constitucionales y por las características de una situación

1.3 Ansiedad patológica.

Menciona González (1999) que la ansiedad patológica crea sensaciones en las cuales, la percepción de peligro del sujeto es errónea, por lo cual las respuestas que son emitidas por él, son desproporcionadas a las demandas que las han originado, su

duración es mayor de lo requerido y estas respuestas generan un bloqueo en la consecución de objetivos personales.

La ansiedad es la respuesta de huida que tiene el individuo ante situaciones amenazadoras, sin embargo, esta respuesta se debe condicionar a situaciones u objetos neutros, trayendo como consecuencia su aparición de forma desproporcionada, lo cual impedirá llevar a cabo su vida normal, por esto se define que ha sobrepasado un mecanismo natural de adaptación y se encuentra en una ansiedad patológica.

La ansiedad patológica es asociada, en la mayoría de las veces, con las exigencias que plantea la sociedad actual, con alto nivel de competitividad, hacinamiento, urgencias, contaminación y ruido (Oblitas; 2009).

1.3.1 Trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad tienen su origen en las primeras conceptualizaciones de la neurosis, término utilizado por primera vez por Cullen en el siglo XVIII. Sin embargo, no fue hasta Freud cuando se definieron y se clasificaron con profundidad los diferentes trastornos de ansiedad.

Estos tipos de trastornos parecen cuando se presenta una sintomatología bajo una situación u objetos determinados, a esto se le denomina trastorno de ansiedad.

Baeza (2008) menciona que hay una vinculación entre la ansiedad de tipo rasgo y los trastornos de ansiedad. Esto se debe a que la ansiedad de tipo rasgo es una característica de personalidad que mantiene una importante carga genética e implica una mayor vulnerabilidad a padecer trastornos de ansiedad.

Los trastornos tienen características diferentes que los particularizan, por ende, se muestra enseguida una clasificación detallada de los mismos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association; 2002), distingue entre trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia específica, fobia social, estrés postraumático, trastorno por estrés agudo y trastorno de ansiedad no especificado.

La ansiedad se presenta de distintas maneras, por lo cual se clasifica en trastornos de ansiedad y ansiedad generalizada, los cuales se muestran a continuación.

a) Ansiedad generalizada.

Jarne (2006) define que el trastorno de ansiedad generalizada provoca un deterioro en el funcionamiento del individuo, debido a que las preocupaciones de su vida cotidiana no permiten ser controlados o ignorados. Sin embargo, la atención que se tiene se enfoca en la fuente de ansiedad, por ende, el individuo no puede cumplir

de manera eficiente ni total, sus obligaciones sociales o laborales, a estas complicaciones que se tienen, se le agregan sintomatologías físicas asociados con el trastorno.

Las personas que padecen de trastorno de ansiedad generalizada informan de muchos síntomas psicósomáticos, los cuales afectan principalmente la tensión en cuestión motriz. Esto se relaciona con problemas arteriales, trastornos gástricos, trastornos de sueño, temperatura corporal, sudoración, náuseas, poliuria o problemas al momento del consumo de alimento. Se le agrega sintomatología psicológica y conductual tal como una evidente problemática al momento de la concentración, así como inquietud e irritabilidad.

“Los sentimientos descentrados, fuera de control y negativos, sugieren un trastorno de ansiedad generalizada. Los síntomas de este trastorno son comunes, pero no sucede lo mismo con su persistencia. Las personas que lo padecen (dos tercios son mujeres) están continuamente tensas y nerviosas, preocupadas por las cosas malas que puedan ocurrir y sufren tensión muscular, agitando el insomnio. Sin embargo, una de las peores características del trastorno de ansiedad generalizada es que la persona no puede identificar la causa y, por lo tanto, no puede enfrentarla o evitarla.” (Myers; 2004: 627).

Este trastorno se inicia principalmente a la mitad de la adolescencia, sin embargo, se presentan informes de adolescentes que hacen mención haber vivido ansiedad desde la infancia. El trastorno avanza de manera crónica pero fluctuante, sin

embargo, este puede presentar en momentos determinados un agravamiento, coincidiendo con épocas de mucho estrés.

b) Fobia.

La fobia es definida como un miedo persistente e irracional, a un objeto, actividad o situación en específico, la cual provoca en el individuo la necesidad de rechazo ante dicho objeto, actividad o situación. El fóbico reconoce que el miedo que genera es exagerado, irracional y desproporcionado respecto a los niveles reales de temor que genera el objeto o la situación (Jarne; 2006).

- Fobia social.

Menciona Gerrig (2005) que la fobia social es un miedo irracional y persistente, que surge por la anticipación de una situación pública en la que un individuo puede ser observado por otras personas.

La característica principal de la fobia social es que la actitud del individuo será sometida a una situación de rechazo ante los demás. La persona que padece de fobia social teme y evita diversas situaciones en las que se sentiría requerida a conducirse en presencia de otra persona.

“La fobia social comienza sobre todo en la adolescencia y a principio de la edad adulta, más pronto que los agorafóbicos, y el curso del trastorno es crónico. Su

sintomatología puede ser aguda a partir de una experiencia social humillante” (Jarne; 2006: 140).

El individuo con este trastorno tiene la característica de ser desidioso por meses o años, sin que haya un desencadenante claro. Se inicia en los individuos menores de 18 años.

Se puede presentar este tipo de fobia en actividades como: hablar en público, reuniones sociales, encuentros inesperados con conocidos, comer en público, escribir siendo observado o utilizar baños públicos. Lo cual produce síntomas tales como rubor, rigidez muscular, cambios en la temperatura corporal, sudoración, náuseas, taquicardias e incluso tartamudeo.

- Fobia específica.

La fobia específica es definida como el miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específico que provoca en el individuo la necesidad imperiosa de evitar dicho objeto, actividad o situación (Jarne; 2006).

“La fobia específica se basa en miedos particulares a un objeto, en la cual se puede experimentar un pánico extremo, irracional o indomable hacia algo que en realidad no conlleva a ningún peligro real” (Peurifoy; 2007:33).

Las fobias específicas pueden implicar objetos o situaciones tales como animales, insectos, volar, espacios cerrados, alturas, oscuridad, ascensores o puentes.

Los criterios de diagnóstico de la fobia específica, según el DSM-IV de la American Psychiatric Association (APA; 2002) son:

- Temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específico (volar, animales, administración de inyecciones o visión de sangre).
- Las exposiciones al estímulo fóbico provocan invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede provocar una crisis de angustia situacional.
- La persona reconoce que el miedo es excesivo e irracional. En los niños este reconocimiento puede faltar.
- La situación es evitada o se soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar.

c) Trastorno obsesivo-compulsivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (1993), define el trastorno obsesivo compulsivo de la siguiente manera:

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos y actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo de manera estereotipada. Suelen ser desagradables por su contenido violento y obsceno, o porque son percibidos como carentes de sentido, y quien los padece suele intentar, normalmente y sin éxito, resistirse a ellos. No obstante, son percibidos como pensamientos propios, pese al hecho de que son involuntarios y a menudo, repulsivos.

Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipada que se repiten una y otra vez. No son agradables por sí mismos, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo cumplen la función de prevenir que se tenga algún hecho objetivamente improbable. Suelen ser rituales para conjurar que uno mismo reciba un mal de otro o que se pueda producir a otros. A menudo, pero no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia y hace reiterados esfuerzos para resistirse a ellos.

“El trastorno se caracteriza debido a un bombardeo de ideas constante, en el que a su vez lleva al individuo a realizar acciones. Como consecuencias de estas ideas obsesivas, las personas tratan de deshacerse de ellas realizando ciertos tipos de conductas, que en su opinión resuelven los problemas que están en esos pensamientos. Los comportamientos compulsivos a veces también se llaman rituales”. (El Sahili; 2010: 72).

Generalmente, el trastorno obsesivo-compulsivo aparece tras una personalidad compulsiva. La evolución del trastorno es crónica, por lo cual el individuo puede experimentar altibajos.

“El paciente obsesivo-compulsivo presenta tres síntomas principales: obsesiones, compulsiones y duda. Estos síntomas se acompañan de un estado de hipervigilancia, de la necesidad de controlar el mundo exterior y de vivencias sensoriales e intelectuales alteradas. La intensidad y frecuencia de estos elementos fijan el curso de la enfermedad” (Yaryura; 1997: 10).

Según El Sahili (2010), los signos y síntomas que aparecen con más frecuencia en los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo, son:

- Temor a las bacterias y virus o fluidos corporales.
- Preocupación exagerada por el orden o la limpieza.
- Preocupación constante de que las tareas no sean realizadas de forma correcta, a pesar de no existir pruebas en ese sentido.
- No poder evitar la entrada de sonidos, ideas o imágenes a la mente.

d) Trastorno por estrés postraumático.

Para Gerrig (2005), el trastorno de ansiedad es caracterizado por la experiencia repetida y persistente de eventos traumáticos, a través de recuerdos, sueños,

alucinaciones o imágenes molestas. Se puede generar por cuestiones como: abuso sexual o físico a niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos o internamiento en campos de concentración, torturas o accidentes. El paciente en casos particulares, carga consigo pensamientos con respecto al incidente que le generó el trauma.

El individuo que presenta estrés postraumático, manifiesta alteración dentro de la esfera afectiva, junto con una notable pérdida de motivación e interés en actividades anteriormente gratificantes para el sujeto. El sujeto presenta desinterés con respecto a los demás e incapacidad de sentimientos afectivos.

Muñoz y Silva (2006) especifican dos tipos de aspectos psicológicos que aparecen durante el momento de la catástrofe y los aspectos que surgen posteriormente:

A) Aspectos psicológicos durante la catástrofe:

- Sentimientos de intenso malestar, inquietud, desamparo e indefensión.
- Miedo a perder la propia vida y la de los seres queridos.
- Sentimientos de solidaridad y empatía.

B) Aspectos psicológicos que aparecen después de una catástrofe:

- Ansiedad anticipatoria.

- Las primeras conductas inmediatas a la emergencia van dirigidas a la búsqueda de seres queridos y a recuperar la unidad familiar.
- Algunas alteraciones en el sueño, conducta alimentaria en los días y semanas posteriores.
- Urgente necesidad de contar una y otra vez la experiencia vivida.
- Atribución de control externo: el resultado de lo que ha ocurrido en el suceso se atribuye fuera de uno mismo.
- Sentimientos de solidaridad y empatía.

Davidson y Foa (citados por Jarne; 2006) definen los síntomas del estrés postraumático en tres grupos:

- a) Síntomas intrusivos: los cuales conllevan a recuerdos, pesadillas y *flashback*.
- b) Síntomas de evitación y paralización: evitan los estímulos vinculados con el trauma y mantienen alerta al sujeto.
- c) Síntomas de hiperactivación: Generan ansiedad, incapacidad de permanecer en un estado tranquilo e insomnio.

El estrés postraumático se puede iniciar a cualquier edad. Los síntomas de este trastorno suelen aparecer en un lapso de tres meses posteriores al trauma e incluso años después. La duración de estos síntomas es variable, por lo cual no se tiene un tiempo específico. Al principio se generan criterios de diagnóstico de estrés agudo.

e) Agorafobia.

La agorafobia es una de las consecuencias más incapacitantes del trastorno de angustia.

Por definición, se entiende la agorafobia como la aparición de ansiedad que se presenta cuando la persona que la padece se encuentra en lugares o situaciones de los cuales le es difícil escapar (Jaure; 2003).

“La característica principal es la aparición del estado de ansiedad, la cual genera una crisis de angustia inesperada relacionada con una situación, y presenta síntomas similares a la angustia” (Jarne; 2006:123).

La ansiedad que resulta en este trastorno suele conducir una forma típica de comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones. Las situaciones principales de causar la ansiedad por agorafobia son: la privación del individuo de su hábitat de comodidad, conducción de automóvil, convivencia con una cantidad de gente y encontrarse en un lugar encerrado.

Algunos de los individuos con agorafobia pueden exponerse a estas actividades, pero la experiencia vivida producirá un considerable terror. Sin embargo, dichas actividades son realizadas de una manera más fácil cuando son realizadas solos, o con una persona que no tenga una relación estrecha con el individuo.

Los criterios de diagnóstico del DSM-IV (APA; 2002), son:

- Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde, en el caso de aparecer una crisis inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia; puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen: estar solos fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o automóvil.
- Estas actividades se evitan (por ejemplo, se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos, por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad.

f) Crisis de angustia.

Carrión (2008) define la crisis de angustia como una crisis de ansiedad inesperada, de eclosión o aparición repentina y sin motivo aparente. El individuo que la sufre experimenta un miedo intenso que es acompañado por una serie de síntomas, los cuales pueden variar de una persona a otra.

El cuerpo humano experimenta un estado de excitación, que hace que se perciba una sensación y sentido de peligro que proviene de una situación adversa, provoca la llamada “señal de alarma” y el cuerpo se prepara para enfrentar el peligro o huir.

“La crisis se inicia de manera brusca -en la primera crisis, el paciente no sabe lo que le pasa- y llega a su máxima expresión con rapidez -habitualmente en 10 minutos o menos-, a menudo acompañada de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una necesidad urgente de escapar. La duración media de un ataque de pánico, desde el momento inicial, hasta el fin, suele ser de unos 10 a 30 minutos. El paciente queda agotado y muy fatigado después de la crisis” (Jarne; 2006: 122).

Como se puede notar los síntomas presentados durante estas crisis expresan que se accionó una señal de alarma en el individuo, pero en una situación en la cual no se justifica de manera objetiva o normal, debido a una ausencia absoluta de peligro que lo justifique.

Sin embargo, no todas las personas son candidatas para sufrir este tipo de crisis. Esto se debe a que esta tiene una serie de factores, tales como:

- Condicionamientos psicosociales secundarios.
- Predisposición genética.
- Factores desencadenantes.

Los criterios de diagnóstico del DSM-IV (APA; 2002) son los siguientes:

Periodo intenso de temor o incomodidad, en el que aparecen de forma repentina cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que alcanzan una intensidad máxima en los primeros 10 minutos:

- (1) Palpitaciones, corazón que se “sale del pecho” o frecuencia cardíaca acelerada.
- (2) Sudoración.
- (3) Temblores o agitación.
- (4) Sensación de disnea o sofoco.
- (5) Sensación de ahogo.
- (6) Dolor o molestias torácicas.
- (7) Náuseas o malestar abdominal.
- (8) Sensación de mareo, inestabilidad, atontamiento o desmayo.
- (9) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- (10) Miedo a perder el control o volverse loco.

(11) Miedo a morir.

(12) Parestesias (sensaciones de acorchamiento o calambres).

(13) Escalofríos o acceso de calor.

g) Crisis de angustia sin agorafobia.

“Este trastorno es caracterizado por la aparición repetida e inesperada de una crisis de angustia o ataques de pánico, seguidos de una preocupación constante por la posibilidad de sufrir nuevas crisis y sus consecuencias. Este trastorno se describe como ‘sin agorafobia’ porque no presenta sus síntomas.” (Jaure, 2003, 30).

La edad de inicio de este tipo de trastorno se presenta entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta edad de vida. Este trastorno es de evolución crónica.

Los criterios de diagnóstico del DSM-IV (APA; 2002) son los siguientes:

A) Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperada recidivantes.

2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes o más, con alguno de los siguientes síntomas:

- Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
- Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (perder el control, sufrir un infarto de miocardio o “volverse loco”).

- Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B) Ausencia de agorafobia.

C) Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas o fármacos) o una enfermedad médica (hipertiroidismo).

D) Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (respuesta a estímulos a situaciones altamente estresantes) o trastorno por la ansiedad de desaparición (al estar lejos de casa o de los seres queridos).

h) Crisis de angustia con agorafobia.

Este trastorno se caracteriza por un ataque de pánico repentino, sin embargo, en este caso se presenta la sintomatología clara de la agorafobia. Las personas que sufren este trastorno, vinculan de manera directa su ataque a un lugar o situación más o menos concreto. A causa de esta situación, el individuo desarrolla una serie de conductas de evitación, con el fin de evitar sufrir un nuevo ataque de pánico.

El trastorno de pánico con agorafobia produce un malestar en la vida del individuo en comparación con el trastorno sin agorafobia. Afecta de manera notable la vida social, personal y laboral del individuo.

Los criterios de diagnóstico del DSM-IV (APA; 2002) son los siguientes:

A. Tanto (1) como (2):

(1) Crisis de angustia repetidas e inesperadas

(2) Al menos una de las crisis se sigue durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes:

(a) Preocupación persistente a presentar más crisis.

(b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (pérdida de control, sufrimiento de un infarto miocardio o “volverse loco”)

(c) Cambio significativo del comportamiento en relación con la crisis.

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga de abuso, fármaco) o un trastorno médico (hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no se justifican por otro trastorno mental, como una fobia social, es decir, aparecen al exponerse a una situación social que causa temor, una fobia específica se refiere a exponerse a una situación fóbica determinada, un trastorno de estrés postraumático, es decir, en respuesta a los estímulos asociados a una situación de estrés grave o un trastorno de ansiedad de separación, esto es, el temor a estar alejado del hogar o de familiares cercanos.

I) Trastorno por estrés agudo.

Este trastorno aparece en situaciones traumáticas y muy impactantes, en las cuales se puede implicar una fuerza física que puede generar una amenaza a la integridad del paciente. Entre algunos casos se pueden observar catástrofes, guerras, accidentes, violaciones, torturas o diagnósticos de enfermedades mortales.

Sin embargo, se puede referir a situaciones contextuales tales como el cambio repentino del sujeto con respecto a su entorno social, pérdida de familiares, secuestros o encarcelamientos.

“El acontecimiento traumático potencial es causa necesaria pero no suficiente para que se produzca un trastorno de este tipo. El principal diagnóstico diferencial es el consumo de sustancias tóxicas, con enfermedades o lesiones que afecten al sistema nervioso central. Muchos de estos trastornos se siguen de trastornos por estrés postraumático, pero la mayoría de los trastornos por estrés postraumático no tienen un trastorno por estrés agudo previamente” (Ortuño; 2009: 252).

Ortuño (2009) menciona que algunos de los síntomas del estrés agudo son los siguientes:

- A) Embotamiento emocional.
- B) Desorientación.

- C) Estrechamiento de la atención y conciencia.
- D) Hiperactividad o bloqueo motor.
- E) Cambios emocionales.

1.4. Manifestaciones de la ansiedad.

Los individuos muestran diferentes síntomas con respecto a la ansiedad, por lo que cada sujeto se especializa en diferentes respuestas de la ansiedad, tales como las manifestaciones psicológicas, físicas, conductuales o sociales.

1.4.1. Manifestaciones psicológicas de la ansiedad.

La ansiedad tiene una repercusión a nivel psicológico. Al respecto, menciona Grande (2003) lo siguiente:

- Surgen manifestaciones tales como: la aprensión, nerviosismo, insomnio, preocupación o destructibilidad.
- La ansiedad hace que el individuo se encuentre en un estado de preocupación constante y en algunos casos, excesiva, sin embargo, la misma ansiedad no permite tener una base real sobre los comportamientos ante los cuales se está padeciendo dicha preocupación.
- Se presenta una valoración distorsionada con respecto a la realidad de las situaciones vividas, en el sentido que se magnifican las acciones o las

situaciones, creando un conflicto en el individuo, anteponiendo una problemática o un peligro hacia él.

- El sujeto presenta pensamientos negativos, los cuales crean una deformación en el sentido su realidad, haciéndolo creer que “todo está mal”
- Se tiene la sensación de vacío, o una pérdida en el sentido de vida.
- Se presentan síntomas tales como la depresión, inseguridad personal, baja en la autoestima, y se afecta principalmente la facultad de toma de decisiones importantes y afrontamiento de problemáticas.

1.4.2. Manifestaciones fisiológicas de la ansiedad.

La ansiedad es un estado psicológico, sin embargo, presenta sintomatologías físicas en el individuo, estas llegan desde niveles bajos hasta los severos.

Estos tipos de síntomas están estrechamente relacionados al tipo de ansiedad que el sujeto está padeciendo, esto quiere decir que este no presentará una sintomatología similar en un caso de trastorno de ansiedad generalizada, en comparación con un trastorno de estrés postraumático.

Menciona López (2008) que la sintomatología de la ansiedad se debe a una activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico de la persona ansiosa. Se observan los síntomas físicos en las siguientes zonas:

- Sistema cardiovascular: Aumento de la frecuencia cardiaca, sistólica y diastólica y mayor aporte sanguíneo a los músculos.
- Sistema respiratorio: sofoco, disnea, aumento de la frecuencia respiratoria y presión torácica.
- Sistema gastrointestinal: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofobia y molestias digestivas.
- Sistema genitourinario: Micción frecuente, enuresis, eyaculación precoz e impotencia sexual.
- Sistema neuromuscular: Tensión muscular, temblor, parestesias y cefalea tensional.
- Sistema neurogenerativo: Sequedad en la boca, sudoración, mareo y lipotimias.

1.4.3. Manifestaciones conductuales de la ansiedad.

A continuación se muestra un listado de sintomatología en cuestión conductual presentado por Baeza (2008), en el que se puede observar:

- A) Estado de alerta e hipervigilancia.
- B) Inhibición.
- C) Bloqueos.
- D) Torpeza o dificultad para actuar.
- E) Impulsividad.
- F) Inquietud motriz.

G) Dificultad para mantenerse quieto y en reposo.

Estos síntomas pueden ser acompañados por cambios en las cuestiones de expresión y lenguaje corporal:

- A. Posturas cerradas.
- B. Rigidez.
- C. Movimientos torpes de manos y brazos.
- D. Cambios en la voz.
- E. Expresión facial de asombro.
- F. Duda o crispación.

1.4.4. Manifestaciones sociales de la ansiedad.

La ansiedad se manifiesta socialmente en sensaciones de temor o nerviosismo ante situaciones sociales. Sin embargo, se presenta una serie de características en las cuales el individuo es afectado, al momento de padecer una ansiedad por cuestiones sociales.

Baeza (2008) expone una sintomatología en cuestión social, en la cual se presenta:

- A. Irritabilidad.
- B. Ensimismamiento.

- C. Dificultades en las relaciones interpersonales.
- D. Dificultades para mantener una conversación.
- E. Dificultad para expresar las opiniones propias o hacer valer sus derechos.
- F. Dificultad de expresión de ideas.
- G. Verborrea.
- H. Temor excesivo a posibles conflictos.

En este capítulo se concluye que la ansiedad es un estado natural de alerta del ser humano, el cual es beneficioso en dosis mínimas, sin embargo, en dosis elevadas, la ansiedad se puede convertir en un factor negativo para romper el equilibrio biopsicosocial del individuo.

CAPÍTULO 2

JUVENTUD EN UNIVERSITARIOS

En este capítulo se analizará la juventud, etapa en la cual se encuentra la población de universitarios, lo que incluye a los sujetos examinados en el presente estudio. Se comenzará a analizar desde la etapa de la adolescencia, la cual es más notable del desarrollo humano, culminando en la de la adultez temprana. De igual forma, se analizarán algunos de los componentes más importantes que engloban cada una de las fases ya mencionadas.

2.1 Juventud.

Menciona Agulló (1997) que los términos juventud y adolescencia han sido confundidos como un mismo concepto, esto debido a que existe una problemática en cuestión de intereses académicos, ansias de monopolio y rivalidad entre disciplinas, lo que ha mantenido esta disputa activa. Por ende, se mencionará a continuación el concepto de juventud y más adelante, el de adolescencia.

“La juventud es la edad entre la infancia y la edad adulta según La organización de las Naciones Unidas, la juventud comprende el rango de edad entre 12 y 24 años, abarca la pubertad o adolescencia media o tardía, de 15 a 19 años y la adultez temprana, de los 19 a 25 años.” (Méndez; 2013: 79).

3.5 Características del joven.

Las características que el joven debe tener, según Licea, (2006) son las siguientes:

- Grandes deseos de vivir.
- Se autoestiman y se autovaloran.
- Vigor emocional como consecuencia de su salud mental-espiritual.
- Alegría de experimentar cada acontecimiento de su vida.
- Explosividad emocional.
- Cuerpo saludable.
- Mentalidad y espiritualidad positivas y constructivas.

2.2.1. Ansiedad en la juventud.

A continuación se vinculará la variable presentada dentro de la investigación, con los sujetos de estudio, por lo cual se explicará cómo la ansiedad afecta a la población juvenil.

Monroy (2002) señala que el grado de ansiedad que el adolescente experimente no solo dependerá de las cuestiones biopsicosociales, sino de las circunstancias culturales, económicas y, sobre todo, la historia personal del sujeto.

El ambiente o entorno social es importante debido a que si el individuo proviene de una familia funcional, en la cual se brinde afecto, apoyo, comunicación y confianza, el individuo tendrá mejores herramientas para afrontar diversas situaciones con éxito, experimentando poca o ninguna ansiedad. Por el contrario, si el entorno social es disfuncional, el nivel de ansiedad aumenta y le dificulta atravesar exitosamente las etapas de vida.

Esto se refiere específicamente a que las personas que son propensas a sufrir ansiedad, si están en un ambiente sano, podrían salvarse de diferentes sintomatológicas conductuales, psicológicas y emocionales, pero si el ambiente no es sano, carecerá de calor afectivo y desarrollará la ansiedad.

Se ha mencionado que el entorno familiar es importante, sin embargo, como mencionan los autores, el contexto social, cultural y económico afecta en el desarrollo del joven, por lo cual se menciona lo siguiente:

“El deseo del presente expresa igualmente la ansiedad subterránea por el futuro incierto en una sociedad de riesgo. Porque ciertas características de la sociedad contemporánea son especialmente proclives a la generación de ansiedad sobre cuya superficie vivimos sin conversar” (Caritas española; 1994: 62).

De igual manera, Caritas Española (1994) menciona que debido a la fuerte presión de origen cultural, es necesario conducir a los sujetos hacia la autorrealización

combinada con las forma de vida socialmente deseable, devaluando del pasado, compitiendo en el futuro y evitando la marginación.

Todo eso envuelve la vida juvenil y la vida adulta, es por ende, una consecuencia de lo que se denomina “cultura de la imagen” y del éxito en la cual la sociedad se encuentra sumergida, esto implica que surja la ansiedad ante el riesgo, el fracaso y la frustración.

Los jóvenes indudablemente son proclives a esto, de modo que al no tener una identidad definida, su autoimagen es incierta, por ende, en la construcción de un concepto de sí mismo, surgen nuevas modas las que son usadas como un método inservible para encontrar su identidad y combatir su propia ansiedad, al no conseguirlo, se desencadena una ansiedad más profunda.

2.3. Adolescencia.

Para comenzar a hablar de cuestiones de adultez, se debe comenzar por describir las de adolescencia.

El término de adolescencia es definido por Monroy (2002) como la etapa del desarrollo humano que tiene un comienzo y una duración variable, la cual marca el final de la niñez y crea los crecimientos para la edad adulta. Está marcada por cambios interdependientes en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano.

“Hoy en día, el adolescente cuenta con una autonomía no orientada hacia algo productivo; la mayor parte del tiempo el manejo de libertad que se les proporciona está mal orientada, creen tener más derechos que obligaciones, la participación en el mundo laboral calificado se retrasa en edad. Todo ello implica que la presión por madurar, por asumir responsabilidades, por ello actuar como un adulto, por gobernar su propia vida lo debilita.” (Barradas; 2014: 120).

2.3.1. Adolescencia temprana.

“Se considera como adolescencia temprana el periodo que se extiende entre los 10 y 14 años de edad.” (UNICEF; 2011: 6).

Menciona Monroy (2002) que la adolescencia se inicia con la etapa de la adultez temprana, que será precedida por la adolescencia tardía, una vez que se completen las transformaciones y cambios necesarios en el individuo. En esta etapa se inicia con las características principales de la pubertad, tales como los cambios a nivel fisiológico, psicológico, social, sexual y cognitivo.

Crosera (2012) divide las características del adolescente en el periodo de adolescencia temprana en dos aspectos:

A) Interno:

- Maduración del sistema nervioso central: el hipotálamo y la hipófisis estimulados producen unas sustancias químicas que activan la producción de hormonas sexuales.
- Maduración de las gónadas: son las glándulas sexuales que producen los gametos y segregan hormonas (testículos en los varones y ovarios en las chicas).
- Secreción de hormonas sexuales por parte de las glándulas suprarrenales y las gónadas. Los organismos de las chicas y de los chicos producen las mismas hormonas; solo difieren en las cantidades.

En el varón se producen las siguientes características:

- Mayoría de andrógenos y una pequeña cantidad de estrógenos.
- La espermatogénesis asegura la maduración y la producción de espermatozoides.

En la mujer se producen las siguientes características:

- Mayoría de estrógenos y una pequeña cantidad de andrógenos.
- La menstruación aparece hacia los once años, con una variación de más o menos dos años. A veces se produce un ligero desfase de tiempo entre la aparición de la regla y la primera ovulación.

B) Externo:

1. Desarrollo de características sexuales secundarias.
2. Comienza el crecimiento, el cual es importante pero desordenado.
3. En el varón se presentan las siguientes características:
 - Aparece el vello en el pubis, las axilas y el rostro.
 - Se desarrolla el pene, escroto, próstata y vesículas seminales.
 - El crecimiento dura aproximadamente entre los diez y dieciséis años.
 - Cambios de la voz: la testosterona actúa en la vez en la laringe y las cuerdas vocales (voz profunda).
 - Desarrollo de la musculatura de los hombros.
4. En la mujer se presentan las siguientes características:
 - Aparece el vello en el pubis y las axilas.
 - Se desarrollan las glándulas mamarias.

2.3.2. Adolescencia tardía.

La adolescencia tardía es la etapa que abarca la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. UNICEF (2011).

“El adolescente joven comienza a formar una autonomía moral en los roles individuales y aquellos de índole social. Se preocupa por problemas que exceden el ‘aquí y el ahora’, comienza a proyectarse y a elaborar planificaciones futuras. Los

intereses del adolescente adquieren un carácter más general y abstracto, que trasciende el mundo concreto de acción práctica. Se observa una lógica creciente sobre las relaciones; el despertar de la reflexión sobre los sentimientos sociales y morales; la expansión de una afectividad que se traduce en enamoramientos dispersos; el nacimiento de los gustos estéticos, literarios, poéticos, musicales; así como de una exigencia de certeza racional y absoluta en materia filosófica o religiosa.” (Yuni; 2005: 25).

La adolescencia tardía es la última fase de la adolescencia, la cual abre camino a la adultez temprana, por lo cual se deben escribir las características que tiene esta etapa de la adolescencia, UNICEF (2011) describe:

- Los cambios físicos importantes ya han tenido lugar, aunque el cuerpo sigue desarrollándose.
- El cerebro continúa desarrollándose y reorganizándose.
- La capacidad de pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente.
- Las opiniones del círculo social del joven suelen ser aún importantes al principio de esta etapa, pero descienden conforme la adolescencia va afianzando su confiabilidad y calidad de identidad y opinión.
- Desarrollo de capacidad de evaluar los riesgos y toma de decisiones.
- En esta etapa se adquiere frecuentemente el inicio de consumo de adictivos, el cual se puede prolongar hasta la edad adulta.

- Las niñas corren más peligro de correr un riesgo mayor que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud (incluida la depresión), a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos.
- Las mujeres presentan una tendencia más alta a padecer trastornos de alimento.

Según Caritas Española (2000), desde un punto de vista psicosocial y cultural, las características en esta parte de la adolescencia son las siguientes:

- Descubrir los valores de la cultura.
- Concretar los procesos de personalización y socialización.
- Integrar la dualidad sexo-amor.
- Consolidar su filosofía de la vida moral y/o religiosa.
- Aplicar su pensamiento operativo.
- Tomar posición ante los problemas sociopolíticos.
- Elegir su vida profesional.
- Reconponer de modo adulto su vida familiar.
- Aceptar la relación de derechos y deberes.
- Cumplir con su misión como ciudadano dentro de la sociedad.
- Cooperar socialmente.
- La característica más relevante que aparece durante esta etapa, es aquella que hará que el adolescente comience un proceso que va de la dependencia hacia

la autonomía, esto aparece en la toma de decisiones, en la elección y pertenencia de grupos sociales y moda.

Monroy (2004) menciona que la adolescencia finaliza cuando el individuo alcanza un nivel de madurez biológico, emocional y social para asumir el papel de adulto, dichos logros son los siguientes:

1. Biológico:

- Capacidad para reproducirse.
- Finalización del crecimiento corporal.

2. Psicosocial:

- Intimidad: Capacidad de relaciones maduras, tanto sexuales como emocionales.
- Identidad: Sentido coherente del “yo”.
- Integridad: Integración de ideales, convicciones, normas y creencias.
- Independencia económica: Capacidad de dejar a la familia y ganarse su sustento.
- Autonomía: Capacidad de supervivencia, el pensamiento y discernimiento independiente.
- Confianza: Percepción de que el sujeto posee las habilidades y herramientas necesarias para afrontar desafíos.
- Responsabilidad: Sentimiento de ser el principal agente causal de la propia vida y conducta.

2.4.3. Fracaso al término de la adolescencia.

En cuanto a un desenlace inadecuado, “la adolescencia fracasa cuando hay prerequisites de desarrollo insuficientemente logrados, cuando un obstáculo insuperable o bloqueo típico que evita el cumplimiento de la tarea específica de esta fase; no se logra la organización de un sí mismo estable”. (Romero; 2005: 25).

2.5. Adulthood temprana.

Menciona Dallal (2003) que el comienzo de la vida adulta se le conoce como, adulthood temprana, y esta abarca la edad de los 18 a los 30 años de edad; en ella el joven sufre un proceso de gran trascendencia (cambios y demandas impuestas por la sociedad).

“La importancia del periodo de adulthood o de este periodo y su estudio, radica en que es una de las etapas más importantes de la vida humana, ya que incluye al grupo etario más productivo de la sociedad, es el que ocupa los altos cargos y posiciones de poder. Es durante los años de la adulthood temprana cuando la mayoría de las personas toman la decisión de casarse o permanecer solteras, de tener hijos o no. De tener una relación íntima con una persona de otro sexo, una relación amorosa, son factores fundamentales de la adulthood temprana, ya que se encaminan hacia el matrimonio o la pareja estable, hacia tener hijos o no.” (Cornachione; 2006: 29).

2.4.1. Aspectos biopsicosociales de la adultez temprana.

Menciona Stassen (2009) que la adultez temprana tiene una serie de características dentro de este periodo, tanto biológicas, como psicológicas y sociales.

Cada una de ellas se explica enseguida:

A) Aspectos biológicos:

- Cuerpos atractivos.
- Aumento de fuerza.
- Los sistemas de cuerpo, incluyendo el digestivo, respiratorio, circulatorio y reproductivo sexual, funcionan de manera óptima.
- No suelen sufrir enfermedades graves en esta etapa y algunos de los padecimientos de la niñez han quedado atrás.
- Reserva de los órganos, la cual es una capacidad extra de los órganos que permite al cuerpo sobrellevar el estrés o las situaciones al límite.

B) Aspectos cognitivos:

- Pensamiento formal: es más práctico, flexible y dialéctico.
- Integración de pensamiento subjetivo y el pensamiento objetivo.
- El pensamiento subjetivo surge de las experiencias y percepciones personales de un individuo.
- El pensamiento objetivo sigue la lógica abstracta e impersonal.

- Consolidación de las emociones y la lógica: La resolución del complejo problema de integrar el afecto (emociones) y la cognición (lógica) es el logro intelectual más importante de la edad adulta.
- Flexibilidad cognitiva: es la capacidad de ser práctico (predecir, planificar e integrar los procesos mentales objetivos y subjetivos) y es sumamente valiosa.
- Contrastar los estereotipos: la flexibilidad cognitiva, especialmente la capacidad de cambiar los presupuestos formados en la niñez, es necesaria para contrarrestar los estereotipos.
- Desarrollo cognitivo y educativo superior.

C) Aspectos sociales:

- Identidad lograda.
- Identidad étnica: la elección de identidad étnica afecta el lenguaje, los modales, la vida amorosa, el empleo, la religión, la vestimenta y los valores.
- Identidad vocacional.
- Identidad sexual y amistad.
- Romance y relaciones.
- Sensación de bienestar: Los adultos jóvenes en la mayoría de los países tienen la libertad de aprender, explorar, hacer amigos, enamorarse, aceptar cualquier trabajo, tomar riesgos y realizar cualquier viaje que deseen.

2.4.2. Educación del adulto.

Menciona Reza (2006) que la persona tiene una formación desde su etapa infantil hasta la adulta. En ella se incluyen los siguientes elementos:

a) Concepto de sí mismo:

- El adulto tiene un concepto claro de su existencia.
- Es un ente social e independiente y productivo.
- Se rige a sí mismo.
- Los cursos y eventos de adultos deben estar ausentes de cualquier elemento de escolaridad, ambiente físico y actitudes o comportamientos del instructor.

b) Experiencia:

- Tiene un amplio conjunto de vivencias.
- Posee un cúmulo de conocimientos y nociones acerca de su existir.
- Ha participado en procesos formales de educación.
- Ha intervenido en distintos procesos laborales y sociales.

c) Dirección de aprendizaje:

- El individuo ha modificado su comportamiento, después de un proceso de enseñanzas.
- Ha pasado durante distintas etapas en la vida que le han facilitado el camino hacia la madurez.

d) Valoración del tiempo:

- El adulto que participa en un evento tiene expectativas claras acerca de sí mismo.
- No le gusta perder tiempo en temas intrascendentes.
- Busca respuestas a sus interrogantes.
- No busca réplicas muy teóricas.
- Quiere acción.
- Desea movimiento.
- Aquilata su existencia.
- Busca no desperdiciar sus energías y tiempo.
- Desea conocimiento de aplicación inmediata.

2.4.3. Elección de pareja

Cornachione (2006) menciona una de las áreas más importantes dentro de la adultez temprana, la cual es la elección de pareja. Menciona que la persona actúa por medio de un impulso romántico, sin embargo, en la praxis no es del todo correcto, debido a que existen diversos factores como los que se mencionarán a continuación:

a) La proximidad:

- La persona elegida como pareja, por lo general, forma parte del entorno o del grupo de amigos.
- Suele pertenecer a la misma clase social.

- Existe una significativa relación entre el lugar de residencia, trabajo, centro de diversión y estatus socioeconómico.

b) La homogamia: La persona busca a su pareja entre aquellos que tienen afinidades o semejanzas tales como aspectos culturales, sociales, económicos, geográficos, étnicos, religiosos y físicos.

2.4.4. Elección de pareja según el género.

A continuación se hace mención de dos autores, quienes darán una perspectiva complementaria con respecto a la elección de pareja, desde una explicación interna con respecto al género, y externa, con respecto a los intereses del hombre y a mujer (Bowin-Legros, citado por Cornachione; 2006).

a) Los hombres:

- Hablan de sí mismos.
- Ubican en primer lugar la situación económica, el trabajo y el grupo de dependencia.
- Hacen específicas referencias en el reconocimiento social de su profesión y las presentan relacionadas con el aspecto físico y la relación personal.

b) Las mujeres:

- Al principio priorizan el aspecto físico y las capacidades para relacionarse.

- Ponen manifiesto sus habilidades para el desempeño doméstico.
- Realizan demandas de tipo económico.

Complementando lo mencionado anteriormente, tanto los hombres como las mujeres tienen una serie de preferencias con respecto a sus elecciones de pareja, por lo cual menciona Feingold (citado por Cornachione; 2006) lo siguiente:

El hombre hace énfasis en las siguientes características:

- Aspecto físico.
- Juventud.
- Salud física.
- Indicadores de la capacidad reproductora.

Las mujeres, al momento de realizar su elección de pareja, hacen énfasis en las siguientes características:

- Inteligencia.
- Ambición.
- Personalidad.
- Posición económica y profesional.
- Hombres de la misma edad o mayores.

2.4.5. Madurez.

Se hace mención a que el adulto en su etapa temprana, tiene una madurez ya desarrollada, sin embargo, se indagará más con respecto a la madurez, con el fin de comprender de manera más profunda este concepto.

La madurez se entiende como un proceso integral que aparece en el desarrollo y organización de todas las potencialidades que el presenta el individuo, por ende, se pueden mencionar distintas perspectivas que presenta la madurez: física, psicológica, social, moral y afectiva.

Se mencionaran una serie de características con respecto al concepto de madurez (Serra y Zacarés, citados por Cornachione; 2006):

- La madurez posee alguna relación con la edad del sujeto.
- Tiene connotaciones claramente diferenciadas si se plantea en sentido positivo o negativo: maduro/madurez o inmaduro/inmadurez.
- Se encuentra en la base del lenguaje utilizado que la madurez posee atributos positivos e incluso deseables.

De igual manera, Cornachione (2006) menciona los atributos que tiene el concepto de madurez:

- Autonomía.
- Conductas apropiadas a las circunstancias.
- Ponderación y equilibrio.
- Estabilidad.
- Responsabilidad.
- Cercanía afectiva.
- Claridad en objetos y propósitos.
- Dominio de sí.

Prada (2004) menciona que el concepto de madurez se subdivide en las siguientes categorías, dando para ellas las siguientes definiciones:

a) Madurez física:

- Es la que se refiere al desarrollo de manera adecuada y equilibrada del organismo.
- Menciona Myers (2006) que las capacidades físicas, como la fuerza muscular, el tiempo de reacción la agudeza sensorial y el ritmo cardiaco, están en su esplendor.

b) Madurez psicológica:

- Es la que se refiere tanto a la composición emotiva (madurez emotiva) como a la del componente cognitivo (madurez cognitiva) en un adecuado cuadro de referencia.
- Menciona Polaino (2000) que la madurez no consiste solamente en la capacidad de reacción biológica y emocional, sino en la capacidad de someter los impulsos, deseos y las emociones bajo la orden de la razón o la voluntad, ya que sin estos elementos de control no le sería posible al hombre gobernarse a sí mismo con “buen juicio o prudencia”.

c) Madurez social:

Es la que armoniza las relaciones humanas y la exigencia individual con los deberes sociales.

Menciona Tejada (2006) las siguientes características de la madurez social.

- Se asocia con la conciencia social, la asimilación de normas y reglas sociales (implícitas y explícitas).
- Se asocia con la comprensión de los otros y la relación de ellos.
- Incide en la asunción de un rol social o dentro de un grupo.
- Está estrechamente relacionada con la diferenciación entre el yo y los otros.
- Permite la comprensión de las situaciones sociales en las que uno y los demás se encuentran.
- Se ubica dentro de los procesos empáticos o de comprensión de los otros.

d) Madurez moral:

- Es la que llega a la autonomía por la interiorización de valores que son aceptados de manera libre.

A continuación se dará una explicación con respecto a cómo la persona genera el desarrollo moral.

Menciona Trujillo (2010) que el estudio del desarrollo moral en psicología, tuvo sus inicios gracias a Jean Piaget. Sin embargo, el desarrollo moral se estudia a la par con el cognoscitivo, ya que el juicio moral progresa a la par con el crecimiento cognoscitivo. De igual manera, el desarrollo moral se produce a través de dos estadios los cuales van desde la heterogenia hasta la autonomía (conceptos basados en Piaget).

- Fase heterónoma: Periodo que alcanza hasta el final de la infancia. Durante esta fase los niños acatan las reglas por el respeto que inspira el adulto, no por la regla en sí.
- Fase autónoma: Se establece al final de la infancia y se refleja en la posibilidad de cambio de la norma no ya por miedo a la autoridad, sino a través de un consenso.

“Toda moral consiste en un sistema de reglas y la esencia de cualquier moralidad debe buscarse en el respeto que el hombre adquiere hacia estas reglas”. (Piaget, citado por Trujillo; 2010).

e) Madurez afectiva:

- Esta es la relación que existe entre la madurez emotiva y cognitiva.

“La madurez afectiva es el producto de un proceso de reelaboración de los vínculos del niño, iniciados primordialmente con la ‘figura materna’, en orden a una mejor autonomía y autocontrol, producto que luego en la adolescencia y en la edad adulta se manifiesta creativamente en nuevas exploraciones, empeños y objetivos.” (Prada; 2004: 22).

Prada (2004) menciona que este tipo de madurez tiene una dificultad, la cual se define únicamente en relación con las cuestiones emocionales y no hacia los procesos cognitivos, como si estos fuesen cuestiones separadas. De igual manera, se habla de madurez afectiva bajo un concepto de “liberación” de la “figura materna” o del “grupo de referencia”.

2.4.6. Inmadurez.

“La inmadurez consiste en el rechazo de los límites presentes en la vida, en negarse a aceptar lo que desagrada y no cabe modificar, anular o ignorar. Se alimenta de la pretensión de permanecer indefinidamente a resguardo de la ley de la vida, que requiere la capacidad de afrontar la fatiga, el esfuerzo o la dificultad para poder llevar a cabo algo positivo.” (Poli; 2011: 70).

Rodríguez (1998) menciona que existen tres tipos de inmadurez:

a) Inmadurez cerebral:

Menciona Marcelli (2007) las siguientes características de esta clase:

- Debilidad numérica de las neuronas activadas y activables, que son siempre menos numerosas que en el adulto.
- Lentitud en la conducción de señales.
- Debilidad de la frecuencia de los impulsos neuronales en relación con una transmisión sináptica inadecuada.
- Sensibilidad específica de las neuronas al entorno en ciertas fases del desarrollo.

b) Inmadurez psicológica:

Rodríguez (1998) señala que la inmadurez psicológica es propia del adulto y no del niño, por ende, se entiende como una situación relativamente permanente, en donde la personalidad propia del sujeto actúa en conjunto con una serie de desequilibrios emocionales.

Rodríguez (1998) menciona algunas características de esta clase de inmadurez:

- Es más propia del adulto que del niño.
- Hay desequilibrio emocional.

- Ausencia de estabilidad emocional.
- Variabilidad.
- Falta de adecuación.
- Facilidad para el descontrol de la conducta.
- Dificultades de adaptación social, personal y profesional.

c) Inmadurez emocional:

Menciona Riso (2003) que la inmadurez emocional implica una perspectiva genuina e intolerante ante situaciones de la vida, generalmente incómodas o aversivas. Esto tiene como características:

- Dificultad ante el sufrimiento.
- Dificultad ante la incertidumbre.
- Fragilidad.
- Inocencia.
- Inexperiencia.
- Escaso autocontrol y/o autodisciplina.
- Bajos umbrales para el sufrimiento.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Ilusión de permanencia.

2.5. Ansiedad en el estudiante.

Los estudiantes ansiosos son aquellos que tienen aptitudes autodespreciativas, que anticipan el fracaso en las pruebas que realizan y perciben situaciones como desagradables (Sarason, citado por Beltrán; 1995).

Beltrán (1995) señala que el estudiante se encuentra expuesto a amenazas dentro del salón de clases y estas se presentan por situaciones tales como: un examen o una prueba escrita, salir a escribir en el pizarrón o hablar enfrente del salón de clases. Esto provoca que exista una amenaza a la autoestima del alumno, creando así sensaciones o sentimientos de angustia. Cuando la ansiedad presenta niveles bajos, los efectos pueden llegar a ser positivos, por ejemplo, en la realización de una tarea en específico, pero en un nivel elevado los efectos se presentan de forma negativa.

La manifestación negativa de la ansiedad, menciona Woolfolk (2006), interfiere de manera notoria en el aprendizaje y por ende, en el desempeño que el alumno presenta. Los que muestran un nivel de ansiedad elevado, dividen su atención entre el material nuevo que se les proporciona y su preocupación por la ansiedad que presentan, esto conlleva a que no se genere la concentración, sino al contrario

Beltrán (1995) señala que los alumnos que sufren de ansiedad alta, en situaciones tales como evaluaciones, obtienen un rendimiento mejor en comparación con aquellos que no presentan ansiedad a un nivel elevado.

Este capítulo se concluye afirmando que hay una variedad importante de cambios en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, desde el inicio de su vida,

hasta que esta termina. Sin embargo, es en esta etapa en la cual se registran los cambios más trascendentes en la vida del ser humano, debido a que desde la adolescencia hasta la adultez, se comienza y se mantiene con este proceso de transformación, formación y desarrollo de la personalidad del ser humano.

Por ende, el individuo está expuesto a un sinnúmero de estímulos, tanto en el ámbito interno como en el externo, esto provoca a su vez que se genere en el joven un nivel alto de ansiedad ante las ocupaciones cotidianas que realiza, e incluso que se mantenga o se eleve hasta niveles preocupantes.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Este capítulo está dividido en dos partes. Primeramente se desarrolla la descripción de la metodología utilizada y para finalizar, se presentan los resultados obtenidos en este estudio y su análisis, con la intención de cumplir con los objetivos previamente definidos.

3.1 Descripción de la metodología.

Para continuar con la investigación, un paso elemental es el determinar el tipo de paradigma que se empleará, ya que de este dependerá el tipo y diseño de la investigación.

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

Barragán (2003) menciona que las investigaciones cuantitativas tienen como base un marco conceptual, el cual está más cercano a las matemáticas y a la estadística, por ello se utiliza el muestreo, los mecanismos de formulación de hipótesis, grados de confianza, errores estándar y correlaciones. Esto determinará el tipo de proceso que tendrá la investigación.

“La investigación cuantitativa tiende a incluir conjuntos de datos relativamente representativos y a gran escala, a menudo se percibe o presenta, de forma equivocada desde nuestro punto de vista, como la recogida de hechos” (Blaxter; 1995: 24).

Todo esto quiere decir que la investigación cuantitativa está fundamentada por un marco teórico o conceptual, el cual será validado gracias a la extracción o recogida de hechos, los cuales validarán o rechazarán el marco conceptual inicial y cuyos resultados podrán extenderse a una gran escala.

Sin embargo, para comprender mejor la investigación cuantitativa, se mencionarán algunas características que profundizarán este tipo de investigación.

Blaxter (1995) menciona las siguientes características que el paradigma cuantitativo tiene:

- Busca las causas/hechos de los fenómenos sociales.
- Maneja medidas obstructoras y controladas.
- Es objetivo.
- Alejado de los datos: toma la perspectiva externa.
- Sin base, orientado a la verificación, reduccionista, hipotético-deductivo.
- Orientado a los resultados.
- Fiable: datos reales y replicables.
- Generalizable: estudio de casos múltiples.

- Particularista.
- Asume una realidad estable.

Una vez establecidas las características pertinentes de la investigación cuantitativa, se mencionarán los procedimientos utilizados dentro de la misma.

Sáenz (2012) señala que la investigación cuantitativa dentro del campo de las ciencias sociales se da por un proceso, en el cual una vez que se recopila la información pertinente, se debe relacionar con la teoría, la meta o las ideas que el investigador tiene sobre su investigación. Sin embargo, se menciona que hay dos procedimientos para realizar una investigación cuantitativa, que se enfocan de acuerdo a Simeon Yates, en una estructura que se debe seguir y que consta de un total de ocho pasos y el procedimiento de Bryman (referidos por Sáenz; 2012), el cual tiene once puntos, que deben seguirse en el proceso de investigación:

En primer lugar el modelo de Simeon Yates (citado por Sáenz; 2012) consiste en los siguientes ocho puntos:

- Teoría.
- Hipótesis.
- Operacionalización de conceptos.
- Selección de quienes responderán o casos a estudiar.
- Diseño de investigación.

- Recolección de datos.
- Análisis de datos.
- Resultados.

En segundo lugar, se mencionan los puntos de Alan Bryman (referido por Sáenz; 2012), los cuales consisten en once puntos:

- Teoría.
- Hipótesis.
- Diseño de investigación.
- Medición de conceptos (Operacionalización).
- Selección del lugar de investigación.
- Seleccionar a los sujetos a investigar.
- Recolección de datos.
- Procesamiento de datos.
- Análisis de datos.
- Resultados y conclusiones.
- Escribir los resultados y conclusiones.

Una vez examinada la definición junto con sus características y sus procesos, se puede diferenciar de manera clara y concisa de la investigación de tipo cualitativo, de la cual menciona Sáenz (2012) que la distinción más notable que existe entre los dos tipos de investigación, radica en que la investigación cuantitativa tiende a ser

deductiva, por lo cual su fin es tratar de probar las teorías, mientras que las investigaciones de tipo cualitativo evitan la medición y son de un carácter más inductivo, por lo cual este tipo de investigación es la que genera la teoría.

Por lo tanto, esta investigación fue de enfoque cuantitativo, porque sigue los pasos requeridos para el mismo y utiliza instrumentos válidos y confiables, que permiten corroborar las hipótesis establecidas en un inicio.

3.1.2 Investigación no experimental.

“La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.” (Toro; 2006: 8).

Este estudio fue no experimental por que no se manipuló la variable sino que se obtuvo la respuesta de los sujetos en su entorno natural.

3.1.3 Estudio transversal.

Se define el estudio transversal como “un método que prueba diferentes grupos durante un periodo de tiempo especificado y los compara para determinar las diferencias” (Rice; 1997: 20).

Por otro lado la Sociedad Argentina de Hematología (2014) menciona que en los estudios transeccionales o transversales se registran eventos y observaciones que suceden en una población definida dentro de un momento temporal específico.

“La encuesta transversal es un diseño de investigación epidemiológica de uso frecuente. Se trata de estudios típicamente observables y son también llamados encuestas de prevalencia o estudios transversales. El diseño de una encuesta transversal debe considerar aspectos relacionados con la población que estudiará, los sujetos de quienes obtendrá información y la información que se busca captar.” (Hernández; 2009: 16).

El estudio transversal es útil como un trabajo exploratorio, o bien, para clasificar o rastrear aspectos de una enfermedad en particular. Son utilizadas para describir asociaciones entre variables que fueron observadas, sin poder establecer una vinculación de “causa y efecto”

Al momento de explorar una hipótesis de investigación, la característica que distingue este estudio es que la variable de resultado y la variable de exposición se determinan de manera simultánea en el estudio. (Hernández; 2009).

Estos trabajos, al realizarse de manera adecuada, pueden establecer una prevalencia, sin embargo, como la observación se realiza en un momento específico, no es posible calcular incidencia con los datos que surgen de estos.

La presente investigación es de corte transversal, debido a que se estudió la manifestación de la variable, autoevaluada por los participantes en un momento específico.

3.1.4 Alcance comparativo.

Caïs (1997) menciona que el investigador busca realizar un contraste por medio de la comparación entre los casos, con el fin de hacer una detección de aspectos regulares y con esto poder hacer una explicación que pueda generalizarse, llegando a tener así un alcance histórico limitado. Este tipo de estudios se basan en el sustento estadístico, por lo cual se utilizan pruebas como la t de Student o la prueba de diferencia de proporciones.

“La prueba de t de Student es usada para contrastar la hipótesis nula de no existencia de diferencias significativas entre las medias de dos variables (X e Y) con distribución normal, medidas en los mismos sujetos, o bien la no-existencia de diferencias significativas entre la medida de una misma variable medida en los mismos sujetos” (Sábado; 2009: 90).

Este estudio fue comparativo debido a que se pretendió identificar diferencias significativas entre los niveles de ansiedad promedio de un grupo de estudiantes varones de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, comparado con los de un grupo de estudiantes mujeres de la misma escuela.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

“En el campo de la metodología de la investigación científica, el concepto de técnicas de recolección de información alude a los procedimientos mediante los cuales se generan informaciones válidas y confiables, para ser utilizadas como datos científicos. La función primordial de las técnicas de recolección de información es la observación y registro de los fenómenos empíricos; registros a partir de los cuales se elabora información que permite generar modelos conceptuales (en la lógica cualitativa) o contrastarla con el modelo teórico adoptado (en la lógica cuantitativa).” (Yuni; 2009: 29).

Para llevar a cabo el proceso de recolección y cuantificación de datos se requirió utilizar una prueba estandarizada.

Salkind (1999) define que las pruebas son diseñadas con el propósito de evaluar un resultado, el cual servirá para distinguir diferencias entre grupos.

Rice (1997) señala que las pruebas estandarizadas han sido desarrolladas por una gran cantidad de psicólogos, con el fin de poder medir características específicas, tales como inteligencia, aptitudes, logros académicos, intereses vocacionales y personalidad. Estas pruebas son utilizadas como un medio de obtención de datos, debido a que son una valiosa fuente de información.

Un instrumento, según Gómez (2006), debe ser aquel recurso que logre registrar todos los datos observables, que constituyen verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente, esto quiere decir que pueda abstraer “la realidad” que se desea capturar.

Namakforoosh (2005) menciona que existen tres características para que el instrumento sea adecuado:

- Validez: Es el grado en el que la prueba está midiendo lo que en realidad desea medir.
- Confiabilidad: Exactitud y precisión de los procedimientos de la medición.
- Factibilidad: Factores que determinan la posibilidad de realización, tal como el factor económico, conveniencia y grado en que el instrumento de medición es interpretable.

“La medición consiste en asignar numerales, números y otros símbolos a propiedades empíricas (objetos, cuentas o variables) conforme ciertas reglas. Se pueden medir objetos tales como mesas, gente, libros, o automóviles; o bien, cosas que no son concretas como: preferencias, actitudes o neutrones. También miden las propiedades; es decir las características de un ser humano (peso, estatura, posición económica), sus propiedades psicológicas; actitudes e inteligencia” (Namakforoosh; 2005: 227).

El instrumento utilizado en el presente trabajo fue la prueba IDARE, desarrollada en 1964 por el Dr. Charles D. Spielberger, director del programa de Psicología clínica de la Universidad del sur de Florida, EUA. (Sánchez; 2008). El IDARE tenía la finalidad de desarrollar una escala que promocionara medidas objetivas de auto-evaluación tanto en la ansiedad rasgo, como estado, por lo cual ha sido traducida a un total de 48 idiomas y dialectos, con el fin de establecer investigaciones para la práctica clínica. En 2002 con la colaboración de Díaz Guerrero se realizó la versión en español.

En cuanto a la confiabilidad del IDARE, se reportan en su manual que aplicó un test-retest en un intervalo de 104 días para la escala ansiedad-rasgo, resultando una variación desde .73 a .86, la cual indica una alta correlación, a diferencia de la escala de ansiedad-estado que muestra una correlación relativamente baja variando de .16 a .54 y una media de .332, sin embargo, esto refleja los factores situacionales que en el momento de la aplicación tienen influencia. Spielberger, (2002).

Respecto a la confiabilidad de la escala ansiedad-estado, menciona Sánchez (2012) que se obtuvo por medio del coeficiente alfa gracias a la naturaleza pasajera de los estados de ansiedad, por esto se calculó con la fórmula K-R con la modificación de Cronbach, generando así una correlación elevada que va de .83 a .92, demostrando con esto que ambas escalas presentan una consistencia.

Dicha prueba es un inventario auto-evaluativo, el cual se puede aplicar de manera individual o colectiva y es diseñado para evaluar dos formas relativamente

independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado de condición emocional y transitoria y la ansiedad como rasgo de propensión ansiosa relativamente estable.

La escala A-Rasgo del Inventario de Ansiedad, consta de 20 afirmaciones, con 13 ítems positivos y 7 negativos, donde se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado, consta de 20 afirmaciones, con 10 ítems positivos y 10 negativos, que requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

La forma de respuesta en la que se aplica dicha prueba consta de una opción de respuesta que va de cero a cuatro en ambas subescalas. (Spielberger; 2002).

La prueba IDARE utiliza un puntaje de normalización T.

Urbina (1998) define que las calificaciones estándares normalizadas son calificaciones estándares expresadas en términos de una distribución que ha sido transformada para ajustarse a una curva normal.

Menciona Iglesias (2007) que para ser considerado test, la prueba debe estar estandarizada y normalizada, de no tener la normalización, este será considerado únicamente como una prueba.

Como ya se mencionó se utiliza la puntuación T, Vargas (1995) menciona que dichos índices se obtienen a partir de puntuaciones tipificadas Z, por medio de un cambio de origen y escala que se viene dando por la transformación $T=10Z +50$.

- La variable T presenta una media de 50 y una desviación típica de 10.
- Las puntuaciones son positivas, y se pueden redondear a números de dos cifras, y gracias a esto se facilita su comprensión, ya que no presenta números negativos y decimales.

En los casos de test psicológicos, “estas diversas normas son suministradas en general para los principales grupos de referencia con la documentación que acompaña los test. Suelen presentarse en forma de tablas de conversión que permite, mediante una lectura directa, transformar una puntuación directa en una puntuación normalizada”. (Levy; 1992:41).

Una vez que se calcula el puntaje bruto, se tiene que interpretar, lo cual resultará en las puntuaciones T. Para la interpretación de las puntuaciones T, se utilizó como base el estudio de “Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción” realizado por Urdapilleta y cols., en México, en el año 2010.

En este estudio se instituye un rango con respecto a las puntuaciones T, que se usaron para interpretar IDARE, por lo cual se menciona lo siguiente.

- Puntuación T de 20 a 31, se considera muy baja.
- Puntuación T de 31 a 43, se considera baja.
- Puntuación T de 44 a 55, se considera media
- Puntuación T de 56 a 67, se considera alta.
- Puntuación T de 68 a 80, se considera muy alta.

3.2 Descripción de la población.

Se continuará por delimitar la población objeto de estudio de esta investigación. Una población “es una totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que deben cuantificarse para un determinado estudio, integrando un conjunto de entidades que participan para una determinada característica, que se le denomina población para construir la totalidad del fenómeno adscrito a un estudio o investigación”. (Tamayo; 2004: 176).

Anteriormente ya se había mencionado que el estudio se realizó en la Universidad Don Vasco, A.C., la cual tiene su ubicación en la ciudad de Uruapan, Michoacán, en el entronque carretera a Pátzcuaro No. 1100, colonia Don Vasco. La población utilizada para la investigación fueron los estudiantes de la Escuela de Psicología pertenecientes a la misma universidad

La población estudiantil estaba dividida por semestres, comenzando en segundo y cuarto, y dividiéndose en sexto y octavo semestre de las áreas Psicología de la Salud, Psicología Educativa, Psicología Organizacional y Psicología de los Procesos Psicosociales y Culturales. En ese momento se contaba con un total de 198 estudiantes en la carrera.

El instrumento se suministró a toda la población estudiantil de la Escuela de Psicología, con excepción de 17 estudiantes ausentes en los días de aplicación que no se evaluaron, por lo que fueron en total 184 participantes, de los cuales fueron 44 sujetos del género masculino y 137 del género femenino, con un rango de edad que oscila entre los 18 y los 34 años.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

El proceso de investigación se inició gracias a la observación que se realizó en la comunidad estudiantil dentro de la universidad, esto debido a la presencia de estudiantes que manifestaban ansiedad. Sin embargo, en la observación que se realizaba en los hechos cotidianos, se observaba que eran ciertos sujetos en específico los que mostraban estas manifestaciones de ansiedad, por lo cual se comenzó así la investigación, originando así una hipótesis en la cual se intentaba demostrar si el nivel de ansiedad que presentaban los hombres respecto al de las mujeres era significativo.

Una vez establecida una temática y una hipótesis se continuó por establecer un objetivo general y siete particulares, de los cuales eran cuatro objetivos teóricos y tres metodológicos, con los que se tendría ya una serie de metas para la realización de la investigación.

Posteriormente se comenzó a elaborar la introducción de la investigación, en la cual se planteó una serie de antecedentes, con el fin de que tuviera características o variables lo más parecidas al estudio que se intentaba realizar para que el trabajo pudiera tener un fundamento más sólido. Durante este proceso se investigó la población estudiantil que sería usada para la investigación, por lo que se estableció un número de estudiantes y se determinó un rango de edad. De igual forma se hizo una investigación para obtener una prueba eficaz de medición de la variable, por lo cual se eligió la prueba IDARE.

Una vez realizado esto, se continuó con la elaboración del marco teórico, el cual constaba de la elaboración de tres capítulos: uno referente a la variable que se deseaba investigar o estudiar, otro que hace referencia a la característica de la población, en este caso se realizaron los primeros capítulos en base a la ansiedad y a la juventud, el tercer capítulo es el que se destinó a la descripción de la metodología utilizada durante el proceso de investigación.

Una vez realizados los dos capítulos teóricos, se continuó con la elaboración de una entrevista con el Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos, director de la carrera de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., con el fin de solicitar un permiso para

poder aplicar el instrumento de medición. Las pruebas se administraron los días 29 y 30 de enero de 2015.

No existió un problema relevante en el proceso, sin embargo, existieron algunos inconvenientes, tal como es la ausencia de algunos alumnos a la hora de la aplicación de las pruebas.

Al final se elaboró el análisis de resultados, que será explicado de manera más concreta en el siguiente punto.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

El estudio se organizó para su análisis en los lineamientos establecidos por Hernández y cols. (2008). Para realizar el análisis de resultados de esta investigación se seccionó la información en las siguientes categorías de análisis.

1. Nivel de ansiedad de las mujeres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
2. Nivel de ansiedad de los hombres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
3. Comparación entre los niveles de ansiedad de las mujeres respecto al de los hombres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.

En cada categoría se realizó un análisis estadístico y un análisis porcentual de los datos.

3.4.1. Nivel de ansiedad de las mujeres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.

La ansiedad es “un mecanismo adaptativo de defensa cuya función primordial es disponer las acciones más convenientes ante situaciones consideradas amenazantes.” (Baeza; 2008:11).

Dentro de la ansiedad se desglosan los conceptos de ansiedad estado y ansiedad rasgo:

La ansiedad estado es denominada por Spielberger (citado por Oblitas; 2009) como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una activación del sistema nervioso autónomo.

La ansiedad rasgo, para Eysenck y Eysenck son “factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persistentemente en muchos tipos de situaciones diferentes” (referidos por Géneros; 1999: 20).

Dallas y Shors (citados por Arenas y Puigserver; 2009) definen que existen algunas razones por las cuales el sexo femenino presenta un índice mayor de trastornos originados por la ansiedad. Entre las diferentes causas se encuentra la cuestión psicosocial y sociocultural, la cual influye en el tipo de afrontamiento que tiene la persona. Por otro lado, se encuentran los niveles de educación, el estado civil, el ingreso económico, las adversidades originadas durante la etapa infantil, los cambios en el ámbito social y la vulnerabilidad a la exposición.

Niedlich (2013) menciona que el factor biológico no puede ser descartado de la lista de causas de ansiedad en las mujeres. Se atribuyen al respecto: la predisposición genética, los rasgos de personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos.

Se menciona el síndrome pre-menstrual como un factor que causa síntomas ansiosos y se define como “un conjunto de disturbios somáticos, cognitivos y conductuales que ocurren de forma cíclica durante la fase lútea, con resolución rápida al acercarse el comienzo de la menstruación” (Niedlich; 2013: 02).

A continuación se dará la explicación respecto a los resultados obtenidos mediante la implementación del test.

Los resultados obtenidos de la aplicación del inventario de ansiedad IDARE se muestran en puntajes T, tanto en la escala de ansiedad estado como en la de ansiedad rasgo.

Respecto a la escala ansiedad estado en las mujeres, los resultados fueron los siguientes:

La media fue de 54.62. La media es conocida como media aritmética o promedio, es la sumatoria obtenida del conjunto de puntajes y es dividida entre el número de puntajes (Salkind; 1999).

La mediana fue de 54. La mediana es el puntaje de una distribución por arriba del cual se encuentra la mitad de los puntajes (Salkind; 1999).

La moda fue 56. La moda es el puntaje que ocurre con mayor frecuencia (Salkind; 1999).

También se obtuvo el valor de dos medidas de dispersión: por un lado, la desviación estándar obtenida fue de 9.35. “La desviación estándar es la cantidad promedio que cada uno de los puntajes individuales, varía respecto a la media del conjunto de puntajes.” (Salkind; 1999: 171).

La varianza fue de 87.59. La varianza es la medida de dispersión donde todos los resultados posibles giran alrededor de la media, según Emery (2000).

Los resultados de la ansiedad estado de las mujeres se ubican en el rango de puntuaciones de 44 a 55, por lo que se interpreta que presentan una ansiedad media.

Respecto a la escala de ansiedad rasgo en las mujeres, los resultados fueron los siguientes:

La media de 53.81, la mediana de 55, la moda de 46, la desviación estándar de 10.41 y la varianza de 108.45.

Los resultados de la ansiedad rasgo de las mujeres se ubican en el rango de puntuaciones T de 44 a 55, por lo que se interpreta que presentan una ansiedad media (Ver anexo 1).

- Análisis porcentual de los resultados de las mujeres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.

Los porcentajes de mujeres que obtuvieron puntajes altos en cada escala se muestran a continuación. En la escala de ansiedad Estado, los sujetos que se encuentran por arriba del puntaje T 68, son los casos preocupantes en esta escala, los cuales representan el 8.02%.

En la escala de ansiedad Rasgo, los sujetos que muestran puntajes preocupantes son el 8.75% (Ver anexo 2).

En función de los datos anteriores, se puede afirmar que los niveles de ansiedad rasgo- estado, en las mujeres estudiantes en la universidad Don Vasco, A.C., se encuentran dentro de los estándares normales, por lo que no tienen problemas con el nivel de ansiedad que presenta.

Las mujeres estudiadas pueden presentar las características de una ansiedad normal que se presentan a continuación:

Aumento de la frecuencia respiratoria, tensión muscular, temblor, sequedad en la boca, sudoración, torpeza o dificultad para actuar, dificultad para mantenerse quieto y en reposo, posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos nerviosismo y pesimismo.

3.4.2. Nivel de ansiedad de los hombres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.

La ansiedad en los hombres es más difícil de expresar en comparación con las mujeres gracias a las diferencias del rol social y las expectativas que tiene el individuo, por lo cual es más complicado el manifestar sus indicadores, según Méndez (2007).

Por otro lado esta explicación se complementa con la afirmación de Gerson, (1998), que menciona que se introyecta un sentimiento de avergonzamiento hacia los sentimientos de ansiedad y miedo que se genera tanto en hombres como en mujeres. En el caso de los hombres hay una problemática en el estereotipo de macho, el cual evita que se exprese de manera sana y libre dichas emociones y sentimientos.

Por ende, la ansiedad afecta en diversas áreas, sin embargo, una de las más comunes es el ámbito sexual. Velasco (2013) señala que la ansiedad está íntimamente ligada de la impotencia sexual, la cual se origina por el simple temor de fallar, lo que eventualmente ocurrirá de forma más y más común hasta volverse una condición.

Witkin (2004) da una serie de efectos que conlleva la ansiedad con respecto a la impotencia, las cuales son:

- El hombre no puede fingir el orgasmo.
- El hombre no puede fingir la erección.

- El hombre no puede fingir la excitación.
- El hombre no puede esconder un “fallo”.

Respecto a la escala de ansiedad estado en los hombres, los resultados fueron los siguientes:

La media de 52, la mediana de 52, la moda de 52, la desviación estándar de 11.94 y la varianza de 142.72.

Los resultados de la ansiedad estado de los hombres se ubican en el rango de puntuaciones de 44 a 55 por lo que se interpreta que presentan una ansiedad media.

Respecto a la escala de ansiedad rasgo en los hombres, los resultados fueron los siguientes:

La media de 51.81, la mediana de 53.5, la moda de 56, la desviación estándar de 11.16 y la varianza de 124.61.

Los resultados de la ansiedad rasgo de los hombres, se ubican en el rango de puntuaciones de 44 a 55 por lo que se interpreta que presentan una ansiedad media.

(Ver anexo 3).

- Análisis porcentual de los resultados de los hombres estudiantes de Psicología de la universidad Don Vasco, A.C.

Los porcentajes de hombres que obtuvieron puntajes altos en cada escala fueron los siguientes:

En la escala de ansiedad estado, los sujetos que se encuentran por arriba del puntaje T 68 son los casos preocupantes en esta escala y representan el 6.81%.

En la escala de ansiedad Rasgo los sujetos que muestran puntajes preocupantes son el 9.09%. (Ver anexo 4).

En función de los datos anteriores se puede afirmar que los niveles de ansiedad rasgo y estado, en los hombres estudiantes de la Universidad Don Vasco, A.C., se encuentran dentro de los estándares normales, por lo que no tienen problema con el nivel de ansiedad que presentan.

3.4.3. Comparación entre los niveles de ansiedad de las mujeres respecto al de los hombres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.

Para elaborar una comparación más consistente entre los grupos estudiados se consideró que no era suficiente conocer las medias de cada grupo, era necesario corroborar las diferencias significativas mediante un tratamiento estadístico adicional, por lo que se seleccionó la t de Student para este propósito.

La prueba t es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias. La comparación se realiza sobre una variable.

La fórmula de la t de Student es la siguiente:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

Los significados de las variables de la fórmula, son:

\bar{X}_1 = Media del primer grupo.

\bar{X}_2 = Media del segundo grupo.

N_1 = Tamaño del primer grupo.

N_2 = Tamaño del segundo grupo.

S_1^2 = Varianza del primer grupo.

S_2^2 = Varianza del segundo grupo.

Los grados de libertad son el número de maneras en que los datos pueden variar libremente, indican qué valor esperar de t dependiendo de los grupos que se comparan.

Los grados de libertad se calculan, $gl = (N_1 + N_2) - 2$.

Donde N_1 y N_2 son el tamaño de los grupos comparados. El nivel de significancia se elige de la tabla de la distribución t de Student, donde 0.05 es el nivel de confianza elegido, lo que significa que se tiene una confianza de que en un 95% los grupos en realidad difieren significativamente entre sí, y 5% de posibilidad de error.

Para que se consideren diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, si el valor de t calculado es igual o mayor que el valor de la tabla de la distribución de t de Student, existe una diferencia significativa entre ellos.

Los resultados obtenidos de la comparación entre los niveles de ansiedad estado de las mujeres respecto al de los hombres fueron los siguientes:

El resultado de valor de t calculado fue de 1.97.

El resultado de la tabla de la distribución de t de Student fue de 1.64.

En estos grupos se observa que sí hay una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad estado de las mujeres comparado con los de los hombres. (Ver anexo 5 y 7).

Los resultados obtenidos de la comparación entre los niveles de ansiedad rasgo de las mujeres respecto al de los hombres fueron los siguientes:

El resultado de valor de t calculado fue de 1.90.

El resultado de la tabla de la distribución de t de Student fue de 1.64.

En estos grupos, respecto a la escala de ansiedad rasgo se observó que si hay una diferencia entre la ansiedad de las mujeres comparada con la de los hombres. (Ver anexo 6 y 7).

Con base en los resultados observados, se puede corroborar la hipótesis de investigación, la cual indica que existe una diferencia entre los niveles de ansiedad de los hombres, respecto a los de las mujeres, estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de la investigación, se buscó estudiar la existencia de una diferencia entre los niveles de ansiedad de los hombres, respecto a los de las mujeres, estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, a partir de la premisa que indica que sí había una diferencia respecto al género.

Por ende, para comprobar esta hipótesis se establecieron al principio de la investigación una serie de objetivos, los cuales constituían cuatro teóricos y tres prácticos. Por lo cual se hará mención de ellos, y de los resultados obtenidos a lo largo de la investigación.

Los objetivos particulares se completaron, comenzando por el primero, que consistía en definir el concepto de ansiedad, por ende, se recaudaron algunas definiciones de ansiedad y se concluyó que esta se entiende como “un mecanismo adaptativo de defensa, cuya función primordial es disponer las acciones más convenientes ante situaciones consideradas amenazantes.” (Baeza; 2008:11).

El segundo objetivo se dirigió a describir los tipos de ansiedad, encontrándose en el capítulo 1. Se menciona que existen dos tipos de esta condición, los cuales son: ansiedad normal y patológica.

La ansiedad, normal según Lorente (2008), es aquella que se presenta de forma rápida con una duración moderada, la cual mantiene a la persona en un estado de alerta y mejora sus resultados.

Por otro lado la ansiedad patológica, que menciona García (1999), es la ansiedad que afecta la percepción de peligro del sujeto, lo cual genera que las respuestas que son emitidas por él, sean desproporcionadas a las demandas que las han originado, prolongándose por una larga cantidad de tiempo y generando bloqueos que evitan la consecución de objetivos personales.

El tercer objetivo fue distinguir causas de la ansiedad, que se explicó también en el capítulo 1, donde se habla de causas externas y causas internas.

Por la cuestión externa, se encuentran factores de índole psicosocial y sociocultural, que influyen en los distintos tipos de afrontamiento de la persona, seguidos por el rol social, niveles educativos, estado civil, nivel de ingresos, apoyo y aislamiento social, adversidades en la etapa infantil, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición.

Por otro lado, los factores internos presentan rasgos tales como la predisposición genética, los rasgos de personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos.

El siguiente objetivo se trató de conceptualizar el término de juventud, que se logró definir en el capítulo 2 y se entiende como “la edad entre la infancia y la edad adulta según La organización de las Naciones Unidas, la juventud comprende el rango de edad entre 12 y 24 años, abarca la pubertad o adolescencia media o tardía, de 15 a 19 años y la adultez temprana, de los 19 a 25 años.” (Méndez; 2013: 79).

En el capítulo 3 se alcanzaron los siguientes objetivos, que fueron: señalar el grado de ansiedad rasgo-estado, en la muestra de las mujeres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán, identificándose un nivel de ansiedad estado promedio de 52 y un promedio de ansiedad rasgo de 51.81.

En lo que concierne a distinguir el grado de ansiedad rasgo-estado, en la muestra de los hombres estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán, fue otro objetivo particular que se alcanzó en el capítulo 3, encontrándose en promedio con una ansiedad estado de 54.62 y un promedio de ansiedad rasgo de 53.81.

Por último, se propuso comparar los niveles de ansiedad de las mujeres respecto a los de los hombres, estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C., de la ciudad de Uruapan, Michoacán, descubriendo que sí había una diferencia entre los grupos.

De esta manera se llegó al objetivo general, el cual fue Identificar una diferencia entre los niveles de ansiedad de las mujeres, respecto a los de los hombres, estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, donde se corroboró la hipótesis planteada en esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Agulló Tomás, Esteban. (1997)
Jóvenes, trabajo e identidad.
Editorial Universidad de Oviedo. Asturias, España.
- American Phychiatric Association. (2002)
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR
Editorial Masson. Madrid, España.
- Baeza Villarroel, José Carlos. (2008)
Higiene y prevención de la ansiedad.
Editorial Díaz De Santos. Madrid, España.
- Barradas Alarcón, María Ester. (2014)
Depresión en estudiantes universitarios: Una realidad indeseable.
Editorial Palibrio. Estados Unidos.
- Barragán, Rossana. (2003)
Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación.
Editorial Fundación PIEB. La Paz, Bolivia.
- Beltrán Llera, Jesús. (1995)
Psicología de la educación.
Editorial Marcombo. Barcelona, España.
- Blaxter, Loraine. (2008)
Cómo se investiga.
Editorial Graó. Madrid, España.
- Caïs, Jordi. (1997)
Metodología del análisis comparativo.
Editorial Cis. Madrid, España.
- Caritas Española. (1994)
Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada.
Editorial Caritas. Madrid, España.
- Caritas Española. (2000)
Documentación social: Revista de estudios sociales y de sociología aplicada.
Editorial Caritas española. Madrid, España.
- Carrión, Óscar Raúl. (2008)
Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad.
Editorial Galerna. Buenos Aires, Argentina.

Clasificación Internacional de Enfermedades 10. (1993)
CIE 10. (Clasificación Internacional de Enfermedades)
Editorial MEDITOR. Madrid, España.

Cornachione Larrinaga, María. (2006)
Psicología del desarrollo: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
Editorial Brujas. Córdoba, Argentina.

Crosera, Silvio. (2012)
Los consejos del psicólogo para comprender al adolescente.
Editorial De Vecchi. Barcelona, España.

Dallal y Castillo, Eduardo. (2003)
Camino del desarrollo psicológico.
Editorial Plaza y Valdez. México, D.F.

El Sahili González, Luis Felipe. (2010)
Psicología clínica: Trastornos neurológicos, hormonales y psicológicos.
Editorial Universidad de Guanajuato. Guanajuato, México.

Emery, Douglas. (2000)
Fundamentos de administración financiera.
Editorial Prentice Hall. México.

Gerrig, Richard. (2005)
Psicología y vida.
Editorial Pearson. México.

Gerson, Robert. (1998)
Encontrar la serenidad en la era de la ansiedad.
Editorial Kairós. Barcelona, España.

Gómez, Marcelo. (2006)
Introducción a la metodología de la investigación científica.
Editorial Brujas. Córdoba, Argentina.

Géneros Oriet. (1999)
Prácticas de Psicología de la personalidad
Editorial Ariel S.A.Barcelona.

González García, José Luis. (1999)
Sentirse bien está en tus manos.
Editorial Sal Terrae. España.

Grande Gil, José Luis. (2003)
ATS/DUE de las fundaciones públicas sanitarias de Galicia.

Editorial MAD. Madrid, España.
Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2008)
Metodología de la investigación.
Editorial Interamericana. México.

Hernández Prado, Bernardo. (2009)
Epidemiología: Diseño y análisis de estudio.
Editorial Panamericana. Morelos, México.

Iglesias Cortizas, José. (2007)
Diagnóstico e intervención didáctica del lenguaje escolar.
Editorial Notbiblo. España.

Jarne Esparcías, Adolfo José. (2006)
Psicopatología.
Editorial UOC. Barcelona, España.

Jaure, Cecilia. (2003)
Las fobias: todo lo que necesitas saber.
Editorial Imaginador. Buenos Aires, Argentina.

Lago Méndez, Lucia. (2007)
Exodoncia del tercer molar inferior: Factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio.
Editorial Universidad de Santiago de Compostela. La Coruña, España.

Levy Leboyer, Claude. (1992)
Evaluación del personal.
Editorial Díaz de Santos. Madrid, España.

Licea Sánchez, Marco Julio. (2006)
Edificando la familia: cómo ser un padre extraordinario.
Editorial Panorama. México, D.F.

López Chicharro, José. (2008)
Fisiología clínica del ejercicio.
Editorial Panamericana. Madrid, España.

Lorente Gironella, Ferran. (2008)
Asistencia psicológica a víctimas.
Editorial Aran. Madrid, España.

Marcelli, Daniel. (2007)
Psicopatología del niño.
Editorial Elsevier Masson. España.

Mardomingo Sáenz, María de Jesús. (1994)

Psiquiatría del niño y del adolescente.
Editorial Díaz de Santos. Madrid, España.

Méndez Zayas, Jorge. (2013)
Hacia el infinito.
Editorial Palibrio LLC. Estados Unidos.

Monroy, Anamely. (2002)
Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud.
Editorial Por los jóvenes. México, D.F.

Muñoz Arteaga, Domingo; Silva García, Luis. (2006)
Profesiones sanitarias: Asistencia múltiples víctimas.
Editorial Eduforma. Sevilla, España.

Myers, David. (2004)
Psicología.
Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina.

Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011)
Adolescencia: una época de oportunidades.
Editorial UNICEF. Nueva York, Estados Unidos.

Namakforoosh, Mohmmad Naghi. (2005)
Métodos de la investigación.
Editorial Limusa, México, D.F.

Oblitas Guadalupe, Luis Armando. (2009)
Psicología de la salud y calidad de vida.
Editorial Cengage Learning. Catalunya, España.

Ortuño Sánchez, Felipe. (2009)
Lecciones de Psiquiatría.
Editorial Panamericana. Madrid, España.

Peurifoy, Rene. (2007)
Venza sus temores: Ansiedad, fobias y pánico.
Editorial Flaps. Barcelona, España.

Polaino Lorente, Aquilino. (2000)
Madurez personal y amor conyugal.
Editorial Rialp. Madrid, España.

Poli, Osvaldo. (2011)
Madres demasiado madres.
Editorial Rialp. Madrid, España.
Prada Ramírez, José Rafael. (2004)

Madurez afectiva, concepto de sí y la aprehensión en el ministerio sacerdotal.
Editorial San pablo. Bogotá, Colombia.

Reza Trosino, Jesús Carlos. (2006)
El ABC del instructor: y también del profesor, moderador, y de cualquier facilitador de procesos educativos.
Editorial Panorama, México.

Rice, Philip. (1997)
Desarrollo humano.
Editorial Pearson. Naucalpan de Juárez, México.

Riso, Walter. (2003)
¿Amar o depender?: cómo superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable.
Editorial Norma. Bogotá, Colombia.

Rodríguez Sacristán, Jaime. (1998)
Psicopatología del niño y del adolescente.
Editorial Universidad de Sevilla. Sevilla, España.

Romero Aguirre, Javier. (2005)
Diccionario de Psicología.
Editorial Paulinas. México, D.F.

Sábado, Joaquín Thomas. (2009)
Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería.
Editorial Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.

Sáenz López, Karla Annet Cynthia. (2012)
Metodología para investigaciones de alto impacto en las ciencias sociales y jurídicas.
Editorial Universidad Autónoma de León. Guanajuato, México.

Salkind, Neil. (1999)
Métodos de investigación.
Editorial Prentice Hall. México.

Sánchez Escobedo, Pedro. (2008)
Psicología clínica.
Editorial Manual Moderno. México, D.F.

Sociedad Argentina de Hematología. (2014)
Hematología.
Editorial Sociedad Argentina de Hematología. Argentina.

Spielberger, Charles. (2002)

Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado.
Editorial Manual Moderno. México.

Stassen Berger, Kathleen. (2009)
Psicología del desarrollo.
Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.

Tamayo y Tamayo, Mario. (2004)
Investigación científica.
Editorial Limusa. México, D.F.

Tejada Fernández, José. (2006)
Formación de formadores.
Editorial Escenario Aula. Madrid, España.

Toro Jaramillo, Iván Darío. (2006)
Método y conocimiento: Metodología de la investigación.
Editorial Universidad EAFIT. Colombia.

Trujillo Pedraza, Ma. Luz. (2010)
Desarrollo socio afectivo.
Editorial Editex. México.

Urbina, Susana. (1998)
Test Psicológicos.
Editorial Prentice Hall, México, D.F.

Vargas Sabadías, Antonio. (1995)
Estadística descriptiva e inferencial.
Editorial Universidad de Castilla-La Mancha. Ciudad Real, España.

Velasco, Gabriel Agustín. (2013)
Para qué esperar, hombres.
Editorial Palibrio. Estados Unidos.

Witkin, Georgia. (2004)
Manual de supervivencia para hombres con estrés.
Editorial Amat. Barcelona, España.

Woolfolk, Anita. (2006)
Psicología educativa.
Editorial Pearson. México.

Yaryura Tobías, José. (1997)
Trastornos obsesivo-compulsivos.
Editorial Harcourt Brace. España.

Yuni, José Alberto. (2005)

Psicología del desarrollo: Enfoques y perspectivas del curso vital.
Editorial Brujas. Córdoba, Argentina.

Yuni, José Alberto. (2009)
Técnicas para investigar y formular proyectos de investigación.
Editorial Brujas. Córdoba, Argentina.

Zalapa Ríos, Héctor Raúl. (2010).
Historia y filosofía UDV.
Editorial Universidad Don Vasco A.C. Michoacán, México.

MESOGRAFÍA

Arenas, Carmen; Puigcerver, Araceli. (2009)

“Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica”

Departamento de Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia. Valencia, España.

http://www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol3_1/escritospsicologia_v3_1_3mcarenas.pdf

Flores Ocampo, Roberto; Jiménez Escobar, Stephany; Pérez Hernández, Sofía Daniela; Ramírez Serrano, Paula Berenice; Vega Valero Cynthia Zaira. (2007).

“Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios”

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Ciudad de México, Distrito Federal, México.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsiv10n1/v10n1a05.pdf>

Niedlich, Griselda. (2013)

“Síndrome pre-menstrual”

Buenos Aires, Argentina.

<http://idim.com.ar/blog/wp-content/uploads/2013/09/Sindrome-premenstrual.pdf>

Sáenz Vogel, Paula Macarena. (2013)

“Comparación de los niveles de ansiedad y consumo de tabaco en jóvenes universitarios”.

Universidad Mayor, Temuco, Chile.

<http://www.psicologiacientifica.com/niveles-de-ansiedad-consumo-tabaco-jovenes-universitarios/>

Urdapilleta Herrera, Eryka del Carmen; Sansores, Raúl H.; Ramírez Venegas, Alejandra; Méndez Guerra, Mónica; Lara Rivas, Adriana Gabriela; Guzmán Barragán, Susana Abigail; Ayala Guerrero, Fructuoso; Haro Valencia, Reyes; Cansino, Selene; Moreno Coutiño, Ana. (2010)

“Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción”.

Salud pública de México. Vol.52. (sup 2): 120-128.

Ciudad de México.

<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002513>

Villaseñor Ponce, Margarita. (2010).

“Correlación entre ansiedad y bienestar psicológico en estudiantes que ingresan en la universidad”

Facultad de Estudios Superiores. Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.

http://www.psicol.unam.mx/silviamacotela/Pdfs/RMPE_V1N1_A5.pdf

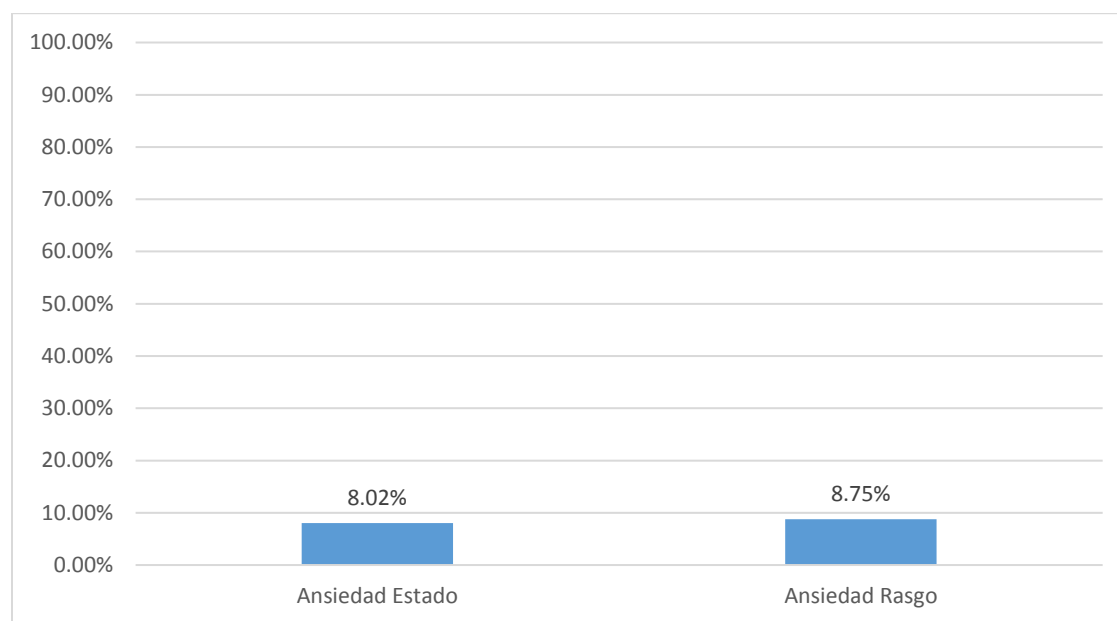
**NIVELES DE ANSIEDAD DE LAS MUJERES ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DON VASCO
A.C.**

TABLA

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO
Media	54.62	53.81
Moda	56	46
Mediana	54	55
MEDIDAS DE DISPERSIÓN	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO
Desviación estándar	9.35	10.41
Varianza	87.59	108.45

ANEXO 2

PORCENTAJE DE MUJERES CON PUNTUACIONES ALTAS EN LAS ESCALAS DE ANSIEDAD.

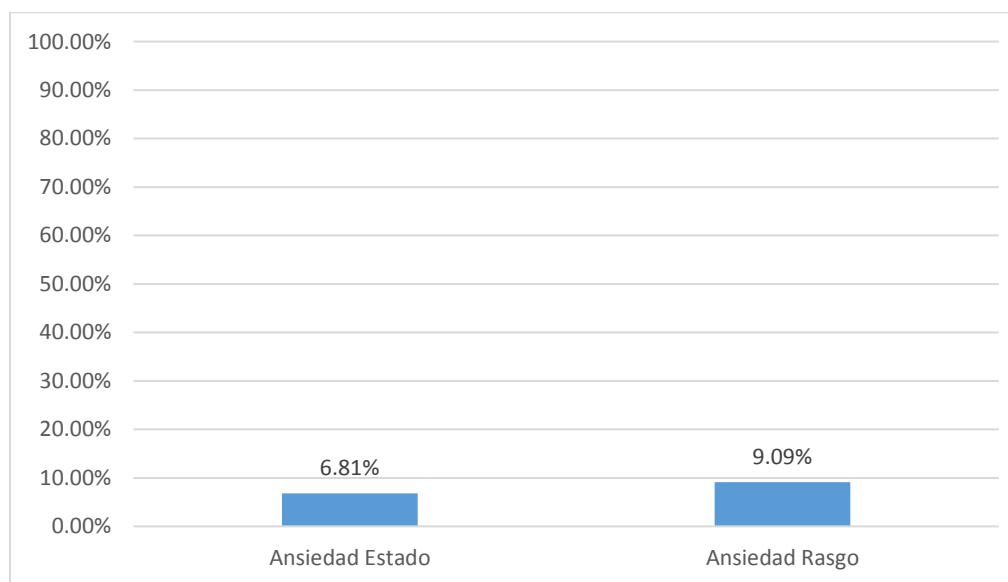


**NIVELES DE ANSIEDAD DE LOS HOMBRES ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DON VASCO
A.C.****TABLA**

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO
Media	52	51.81
Moda	52	56
Mediana	52	53.5
MEDIDA DE DISPERSIÓN	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO
Desviación estándar	11.94	11.16
Varianza	142.72	124.61

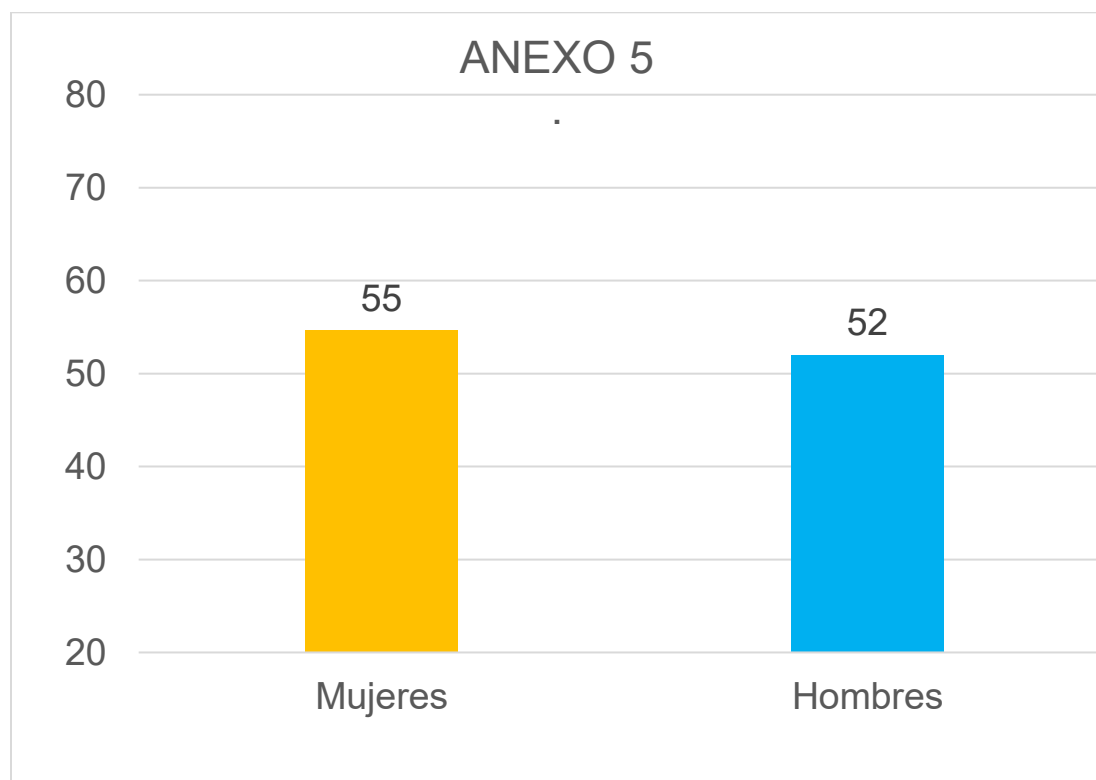
ANEXO 4

PORCENTAJE DE HOMBRES CON PUNTUACIONES ALTAS EN LAS ESCALAS DE ANSIEDAD.



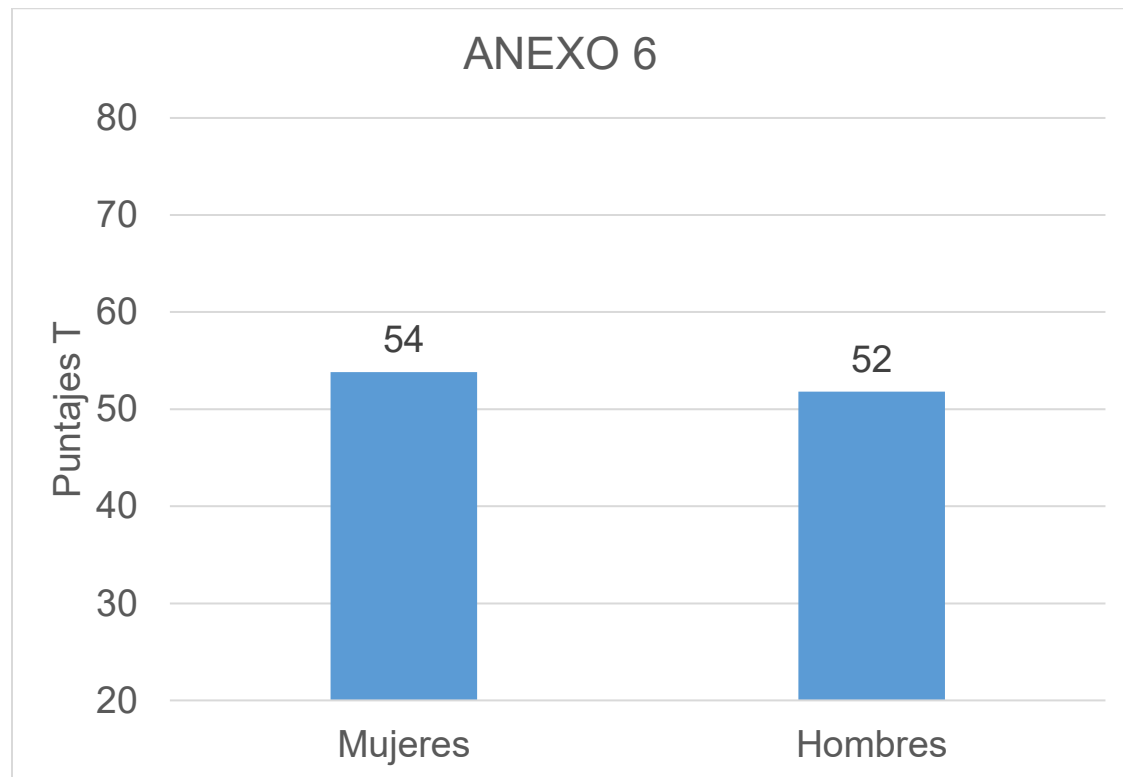
ANSIEDAD ESTADO: DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS ARITMETICAS DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS

GRÁFICA



ANSIEDAD RASGO: DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS ARITMETICAS DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS

GRÁFICA



COMPARACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE LAS MUJERES RESPECTO A LOS DE LOS HOMBRES.

Ansiedad estado

Valor de t calculado	1.97
Tabla de la distribución	1.65

Ansiedad rasgo

Valor de t calculado	1.90
Tabla de la distribución	1.65