



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“Niveles de Ansiedad de los Profesores de las Carreras de la  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI)”**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)**

**ALEJANDRA MONTSERRAT PÉREZ LÓPEZ**

Directora: Dra. **Benita Cedillo Ildfonso**

Dictaminadores: Mtro. **Osmaldo Coronado Alvarez**

Lic. **Yasmín de Jesús Arriaga Abad**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

“Piensa como piensan los sabios, más habla como habla la gente sencilla.”

(Aristóteles)

A mi mamá:

Por estar siempre a mi lado apoyandome en todos mis estudios, mostrándome siempre lo que es correcto y lo que no y por inculcarme la responsabilidad de estudiar. Gracias mamá te amo.

A mi asesora:

Por apoyarme en toda la carrera, por enseñarme todos los conocimientos necesarios y darme la oportunidad de aprender para enriquecer mi formación profesional. Gracias por todo ese profesionalismo, responsabilidad y disposición para ayudarme. Siempre le estaré agradecida.

A mis amigos:

Por estar siempre a mi lado en los momentos que más los he necesitado y por compartir conmigo tanto momentos de felicidad, como momentos tristes. Gracias por apoyarme en todos sentidos, Los amo.

Por mi raza hablará el espíritu  
Alejandra Montserrat Pérez López

# Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Antecedentes históricos de la ansiedad	6
Capítulo 2. Ansiedad	10
2.1 Conductismo	10
2.2 Cognoscitivismo	11
2.3 Psicoanálisis	12
2.4 Humanismo	13
Capítulo 3. Clasificación de la ansiedad según el DSM IV	15
3.1 Trastorno de ansiedad generalizada	15
3.2 Agorafobia	16
3.3 Trastorno de angustia sin agorafobia	18
3.4 Trastorno por estrés postraumático	19
3.5 Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.	21
3.6 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	23
3.7 Trastorno de ansiedad no especificado	25
Capítulo 4. Neuropsicología de la ansiedad	26
Capítulo 5. Factores de riesgo	34
5.1 Sociales	34
5.2. Biológicos	36
Capítulo 6. Ansiedad en profesores	39
Justificación	47
Estudio empírico	48
Objetivo	48
Objetivos específicos	48
Definición de Variables	48

Hipótesis	48
Método	49
Resultados	51
Discusión	56
Conclusión	66
Referencias	67
Anexo	76

## RESUMEN

La teoría conductual plantea que la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de tal forma que los sujetos que la presentan han aprendido a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, cada vez que se produce contacto con estos estímulos se desencadena la ansiedad (Skinner, 1979). El sistema educativo depende, en gran medida, de la calidad de la enseñanza de los docentes y una de las variables que puede afectar esta ejecución es la ansiedad, por lo que es importante la investigación de esta variable como uno de los indicadores de su incidencia en las tres áreas: cognitivo, fisiológico y conductual y como varía en función de la carrera que el docente enseña. En esta investigación, Se aplicó el Inventario de Situaciones de Respuestas y Ansiedad (ISRA), a 38 profesores de ambos sexos, de las carreras de Psicología, Biología, Medicina y Odontología de la FES Iztacala, UNAM, con el objetivo de evaluar y comparar la respuesta de ansiedad entre los docentes de la carrera de Psicología, Biología, Medicina y Odontología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Los resultados mostraron que los profesores de las cuatro carreras de la FESI presentaron mayor ansiedad en el área cognitiva, siendo mayor en los profesores de Biología y en las otras tres carreras el nivel de ansiedad fue similar. En el área fisiológica, no se encontraron diferencias en la respuesta de ansiedad entre los profesores de las carreras. A nivel conductual, los profesores de Odontología y Biología mostraron mayor ansiedad motora, siguiéndoles los profesores de Psicología y los que presentaron menor ansiedad en ésta área fueron los de Medicina; indicando la importancia de las diferencias perceptuales, esto es, como los profesores se perciben y cómo piensan en función de la asociación de ciertas situaciones como por ejemplo el ser evaluados para algo importante en su trabajo o para un nuevo puesto, así como la importancia que le dan a la crítica social al cometer errores, esto les puede generar baja autoestima, actitudes negativas hacia sí mismo y hacia los demás y de incompetencia.

## INTRODUCCIÓN

Durante la década de los años cincuenta y posteriormente en los sesenta, la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno mental de la esquizofrenia, mientras que en los años setenta el interés se dirigió a la evaluación de los estados de ánimo, especialmente la depresión. Sin embargo, en 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, afirman que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días (Sierra, 2003).

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

En la actualidad, el ritmo de vida y los niveles de exigencia de la sociedad, desencadenan procesos biológicos y fisiológicos que afectan el comportamiento del humano, sobre todo en los grupos juveniles que por vivir su transición hacia la etapa adulta, se ven expuestos a situaciones de crisis que afectan su conducta y alteran sus emociones.

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea negativa porque es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común un carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico, estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social o bien el laboral (Virues 2005).

Bajo otras condiciones, la ansiedad puede ayudar al organismo a ejecutar mejor sus respuestas, por ejemplo, Reyes (1997) menciona que la ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y puede ser causante de enfermedades.

En el aspecto cognitivo, la ansiedad se estudia a partir de las diferencias individuales en la propensión a sentir o manifestar estados o reacciones de ansiedad. Dicho estado se caracteriza por sentimientos de tensión, aprensión, inseguridad, así como autovaloraciones negativas; asimismo, en el nivel fisiológico se observan distintas alteraciones, que pueden reflejar distintos niveles de activación del sistema nervioso autónomo (S.N.A). y de la tensión muscular; finalmente, se pueden observar distintos índices característicos de la agitación motora, que interfieren en la conducta normal adaptada (Cano, 1989). En otras condiciones, las personas que padecen sintomatología ansiosa, aun cuando les provoca sufrimiento y discapacidad están temerosas de hablarlo con el profesional de salud por que suele considerarle como producto de una debilidad de carácter (Reyes, 1997).

Ahora bien, en el contexto académico, la ansiedad es un factor importante que no solo afecta a los estudiantes de cualquier grado académico, sino también al profesorado de cualquier nivel como el universitario. Rocha (1998) menciona que existe una asociación entre los aspectos de la organización del trabajo docente y los niveles de ansiedad presentados por los profesores de educación primaria.

En tanto Merchan (2014), en su estudio demuestra que los profesores pueden manifestar preocupación excesiva, se sienten incapaces de afrontar una situación con éxito, tienen pensamientos negativos sobre sí mismos y una evaluación negativa de la situación así como dificultad para decidir, pensar, estudiar o concentrarse y temor a que los demás perciban esa dificultad.

Ruiz (2010), refiere que entre los elementos estresores se encuentran: las dificultades con los recursos, es decir, material y espacios, la disciplina en el aula, los conflictos y la ambigüedad de roles, la sobrecarga de trabajo, el bajo reconocimiento profesional y la interrelación con los otros maestros.

Así mismo Gómez y Carrascosa (2000), mencionan que los docentes en determinadas situaciones o momentos de su vida profesional, pueden encontrarse sin recursos personales para afrontar el ejercicio de su profesión de una manera adecuada y eficaz, lo que deriva en algunos casos en cuadros de ansiedad, de baja autoestima, de desbordamiento mental.

Un análisis sobre las situaciones y/o factores que desencadenan un trastorno de ansiedad, muestran que la complejidad de la materia y los temas que el profesorado tiene que impartir, la supervisión constante a los alumnos en las practicas así como la imagen que tiene de sí mismo y el como como lo ven no solo los demás profesores sino también los alumnos, entre otros, son los más frecuentes para que los maestros lleguen a presentar síntomas de ansiedad y tensión. Toda esta presión a la que se ven sometidos los docentes desde diversos frentes, deriva en la actualidad con la aparición creciente de patologías tanto de carácter físico como psicológico, de tal modo, que cada vez la comunidad educativa tiende a prestar mayor atención y preocupación por un problema que afecta tanto a la salud del profesorado, como a la calidad de la enseñanza (Franco, 2009).

Al respecto Spielberger (1980), menciona que la tensión forma parte de la vida misma en el sentido de que involucra tanto a las condiciones que exigen una respuesta por parte del sujeto, sea física o psíquica, como a las reacciones emocionales que se derivan de dichas circunstancias.

En resumen, la ansiedad es una emoción compleja que se acompaña de respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas, enmarcado todo ello en un estado de hiperactividad y alerta, provocado por un ritmo de vida

competitivo y cada vez más exigente. Esto se hace más notable en el ámbito escolar, en donde los docentes deben cubrir los programas, prácticas y una constante supervisión a los alumnos, lo que provocara ansiedad

## 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es, uno de los conceptos centrales en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, ello no implica que se trate de una categoría simple y uniformemente definida, sino que ya desde sus bases etimológicas y de sus antecedentes conceptuales, teóricos y disciplinares podemos dar cuenta de que es un constructo difuso, ambiguo y complejo (Sarudiansky, 2013).

Al repasar los trabajos que hacen referencia al tema que nos ocupa, es la gran variedad de términos que han sido utilizados para designar este fenómeno: Ansiedad, miedo, angustia, tensión, stress, entre otros, son apelativos que, con pequeñas variantes y matices, se encuentran, casi indistintamente, en referencia a aquella situación en la que predomina la incomodidad, los sentimientos disfóricos, el temor y otra serie de sensaciones desagradables y en que se emiten conductas desadaptadas o desorganizadas (Cao, Cabo y Romero, 1983).

Desde un punto de vista etimológico, la palabra “ansiedad” tiene un antepasado directo en latín, *anxietas*. Este término latino proviene, a su vez, de la raíz indoeuropea *angh* de la cual se deriva no el vocablo *anxietas*, sino también la palabra *ango*, angustia. Ambos términos, como lo señalara Pichot (1999), eran utilizados de manera indistinta para hacer referencia a diferentes significados, tal como puede rastrearse en textos de autores clásicos como Ciceron o Virgilio: constricción y sufrimiento. Y es justamente esta ambigüedad de significados y de términos (ansiedad/ angustia; constricción/sufrimiento) la que mostrara toda la historia del concepto y que llegara hasta nuestros días (Sarudiansky, 2013).

Cia (2007), reporta que en 1871 Mendes Da Costa, describió el síndrome del “corazón irritable” en soldados internados con dolor torácico intenso y palpitations sin lesión estructural identificables, dando cuenta que la alteración podría deberse a una disfunción del sistema nervioso simpático, produciendo síntomas como palpitations, taquicardia y mareos ante esfuerzos mínimos.

Cia también menciona que durante la Primera Guerra Mundial las manifestaciones cardíacas de la ansiedad nuevamente fueron objeto de estudios

de los investigadores clínicos, y se empezó a considerar la relación entre los antecedentes de problemas neuróticos y la presentación del cuadro en los pacientes.

La histeria es conocida desde que existe una civilización. En palabras de Galeno, las mujeres que en la antigüedad se ocupaban del tratamiento de las enfermedades de las personas de su mismo sexo, conocían desde hacía mucho tiempo esa enfermedad, a la que habían dado el nombre de afección histérica, porque, según ellas, se originaba en el útero. Más aun, cabe creer según algunos pasajes de los tratados *De la naturaleza de las mujeres* y *De las enfermedades de las mujeres*, que se atribuyen a Hipócrates, que estas comadronas habían concebido, acerca de la naturaleza de esta enfermedad, la teoría que profesaron los príncipes de la medicina que surgieron más tarde. También es cierto, según los relatos de Galeno, que a ellas se les debe la práctica utilizada para detener los ataques histéricos, conocida con el nombre de fricción de la vulva (Conti y Stagnaro, 2007).

En 1895 mediante la influencia de Sigmund Freud, comienza a desarrollarse el concepto de neurosis y de psicopatología de la ansiedad, estableciendo a esta última como componente central de las neurosis. El acercamiento de Freud hacia la ansiedad, comenzó por la distinción entre angustia real y angustia neurótica. En la primera, la fuente de peligro es externa al individuo y es real, en cambio en la segunda, la fuente de peligro es interna. La ansiedad fue entendida por Freud como una señal de peligro, un peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo (Sierra, 2006).

La histeria presenta como síntomas principales: extrema sensibilidad del sistema nervioso; hiperestesias diversas, entre las que se destacan los dolores en la región epigástrica, en el lado izquierdo del tórax, y a lo largo del canal vertebral izquierdo; anestias que principalmente se presentan en la piel, los músculos y los órganos de los sentidos; espasmos, los más comunes de los cuales son la opresión epigástrica, la sensación de bolo que sube del estómago a la garganta, y la sofocación y, por último, convulsiones, que comienzan por constricción

epigástrica, van acompañadas ordinariamente con pérdida del conocimiento, y terminan con llanto y sollozos; síntomas todos ellos que están bajo la influencia directa de dolencias morales (Conti y Stagnaro 2007).

Ya entrado el siglo xix, Pinel incluía en distintos cuadros los síntomas que actualmente se corresponderían con la ansiedad, tales como la epilepsia, la melancolía o ciertas neurosis (Sarudiansky, 2013).

Más adelante Ey (2008), en su introducción al estudio sobre la ansiedad mórbida, da cuenta de ella como una reacción afectiva patológica tan general que, lejos de constituir un síntoma o un síndrome bien delimitado, se encuentra más o menos en la estructura misma de todos los estados psicopatológicos, situándolos como uno de los reflejos más específicos del alma humana, la inquietud y el miedo.

A principios del siglo XIX, surge un estudio sobre la enfermedad nerviosa, que se denominaría *neurastenia*, realizado por George Miller Beard, para él, era una patología propia al siglo que debía ser calificada como "la más común, una de las más preocupantes, y científicamente, una de las más instructivas y más interesantes de las enfermedades nerviosas de los tiempos modernos". Consideraba justo, pese a los antecedentes sobre el problema, reconocer en su legado una genuina renovación del estudio del nerviosismo y abogaba por definir su obra como el primer esfuerzo sistemático por conceptualizar esta nueva forma de *nerviosidad*. Incluso, en un gesto no exento de polémica, llegaría a catalogar la nueva patología como una enfermedad exclusivamente "americana", bajo la expresión *nerviosidad americana* (Pizarro, 2012).

Hacia finales del siglo XIX, tendrá un lugar destacado en el marco clasificatorio europeo y alcanzará el rango de la segunda gran neurosis junto a la histeria (Pichot, 1998). La neurastenia debe ser concebida como una enfermedad "física y no un estado mental, y sus fenómenos no provienen de un exceso emocional o excitabilidad o de una enfermedad orgánica, sino de la debilidad y la irritabilidad nerviosa" (Pizarro, 2012).

Siguiendo la misma línea, hacia el final de siglo XIX, Brissaud en 1908, para designar un estado mental especial que comenzó a aparecer luego de la promulgación de la ley francesa de accidentes de trabajo, introdujo la descripción de la ansiedad paroxística, que él atribuyó a una neurosis del neumogástrico. Dicha descripción, que se reproduce a continuación, corresponde en múltiples aspectos a los síntomas que en la actualidad se incluyen en el ataque de pánico. Los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo son una de las enfermedades mentales más frecuentes en la actualidad, y esto es debido a que el mundo actual implica grandes cambios, con ritmos de vida acelerado, mayor demanda de competencia y especialización. Este entorno exige a las personas mayor grado de autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa, seguridad en sí mismo y capacidad para moldearse a situaciones nuevas. Precisamente, las contrariedades y exigencias que cotidianamente debe enfrentar el hombre propician estar sometido a muchos momentos de angustia (Virues, 2005).

Sólo en Estados Unidos, se estima que 1 de cada 5 personas sufrirá en su vida uno o varios de estos trastornos. Las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año (Arenas y Puigcerver, 2009).

## 2. ANSIEDAD

En este capítulo se abordará la ansiedad desde la visión de varias escuelas psicológicas, por medio de algunos de sus representantes más importantes.

### 2.1 Conductismo.

La ansiedad, desde el paradigma del Modelo Conductual, es pensada como una respuesta emocional condicionada, y vinculada a un estímulo o situación (Cia, 2007). Belloch et al (1995), sostienen que dicho modelo enfatiza específicamente el desarrollo de los Trastornos de Ansiedad fóbicos, considerando que las fobias son respuestas condicionadas aprendidas, y por tanto susceptibles de ser descondicionadas. La definición de este concepto se asienta sobre las bases de que la adquisición y mantenimiento de la ansiedad están basados en el Condicionamiento Clásico y/o Operante, asumiendo, de que la ansiedad es una respuesta aprendida de naturaleza anticipatoria.

Viedma (1982), menciona que el Conductismo Clásico parte de una concepción ambientalista, utilizando preferentemente los términos miedo y temor en lugar de ansiedad. Así, el miedo sería concebido como una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto. Este enfoque se apoya en las teorías del aprendizaje. Los componentes fisiológicos y conductuales se estudian unitariamente, y se postula una relación causal entre ellos.

Otro aporte del condicionamiento operante al abordaje de los trastornos de ansiedad la siguiente idea: La conducta de evitación es reforzada por la disminución de la ansiedad que produce. Si la persona no experimenta que la exposición al estímulo no deriva en consecuencias perjudiciales para sí mismo, no podrá superar el temor (Rivadeneira, Dahab, Minici, 2009).

El condicionamiento operante, también plantea que las creencias erróneas sobre dichas consecuencias se refuerzan junto con la conducta de escape. En términos simples, las consecuencias influyen en la emisión de conductas de evitación y escape no sólo motoras, sino también cognitivas. Básicamente, la disminución de la ansiedad operada por la evitación y el escape de lo que la

persona teme, hace que tales conductas se mantengan; simultáneamente, la evitación y el escape impiden que la persona compruebe que sus ideas sobre lo que teme son incorrectas. Así, la ansiedad se perpetúa, retroalimentando el circuito.

## **2.2 Cognoscitivismo**

Rachman (1991), explica que el paradigma del Modelo Cognitivo no sustituye al paradigma tradicional o conductual, sino que supone importantes mejoras y refinamientos, basados en sus comienzos, en el marco teórico del neocondicionamiento.

Por otro lado Bandura (1977), en su “teoría de la autoeficacia”, sugiere que la ansiedad se asocia específicamente con las expectativas de autoeficacia, es decir, con la percepción que el individuo tiene sobre su propia capacidad para obtener determinados resultados. El mismo reconoce que dicha teoría de autoeficacia no pretende explicar la adquisición de la ansiedad, sino que la misma ha de ser útil para fundamentar el mantenimiento de la ansiedad.

Sandín (1995), sostiene que el paradigma cognitivo pone énfasis en el procesamiento de la información de cada individuo. El constructo central de la teoría cognitiva de la ansiedad, es el concepto de esquema o estructura cognitiva. Por otro lado, Cía (2007), menciona que en pacientes ansiosos los esquemas desadaptativos comprenden a las amenazas percibidas, físicas o psicológicas como un sentido exagerado de peligro que les resulta dominante. Los esquemas desadaptativos distorsionan sistemáticamente los procesos de percepción, acumulación y recuperación de la información, seleccionando únicamente los pensamientos e imágenes vinculados a la ansiedad.

Esto es confirmado por Beck y Emery (1985), quienes afirman que los pacientes ansiosos utilizan la mayor parte de su capacidad cognitiva para percibir los estímulos amenazantes, y es por esa razón que la capacidad cognitiva disponible para atender a otras demandas cotidianas se restringe severamente.

Cuando la amenaza es percibida los esquemas cognitivos relevantes se activan significando y evaluando al suceso, mediante un ajuste que permite articular los esquemas apropiados previos a una amenaza específica, entonces, la interpretación final resulta de la interacción entre el evento y estos esquemas.

### **2.3 Psicoanálisis.**

La noción de TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada) se asocia a un diagnóstico claramente influido y diseñado por fuera del modelo psicoanalítico, pero que tiene en el psicoanálisis un punto de origen y una línea de evolución que lo influye (Santiago, Etchebarne, Gómez & Roussos, 2011).

La teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad con la que el psiconeurótico lucha, es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autónoma (Sierra, 2003).

Este autor, identifica elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes bajo su punto de vista, añadiendo que es el componente subjetivo el que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad. Sin embargo la ansiedad posee un carácter adaptativo, actuando como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza.

Freud (1971) identifica tres teorías sobre la ansiedad:

- 1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea.
- 2) La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la

carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, lo que permite reconocer la superioridad de esta ansiedad respecto a la objetiva, diferenció entre peligro real externo y peligro de origen interno y desconocido.

3) La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el super-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

## **2.4 Humanismo**

Los modelos agrupados bajo el epígrafe “humanístico-existencial” nacen, como alternativa al psicoanálisis y al conductismo y por ello se denomina a este movimiento tercera fuerza de la psicología. Consideran que estas otras dos fuerzas descuidan en gran medida los atributos humanos y señalan que se carece de la información que pudiera ayudar a las personas sanas a estar más sanas, es decir, a alcanzar su mayor potencial (Tobías et al., 2009).

Uno de los principales autores que se encuentran en el humanismo es Carl Rogers (1951), el hace un énfasis fenomenológico acerca de la neurosis que se ve reflejado en su preferencia por el concepto de “desadaptación” o “adaptación fallida” para hacer referencia a las dificultades típicas que aquejan a quienes consultan a los psicoterapeutas.

Uno de los conceptos centrales para comprender sus consideraciones respecto de la neurosis, que es necesario hablar, es la noción básica de la estructura del self, “un patrón conceptual organizado, fluido pero consistente de percepciones de características y relaciones del ‘yo’ o del ‘mí’, junto a valores ligados a estos conceptos” (Rogers, 1951).

El self que se forma en base a la distorsión y a la omisión de las señales sensoriales y viscerales espontáneos del organismo, es un self que está fundamentado sobre un proceso deformado de simbolización de las experiencias en la consciencia.

Debido a que muchas señales sensoriales y viscerales contradicen determinados elementos que forman parte de la estructura del self, no pueden ser admitidas a la consciencia a menos que sean simbolizadas de una forma que se aparta de la vivencia orgánica efectiva. A medida que el individuo crece, las experiencias que enfrenta pueden ser percibidas, simbolizadas y organizadas en relación a la estructura del self, lo que implica que pueden acceder a la consciencia y ser integradas en este porque satisfacen una necesidad del mismo o porque son consistentes con la estructura del self y, en consecuencia, la refuerzan; ignoradas porque no existe una relación percibida con la estructura del self, lo que implica que no satisfacen ninguna necesidad ligada al mismo, y que ni contradicen ni refuerzan el concepto del self; o se les puede negar la simbolización, negándoseles el acceso a la consciencia, o pueden ser simbolizadas distorsionadamente, ya que no son consistentes con la estructura del self (Moss, 1999; Rogers, 1951).

El tercer destino de las experiencias del individuo, es el más relevante desde el punto de vista de la comprensión de la neurosis, y sus variedades se extienden desde una negación más o menos consciente de una experiencia y una simbolización más o menos desfigurada, hasta una negación severa y una ausencia de simbolización (Rogers, 1951).

En síntesis, la ansiedad es una emoción, importante y necesaria en la vida del ser humano y su supervivencia, sin embargo esta puede llegar a niveles patológicos afectando la funcionalidad de las personas, por lo tanto, en este capítulo, muestro la ansiedad desde las diferentes escuelas psicológicas y como cada una de ellas la define.

### **3. CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD SEGÚN EL DSM IV**

De acuerdo con el DSM-IV, se presentan las características de algunos trastornos de ansiedad.

#### **3.1 Trastorno de ansiedad generalizada.**

Se caracteriza por, preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa durante un período superior a 6 meses, y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales).

Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada, no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad. Esta alteración, no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones, son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temido. A estos individuos, les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente.

Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada, acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia,

los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

Al realizar una comparación de versión cuatro respecto de la versión cinco del manual DSM, no se encontraron diferencias en este Trastorno de ansiedad.

### **3.2 Agorafobia.**

La característica esencial de la agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar, puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia (miedo a padecer episodios diarreicos o crisis bruscas de inestabilidad), puede no disponerse de ayuda. Esta ansiedad, suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar el estar solo dentro o fuera de casa; mezclarse con la gente; viajar en automóvil, autobús, o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor. Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien esta experiencia les produce un considerable terror. A menudo, a estos individuos les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido.

El comportamiento de evitación de estas situaciones, puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo o para llevar a cabo las responsabilidades domésticas (ir al supermercado, llevar los niños al médico). Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El diagnóstico diferencial, entre la agorafobia y la fobia social o específica y el trastorno de ansiedad por separación grave puede ser difícil, ya que todas estas

entidades se caracterizan por comportamientos de evitación de situaciones específicas.

En la quinta versión de este manual se agrega criterios como la evitación activa, significa que el individuo se comporta de una manera intencionada para prevenir o minimizar el contacto con las situaciones de agorafobia. La naturaleza de la evitación puede ser comportamental por ejemplo cambiar las rutinas diarias, la elección de un trabajo cercano para evitar el uso del transporte público, encargar las compras a domicilio para evitar entrar en las tiendas y los supermercados) o cognitiva por ejemplo usar la distracción para superar las situaciones de agorafobia. La evitación puede llegar a ser tan grave que la persona se quede completamente confinada en casa. A menudo, la persona se encuentra en mejores condiciones para hacer frente a la situación temida si va acompañada de alguien, como un socio, un amigo o un profesional de la salud.

El miedo, la ansiedad y la evitación deben ser desproporcionados para el peligro que realmente suponen las situaciones de agorafobia y para el contexto sociocultural. Es importante diferenciar los temores agorafobicos clínicamente significativos de los temores razonables (salir de casa durante una fuerte tormenta) o de las situaciones que se consideren peligrosas (caminar por un aparcamiento o usar el transporte público en un área de alta criminalidad).

En primer lugar, la evasión puede ser difícil de juzgar a través de la cultura y el contexto sociocultural (en ciertas partes del mundo, es socioculturalmente aceptable que las mujeres musulmanas ortodoxas eviten salir de casa solas, y esta evitación no se consideraría indicativa de agorafobia). En segundo lugar, los adultos mayores son propensos a atribuir en exceso sus temores a las limitaciones relacionadas con la edad y son menos propensos a juzgar sus miedos como desproporcionados con respecto al riesgo real. En tercer lugar, las personas con agorafobia tienden a sobrestimar el peligro de los síntomas similares al pánico u otros síntomas corporales (Aliño, Miyar & American Psychiatric Association, 2013).

### **3.3 Trastorno de angustia sin agorafobia**

La característica esencial del trastorno de angustia, es la presencia de crisis de angustia e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis. Las crisis de angustia, no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (intoxicación por cafeína), o de una enfermedad médica (hipertiroidismo).

Por último, las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (fobia social o específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación). Dependiendo de si se reúnen o no los criterios de la agorafobia, el diagnóstico será Trastorno de angustia con agorafobia, Trastorno de angustia sin agorafobia.

Una crisis de angustia inesperada (espontánea, no precipitada por desencadenantes ambientales) se caracteriza, como es lógico, por su no asociación a desencadenantes ambientales (es decir, aparece sin ningún motivo identificable). Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia, se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas, si bien la mayoría de los individuos refieren haber padecido un número considerablemente mayor.

Estos individuos suelen presentar asimismo, crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada (es decir, crisis de angustia que tienen más probabilidades de aparecer en situaciones concretas, aunque no se asocian a ellas de forma invariable). Las crisis de angustia situacionales (es decir, las que se asocian casi invariable e inmediatamente con la exposición a un desencadenante ambiental), también pueden aparecer, aunque son menos frecuentes.

La frecuencia y gravedad de las crisis de angustia varían ampliamente. Por ejemplo, algunos individuos las presentan con una periodicidad moderada (una

vez a la semana), pero regular desde unos meses antes hasta el momento actual. Otros describen breves crisis más frecuentes (cada día durante 1 semana), separadas por semanas o meses sin padecer una sola crisis de angustia, o bien presentándolas con una frecuencia considerablemente menor (dos cada mes) durante un período de varios años.

Los individuos con crisis de angustia, se preocupan de una manera característica en relación con las implicaciones o consecuencias, que aquéllas pueden tener en su vida. Algunos temen que las crisis de angustia anuncien la aparición de una enfermedad no diagnosticada que puede poner en peligro su vida (enfermedad coronaria, trastorno comicial), a pesar de controles médicos repetidos que descarten esta posibilidad. Otros creen que las crisis de angustia, indican que se están “volviendo locos”, están perdiendo el control o ponen en evidencia su debilidad emocional.

Algunos individuos con crisis de angustia recidivantes, experimentan un cambio comportamental significativo (abandonan su puesto de trabajo), pero niegan tener miedo a nuevas crisis de angustia o estar preocupados por sus posibles consecuencias. La preocupación por la posible aparición de nuevas crisis de angustia o sus posibles consecuencias, suele asociarse al desarrollo de comportamientos de evitación que pueden reunir los criterios de la agorafobia, en cuyo caso debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Sin embargo, en la quinta versión del manual DSM, este trastorno con la variante “sin agorafobia” ya se menciona.

### **3.4 Trastorno por estrés postraumático.**

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático, es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida, o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas;

o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado). Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) Por ejemplo socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil (Aliño, Miyar & American Psychiatric Association, 2013).

El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma, debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, incluso en sueños angustiantes que repiten el evento en si o que son representativos o están temáticamente relacionados con los principales peligros que acompañaban al evento traumático. El individuo puede experimentar estados que duren desde unos segundos hasta varias horas o incluso días, durante los cuales se reviven los componentes del evento y el individuo se comporta como si el suceso estuviera ocurriendo en ese momento (Aliño, Miyar & American Psychiatric Association, 2013); de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación (*arousal*). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades), ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o ser internados en campos de concentración, desastres naturales o

provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al individuo, pueden producir en él un trastorno por estrés postraumático, comprenden (aunque no de forma exclusiva) actos terroristas, accidentes graves o heridas de envergadura vividos por un familiar o un amigo cercano, o la constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave.

La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia por ejemplo medicamento o alcohol u otra afección médica (Aliño, Miyar & American Psychiatric Association, 2013).

El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos. Las siguientes especificaciones, pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático:

**Agudo:** Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.

**Crónico:** Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.

**De inicio demorado:** Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

### **3.5 Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.**

La característica esencial de este trastorno, es la existencia de ansiedad clínicamente significativa que se considera secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. Para efectuar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, debe existir una historia clínica, una exploración física y unos hallazgos de laboratorio, que

confirman que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

La alteración, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental como el trastorno adaptativo con ansiedad, en el que el agente estresante está constituido por la propia enfermedad médica. No debe efectuarse este diagnóstico si los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium. Los síntomas de ansiedad provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico ha de establecer, en primer lugar, la presencia de esta enfermedad. Debe determinar asimismo, el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad médica puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad.

Pueden emplearse las siguientes especificaciones, para indicar qué tipo de cuadro sintomático predomina en el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:

**Con ansiedad generalizada:** Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesiva centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

**Con crisis de angustia:** Esta especificación, puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia.

**Con síntomas obsesivo-compulsivos:** Esta especificación, puede utilizarse cuando predominan obsesiones o compulsiones.

Al revisar la versión número cinco del manual, no se encontraron diferencias en cuanto a su versión anterior respecto a este trastorno de ansiedad.

### **3.6 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.**

La característica esencial de este trastorno, es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad, que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos o tóxicos). Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en que aparecen los síntomas (durante la intoxicación o la abstinencia), el trastorno puede incluir ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones.

Aunque la presentación clínica del trastorno de ansiedad inducido por sustancias puede imitar la del trastorno de angustia, en el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social o el trastorno obsesivo-compulsivo, no es necesario que se cumplan los criterios diagnósticos de ninguno de estos trastornos. Estas alteraciones, no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental (otro trastorno de ansiedad) no secundario al consumo de una sustancia.

No debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de ansiedad relacionado con sustancias, si los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Sólo debe establecerse este diagnóstico en vez del de intoxicación por abstinencia de una sustancia, cuando los síntomas de ansiedad sean excesivos en comparación con los que habitualmente se asocian a estos dos trastornos, o cuando los síntomas de ansiedad son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias, puede diferenciarse de un trastorno de ansiedad primario por su inicio, curso y otros factores. En el caso de las drogas deben existir pruebas a partir de la historia clínica, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de que existe el antecedente de intoxicación o abstinencia. Los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias, sólo aparecen coincidiendo con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los

trastornos de ansiedad primarios, pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o tener lugar en períodos de abstinencia mantenida. Debido a que el síndrome de abstinencia para diversas sustancias (para algunas benzodiazepinas), puede resultar relativamente largo, la aparición de los síntomas de ansiedad puede tener lugar hasta 4 semanas después de abandonar su uso.

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar el cuadro sintomático predominante:

**Con ansiedad generalizada:** Esta especificación, puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesiva centrada en múltiples acontecimientos o actividades.

**Con crisis de angustia:** Esta especificación, puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia.

**Con síntomas obsesivo-compulsivos:** Esta especificación, puede utilizarse cuando predominan las obsesiones o las compulsiones.

**Con síntomas fóbicos:** Esta especificación, puede utilizarse cuando predominan síntomas de carácter fóbico.

El contexto en el que aparecen los síntomas de ansiedad, puede indicarse mediante el empleo de las siguientes especificaciones:

**De inicio durante la intoxicación.** Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el período de intoxicación.

Cabe mencionar que en la quinta versión del DSM no se presentan diferencia en respecto de la cuarta versión, cuanto a este trastorno.

### **3.7 Trastorno de ansiedad no especificado.**

Esta categoría, incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplos los siguientes:

1. Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.
2. Síntomas de fobia social, clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).
3. Situaciones en las que el clínico, confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias. Sin embargo, en la versión cinco del manual no hay cambios para este trastorno

En resumen, el manual DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos, en su cuarta versión, proporciona una clasificación y sintomatología de los trastornos mentales, en los cuales está implicada la ansiedad; con el fin de que psiquiatras y psicólogos, puedan diagnosticar y tratar adecuadamente, estos trastornos.

## 4. NEUROBIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

Existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor.

Este sistema neuronal es parte de una estructura, cuya parte central es el cerebro y demás estructuras, localizadas en su interior, las cuales están implicadas con la ansiedad; a continuación se hablara de estas estructuras junto con algunos neurotransmisores implicados.

### **Amígdala**

Es una estructura localizada en el lóbulo temporal, cuya función es la de coordinar y regular las reacciones de alarma, involucradas con el miedo y la ansiedad. Envía proyecciones a estructuras cortico-subcorticales como la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo acumbens, núcleos de la estría terminalis, hipotálamo, tálamo; y además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales del vago, los núcleos parabranciales (regulación de la respiración), el locus ceruleus, núcleos dopaminérgicos A8, A9 y A10, localizados en el área tegmental ventral. Las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y musculoesqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo. Su función esta mediada por receptores noradrérgicos, benzodiazepínicos y 5HT-1A (Reyes, 1997).

La amígdala es responsable de la expresión del miedo y la agresión, así como el comportamiento defensivo específico de la especie, y desempeña un papel en la formación y recuperación de recuerdos emocionales y relacionados con el miedo. El núcleo central de la amígdala (CEA), está fuertemente interconectada con regiones corticales incluyendo la corteza límbica. También recibe la entrada del hipocampo, el tálamo y el hipotálamo (Martin, Ressler, Binder & Nemeroff, 2009).

## **Locus Ceruleus**

Está localizado en el puente cerca del cuarto ventrículo, es el principal núcleo conteniendo norepinefrina en el cerebro, y su acción está regulada por receptores GABA-benzodiazepínicos y serotoninérgicos con efecto inhibitorio, y por el péptido intestinal vasoactivo, factor liberador de corticotropina, la sustancia P y acetilcolina, con efecto activador. Recibe información de los sistemas que monitorean el ambiente interno y externo. La información interoceptiva es canalizada a través de varios núcleos del tallo cerebral, como el núcleo paragigantocelularis y el núcleo prepositus hipogloso. La información exteroceptiva ingresa por la corteza insular, orbital e infralímbica.

El locus ceruleus envía eferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos implicados en el comportamiento del miedo y la ansiedad. Se activa por reducción de la presión sanguínea y del volumen sanguíneo, cambios de la termorregulación, hipercapnia, hipoglicemia, distensión de vejiga, estómago y colon, estímulos sensoriales nocivos y por amenaza, lo que lo convierte en un centro de alerta para la supervivencia de los individuos (Reyes, 1997).

## **Tálamo**

Se localiza en el centro del diencefalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro, retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico (Reyes, 1997).

## **Hipotálamo**

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

## **Substancia Gris Periacueductal**

Parece estar ligada a la respuesta al miedo. Un peligro inminente (el ataque de un animal) es transmitida desde la amígdala, desarrollando un comportamiento defensivo a través de la sustancia gris periacueductal lateral; mientras que un peligro menor (el animal rondando) provoca un comportamiento de "congelamiento" por la vía de la sustancia gris periacueductal ventrolateral (Op. Cit.).

## **Hipocampo**

El hipocampo es otra estructura del sistema límbico; tiene el control inhibitorio tónico sobre el sistema de respuesta al estrés hipotálamo y desempeña un papel en la regeneración negativa para el eje hipotálamo-pituitario-drenal. El volumen del hipocampo y la neurogénesis, que es el crecimiento de nuevas células, en esta estructura han sido implicados en la sensibilidad al estrés y la resistencia en relación con los trastornos del humor y de ansiedad (Martin, Ressler, Binder & Nemeroff, 2009).

El sistema hipocampal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla (Reyes, 1997).

## **Corteza Frontal Prefrontal y Corteza Orbitofrontal**

La corteza frontal prefrontal es responsable de las funciones ejecutivas, como la planificación, toma de decisiones, la predicción de consecuencias para los comportamientos posibles, la comprensión y moderamiento del comportamiento social; la corteza frontal ventromedial está involucrada en el procesamiento de la recompensa y en la respuesta visceral a las emociones (Martin et al., 2009).

Mientras que la Corteza Orbitofrontal, está relacionada con la recepción de información sensorial y con sus ricas interacciones recíprocas con las estructuras límbicas, juega un papel importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, seleccionando y planeando el comportamiento de respuesta ante una amenaza, así como también monitoreando la efectividad de esas respuestas. La presencia de altas concentraciones de receptores 5HT-2 en esta región plantea la posibilidad de su involucramiento en la interpretación del material emocional (Reyes, 1997).

## **Mecanismos Neurobiológicos Involucrados en los Trastornos de Ansiedad**

Además de la actividad de cada región cerebral, también es importante considerar los neurotransmisores que proporcionan la comunicación entre estas regiones. La actividad aumentada en las regiones cerebrales que procesan las emociones en los pacientes que tienen un desorden de ansiedad, podría ser el resultado de una disminución de la señalización inhibitoria en el gamma amino butírico (GABA) o el aumento de la neurotransmisión excitatoria por el glutamato (Martin, Ressler, Binder & Nemeroff, 2009).

### **Hiperactividad Adrenergica**

- La estimulación eléctrica del locus ceruleus en el mono, provoca reacción de miedo similar a la que tiene lugar durante la exposición a la amenaza real en el hábitat natural.
- Niveles altos de noradrenalina, adrenalina y sus metabolitos se han encontrados en sujetos sanos luego de un estrés emocional. Los síndromes

de abstinencia de opiáceos y alcohol, así como la abrupta suspensión de antidepresivos se asocian a sintomatología ansiosa intensa y aumento del metohidroxifenilglicol en el líquido cefalorraquídeo y en la orina.

- En la fobia social se encuentra una hipersensibilidad de los receptores beta-adrenérgicos. Los síntomas de ansiedad que se presentan en este trastorno incluyen sudoración, enrojecimiento de la cara y temblor, que están mediados por la activación de receptores beta-adrenérgicos periféricos. El uso de beta-bloqueadores, ayuda al control de estos síntomas (Reyes, 1997).

### **Hiposensibilidad de los Receptores Gaba-benzodicepinicos**

Hay dos tipos de receptores GABA, el A y el B. El GABA-A es un complejo receptor macromolelcular postsináptico que incluye un canal de cloro y funcionalmente asociado a receptores benzodiacepínicos. Abundan en el sistema límbico, cerebelo, striatum y corteza.

- Cuando el receptor GABA-A es activado se incrementa el flujo de cloro, disminuyendo la excitabilidad neuronal y finalmente provocando una acción inhibitoria.
- El receptor GABA-B es presináptico y al ser estimulado inhibe la liberación de GABA y algunos aminoácidos excitatorios.

En los pacientes con trastorno por pánico, presentan ataques de pánico al administrarle flumazenil, un antagonista de los receptores benzodiacepínicos; a la vez, éstos pacientes son menos sensibles al diacepan, sugiriendo una hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodiacepínicos a nivel del locus ceruleus (Op. Cit.).

Mientras que en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, la hiperactividad límbica observada podría ser el resultado de una disminución de la neurotransmisión inhibitoria, el aumento en la neurotransmisión excitadora, o una combinación de estos dos procesos. La regulación deficiente de la

neurotransmisión inhibitoria GABA se ha documentado en varios trastornos de ansiedad (Martin, Ressler, Binder & Nemeroff, 2009).

### **Disfunción Serotonérgica**

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

Aunque la serotonina ciertamente juega un papel importante en la ansiedad, en éste momento es difícil especificar si el problema es un déficit o un exceso de este neurotransmisor, o se trata de una alteración en la sensibilidad de los múltiples receptores serotoninérgicos pre y postsinápticos (5HT 1A, 2A, 2C, 1D vinculados con la ansiedad), que al estar ubicados en distintas regiones del cerebro daría lugar a una variedad de alteraciones (Reyes, 1997).

Cabe mencionar que la Hipersensibilidad de los receptores 5HT, a sustancias como la fenfluramina, agonista serotoninérgico y la m-clorophenilpiperazina (m-CPP), un agente liberador de serotonina, provocan ansiedad en pacientes con trastorno por pánico. En este trastorno se piensa que existe una hipersensibilidad de los receptores 5-HT<sub>1D</sub>, que tienen efecto inhibitorio de las neuronas GABAérgica y consecuentemente estimula la actividad de locus ceruleus.

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

## **Glutamato**

El glutamato, desempeña un papel importante en el aprendizaje asociativo dependiente del hipocampo y de la amígdala, en el procesamiento emocional dependiente en condiciones de estrés o como consecuencia de la exposición al estrés. Por lo tanto, la señalización inadecuada del glutamato podría contribuir a la distorsión de procesamiento experimentada por muchos pacientes que tienen trastorno de estrés postraumático (Martin, Ressler, Binder & Nemeroff, 2009).

## **Eje Hipotalamo-hipofiso-adrenal**

Finalmente, es importante mencionar el eje hipotálamohipófiso-adrenal (HPA), este es activado mediante neuropéptidos que liberan el factor liberador de corticotropina (CFR), que a su vez media la liberación del cortisol adrenal, responsable, en último término de inhibir la respuesta iniciada por el estrés. La elevación de cortisol en respuesta al estrés de forma mantenida produciría a largo plazo un efecto tóxico sobre las áreas cerebrales responsables de la memoria, en concreto, sobre el hipocampo y sobre el cortex medial prefrontal. Estos cambios estructurales y funcionales, podrían ser los responsables de la hiperconsolidación de la memoria traumática y de los episodios de flashback que se han asociado clásicamente al TEPT (Castro, Campos & López, 2003).

En pacientes con TEPT, se ha observado una hipersecreción del factor liberador de corticotropina (CFR), similar a la encontrada en otras situaciones estresantes tanto de curso agudo o crónico, pero paradójicamente los niveles de cortisol basal se han encontrado disminuidos junto con la inhibición del feedback negativo sobre el sistema hipotálamohipófiso-adrenal (HPA).

Por tanto, el cortisol no aumenta de modo paralelo al aumento del CFR observado y de esa forma la disminución de los niveles de cortisol pudiera constituir según los estudios, una alteración específica del TEPT (Op. Cit.).

En resumen, al momento de que una persona empieza a presentar signos de ansiedad producto de algún trastorno de ansiedad o alguna otra condición, en

nuestro cerebro se activan ciertas estructuras y neurotransmisores encargados de que la persona emita emociones como miedo o enojo y conductas de escape, evitación y enfrentamiento. Estas estructuras son: corteza frontal prefrontal y corteza orbitofrontal, la amígdala, el tálamo, hipotálamo, hipocampo, sustancia gris periacueductal y el locus ceruleus; de igual forma los neurotransmisores como la serotonina, el GABA, glutamato y adrenalina.

## **5. FACTORES DE RIESGO**

En México, existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente. Es común que coincidan con trastornos depresivos y esto complique aún más su manejo, viéndose esto en aquellas personas con tratamiento tardío. Además, el pronóstico parece ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos en forma separada, esto significa que el retorno a una adecuada funcionalidad es menor en esta clase de padecimientos. El inicio de la ansiedad frecuentemente se asocia con la presencia de algún evento adverso para el paciente. A pesar de que la mayor parte de los trastornos de ansiedad siguen un curso crónico, éste es fluctuante, es decir hay intervalos asintomáticos (Montelongo, Zaragoza, Bonilla, & Bayardo, 2005).

### **5.1 Factores Sociales**

Los factores de vulnerabilidad familiar, ambiental, evolutiva y temperamental también pueden jugar un papel central, junto a los factores evolucionistas, neurobiológicos y socioculturales, en la determinación de la fobia social.

Entre los factores familiares de vulnerabilidad, se mencionan ciertos estilos de crianza (por ejemplo, la sobreprotección excesiva, el control y la intromisión), el abandono, el escaso contacto con las situaciones sociales y el modelado. En cuanto a este último, se ha encontrado que los familiares de primer grado de personas aquejadas de fobia social, tienen alta probabilidad de sufrir altos niveles de ansiedad social (Bruch, Gorsky, Collins & Berger, 1989).

Otro factor importante dentro de los estilos de crianza inadecuados, es la concesión de pocas oportunidades de exposición y de práctica en los encuentros sociales. Esto llevaría a los sentimientos de ineficacia por la falta de familiaridad, sin poder hacer frente o actuar en dichos encuentros, pudiendo valorarlos como misteriosos, difíciles y complejos. En esta línea, los sujetos ansiosos informan que

sus padres son sobreprotectores, carentes de afecto e incapaces de proporcionar apoyo emocional (Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006).

También, se han propuesto hipótesis de transmisión ambiental en la relación de padres-hijos; es decir, los primeros pueden servir como modelos a los segundos en el aprendizaje de una serie de miedos mediante la observación (Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006).

La intervención de los factores evolutivos no es menos importante que los aspectos que hemos mencionado anteriormente. En general, los seres humanos se mostrarían susceptibles a determinadas manifestaciones comportamentales, tales como la crítica, el enfado y distintas maneras de desaprobación social, experimentando ansiedad social en alguna etapa de su vida, especialmente en la adolescencia. Durante la preadolescencia, la ansiedad social alcanzaría sus niveles más elevados debido al incremento de las demandas sociales, lo que hace pensar que la fobia social sería el resultado de la ansiedad social magnificada en dicha etapa. De hecho, en el transcurso de esta etapa las personas ya habían adquirido los componentes cognitivos necesarios para el desarrollo del trastorno. Además, se mostrarían conscientes de que la propia apariencia y el propio comportamiento, serían los pilares de la evaluación de los demás y de que sus opiniones pueden ser contradictorias a las de los otros (Botella, 2003).

Las fobias sociales más frecuentes son el temor de hablar, comer o escribir en público, de utilizar los baños públicos y de asistir a fiestas o a entrevistas. Los pacientes experimentan miedo a sentirse avergonzados ante los demás, temen o evitan situaciones en las que podrían interactuar con otras personas o que estas puedan detectar y ridiculizar su ansiedad. La ruborización, es la principal manifestación física y los síntomas cognoscitivos incluyen la tendencia a auto observarse, a la autodevaluación y a la infravaloración de la competencia social. Esto puede contribuir a que el aislamiento social sea una limitante importante, o que disminuya el rendimiento profesional, inclusive se asocia con la ingesta de alcohol u otras sustancias (Montelongo, Zaragoza, Bonilla, & Bayardo, 2005).

## 2.2 Factores Biológicos

En cuanto a la etiología de estos trastornos, se ha propuesto como entidades de carácter hereditario, aunque aún no se tienen las bases concretas para asegurarlo. De la misma manera los procesos que explican cómo se generan los síntomas ansiosos se basan en hipótesis, entre las cuales destacan las siguientes: anomalías en la función respiratoria, alteración en la función del Locus Coeruleus, un punto donde se concentran los neurotransmisores noradrenérgicos en el cerebro, disfunción serotoninérgica y adenosinérgica; tanto la noradrenalina, la serotonina y la adenosina son receptores neuronales que modulan normalmente las respuestas emocionales, afectivas y cognitivas en el cerebro. Otras teorías proponen una alteración funcional global como en el sistema nervioso autónomo, encargado de los procesos fisiológicos involuntarios, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, o a nivel tiroideo, entre otros (Montelongo, Zaragoza, Bonilla, & Bayardo, 2005).

En los últimos años, se ha avanzado en el estudio de las bases neurobiológicas de la ansiedad, pretendiendo conseguir tres objetivos, tal como señala Tancer (1993). En primer lugar, determinar la base psicofisiológica que subyace a la ansiedad; en segundo lugar, delimitar tratamientos específicos que se fundamentan en las posibles alteraciones neurobiológicas subyacentes; y, en tercer lugar, ofrecer una serie de datos empíricos que sirvan a la clasificación diagnóstica.

En el caso del trastorno de ansiedad social, el origen ha sido atribuido a la intervención de los distintos sistemas de neurotransmisión (adrenérgico, gabaérgico, dopaminérgico o serotoninérgico). Se consideran datos sobre posibles disfunciones de dichos mecanismos de neurotransmisión, aunque se desconoce la función principal de cada uno de estos sistemas en la etiología del trastorno de ansiedad social (Bousoño, Sáiz, Jiménez & Fernández, 1999).

En cuanto a las bases genéticas, no se ha identificado el tipo de influencia genética, ya que hasta el momento existen pocos datos relativos a la psicobiología de la fobia social. Así, el “Grupo Internacional de Consenso para la Depresión y la

Ansiedad” concluye a partir de su estudio sobre la fobia social (Ballenger *et al.*, 1998), que el conocimiento relativo a las bases genéticas de la misma es escaso y se encuentra en sus primeras fases.

Estudios con gemelos en casos de adopción y en familias de enfermos, corroboran que existe una base genética para el trastorno de la ansiedad. Basándose en estudios bioquímicos sobre la serotonina, investigadores alemanes y americanos, liderados por el Dr. Klaus- Peter Lesch, llevaron a cabo un proyecto común para intentar esclarecer las bases genéticas de la ansiedad.

Particularmente se basaron en el estudio de un receptor postsináptico, que actúa como molécula transportadora de serotonina y regula la magnitud de la respuesta neuronal de este neurotransmisor. Esta molécula transportadora de serotonina es codificada por un gen localizado en la región 17q12 del cromosoma 17. Trabajos previos demostraron que existían dos variantes del gen de la molécula transportadora de serotonina. Una de las variantes se caracteriza por una secuencia larga de aminoácidos y la otra, por una secuencia corta (Torrades, 2004).

Comprobaron que aquellos individuos que presentaban mayor grado de ansiedad tenían, con mayor frecuencia, la variante corta del gen de la proteína transportadora de serotonina, mientras que los que tenían la secuencia larga de este gen respondían de forma menos intensa.

La variante corta del gen, frente a la variante larga, produce menos moléculas transportadoras y provoca un aumento de la serotonina en el espacio intersináptico, y menos absorción por parte de las neuronas. Cuanta menos absorción de serotonina, más sensible es el sujeto ante los estímulos emocionales.

Sin embargo, no se debe designar a este gen del transportador de serotonina como el gen de la ansiedad. Los mismos investigadores afirman que este gen puede estar implicado en los mecanismos de desarrollo de este trastorno en un porcentaje muy bajo, puesto que evidencias científicas estiman que existen varios

genes implicados en la fisiopatología de la ansiedad y la depresión (Torrades, 2004).

La mayor parte de los estudios realizados con gemelos no permiten sacar conclusiones, basándose éstos en la herencia de la timidez y en los temores sociales en lugar de hacerlo en la fobia social. Generalmente, los trabajos afirman que los factores genéticos desempeñan un papel humilde en el proceso de moderación de la sintomatología y de los rasgos temperamentales característicos en la fobia social (Sierra, Zubeidat & Fernández, 2006).

La ansiedad y sus trastornos son estados que tienen sus desencadenantes principalmente en los ámbitos biológicos y sociales; biológicos en cuanto a deficiencias en algunos neurotransmisores o estructuras cerebrales relacionadas a la ansiedad y sociales, se refiere a las interacciones con otros individuos o con el contexto que los rodea

## 6. ANSIEDAD EN PROFESORES

En capítulos anteriores se ha revisado la historia de la ansiedad, sus clasificaciones según el DSM IV, así como las estructuras cerebrales que están implicadas, al igual que los factores de riesgos que pueden desencadenar algún trastorno de ansiedad, finalmente se hará una revisión de la ansiedad en el ámbito docente y de qué manera el profesorado se ve afectado por esta emoción.

El sector de los servicios, particularmente las instituciones de educación superior, han venido adecuándose a los nuevos requerimientos que las sociedades globalizadas plantean. Uno de estos requerimientos, es el incremento de la productividad, bajo la lógica de hacer más con menos recursos. Los recursos financieros generalmente “no alcanzan” y se desarrollan formas novedosas de estimular la productividad con recursos limitados. En este sector, la productividad adquiere características específicas dependiendo del tipo de trabajo que se trate. Mayor número de publicaciones, conferencias, alumnos formados, participación en la gestión universitaria, etc. (Martínez, Méndez y Zúñiga, 2010).

El estado mexicano desde hace dos décadas, ha asignado recursos diferenciales a las instituciones de educación superior, tomando en consideración una serie de parámetros que tienen que cubrir para hacerse acreedoras de los mismos. La obtención de estos recursos atraviesa por demostrar a través de la evaluación, el cumplimiento de diversos criterios de calidad pero sobre todo de productividad de la planta docente. En este contexto, la impartición de docencia para la formación de recursos humanos que den solución a los grandes problemas que la sociedad demanda, el desarrollo de investigación (básica, aplicada, humanística, social, etc.), la publicación y difusión de los resultados, el servicio a diversas comunidades de la sociedad civil y empresarial, etcétera, son condiciones que tienen que ser cubiertas para acceder a recursos y así seguir generando más investigación (Martínez, Méndez y Zúñiga, 2010).

Por lo cual, este conjunto de tareas implica una serie de exigencias hacia los académicos, que tienen que ser cubiertas para el adecuado desempeño del

trabajo. De ahí la necesidad de actualización y formación permanente de los docentes en sus diversos campos de trabajo mediante especialidades, maestrías y doctorados. Esto ha implicado la dedicación de tiempo que va más allá de lo considerado en la jornada oficial de trabajo, para concluir las actividades laborales (Op. Cit.).

Sin duda, el desarrollo de estas actividades representan grandes satisfacciones para amplios sectores de académicos, dada las cualidades inherentes al trabajo universitario: es un trabajo intelectual, es creativo, permite el desarrollo de habilidades y destrezas y por supuesto la adquisición de nuevos conocimientos, que repercuten, entre otros ámbitos, en la formación del sector estudiantil. Estas cualidades del trabajo universitario ligadas a la obtención de recursos financieros vía los estímulos económicos, han tenido un impacto positivo en las condiciones de vida, al lograr mejoras en las condiciones salariales, con lo que se resuelven problemas asociados a la vivienda, a la alimentación, a la educación de los hijos, al transporte, a la disposición de recursos económicos para el disfrute del tiempo libre, etc. El hecho de tener resueltas estas condiciones de vida se constituyen en factores de protección, cuando nos referimos a la salud (Op. Cit.).

Extremera, Rey y Pena (2010), recogen las fuentes implicadas en la aparición del estrés laboral dentro del contexto educativo, las cuales son múltiples, incluyéndose aspectos organizativos, como son conflictos con compañeros, escasez de recursos materiales, espaciales o personales o la falta de reconocimiento social del docente; aspectos relativos a las tareas, tales como la ambigüedad y conflicto de rol, presiones de tiempo, necesidades de atención a la diversidad; aspectos interpersonales, como la falta de motivación de los estudiantes, las conductas disruptivas, o la falta de colaboración familiar; y por último aspectos personales, por ejemplo expectativas laborales no cumplidas y nivel de autoestima (Romero & Hermsell, 2014).

Cuando esta situación de estrés es prolongada e intensa, este deriva en ansiedad y los docentes suelen experimentar sentimientos negativos, falta de implicación con los alumnos, ausentismo laboral, irritabilidad, descenso en la

autoestima, pensamientos negativos, decremento en la calidad de la enseñanza, cansancio y problemas de sueño. Por todas estas razones, este problema afecta tanto a la salud del profesorado como a la calidad de la enseñanza (Ponce, Bulnes, Aliaga, Pisco & Rosales 2005, en Romero, & Hermosell, 2014).

En el caso de México, existen estudios que identifican la presencia de estrés y diversos problemas de salud relacionados con la sobre carga de trabajo que representa la participación de docentes universitarios en los programas de estímulos, que pretenden elevar la calidad académica por medio de incentivos económicos. (Martínez, Méndez y Zúñiga, 2010, citado en Treviño, Elena, y Jiménez, 2010).

Las investigaciones reportan que el estrés y la ansiedad son variables importantes y preocupantes, ya que afectan el rendimiento del profesorado. Moriana y Herruzo (2005), en su estudio sobre Estrés y burnout en profesores, han constatado que ciertos trastornos psicopatológicos que padecen los profesores de educación secundaria obligatoria, principalmente el estrés y la ansiedad, están estrechamente relacionados con los factores que forman el síndrome de burnout, y que éste a su vez, supone un buen predictor para las bajas laborales de tipo psiquiátrico como la depresión y otros tipos de trastornos de ansiedad (Mañas, Franco, & Justo, 2011).

Se sabe que la ansiedad es la respuesta del organismo a un estímulo que representa peligro, desencadena una reacción que activa el sistema nervioso, y prepara a la persona para responder a dicho estímulo mediante la lucha, o la huida. Esto si se traslada al contexto magisterial, nos damos cuenta de que los docentes se ven sometidos a una gran carga laboral y cada vez más exigencias que les produce estrés. Tanto la ansiedad como el estrés, forman parte del síndrome de burnout.

Al respecto cabe aclarar que el término burnout, cuya traducción sería “estar quemado” fue introducido por Freudenberguer a mediados de los años setenta para dar una explicación al proceso de deterioro en el trabajo de los profesionales

en organizaciones de servicios (Freudenberger, 1974) citado en Reviriego & Carreras, 2009).

Por su parte, Maslach y Jackson (1981) refinaron el concepto del *burnout* diferenciando tres niveles: a) la *despersonalización*, entendida como un distanciamiento del sujeto con relación a los demás actores en su entorno; b) la *devaluación* del trabajo propio con otras personas y la disminución del compromiso personal hacia su área laboral, c) el *agotamiento emocional* que se expresa a través de un vacío emocional, al tiempo de experimentarse una decreciente capacidad de manejo del estrés laboral, irritabilidad, ansiedad, tristeza y la disminución gradual de la autoestima. Por lo general, el *burnout* es acompañado, por la agudización de algunos síntomas somáticos como cansancio físico, dolor abdominal y dolor de espalda, problemas de respiración, tensión muscular, sudoración fría y psicósomáticos, como insomnio, cefaleas y úlceras ((Sakharov y Enzmann, 1983; Pines, 2002; Friedman, 1995 en Sieglin, & Ramos, 2007).

Esto concuerda con lo mencionado por Cebria, (2005) en donde los sujetos afectados por este síndrome muestran desilusión, irritabilidad y sentimientos de frustración; se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces. Se vuelven rígidos, tercos e inflexibles. Asimismo, manifiestan síntomas de carácter psicósomático como mayor cansancio, dificultades respiratorias, problemas gastrointestinales, etc. Todas estas afecciones son el resultado de las altas exigencias profesionales al mismo tiempo que la falta de recursos para afrontarlas, así como una serie de obstáculos que abarca desde aspectos relacionados con la propia vida cotidiana de las instituciones educativas, hasta cuestiones vinculadas a la imagen social del profesorado y a los nuevos contextos sociales, tiene como consecuencia la aparición del malestar docente. Este malestar parece tener un componente emocional central. El incremento de los síntomas que conducen al síndrome de burnout no sólo termina por consolidar en no pocos casos el mencionado síndrome, sino que también puede producir ansiedad docente e incluso depresión

((Schaufeli, Salanova, González y Bakker, 2002), citado en Bernal-Guerrero & Donoso, 2012).

En México, Rodríguez, Moreno, Beltrán y Partida (2003) en su estudio sobre burnout en maestros de educación básica, detectaron en su muestra aleatoria, compuesta por 301 maestros de primaria del área metropolitana de Guadalajara, que 79.4% de los maestros mostraron una afectación en una o varias áreas del *burnout* en la escala de Maslach. Del total, 25.9% presentó un alto grado y 37.9% un mediano grado de agotamiento emocional; 21.9% reportó un nivel elevado de baja realización en el trabajo y 28.2% un nivel mediano. Finalmente, en 5.6% de los docentes se encontró un alto grado y en 14.3% un mediano grado de despersonalización.

Respecto a la respuesta de ansiedad, Centeno (2001) menciona que en investigaciones recientes han descubierto que la comunidad docente, es muy aquejada por trastornos de ansiedad pues presentan infecciones virales más frecuentemente que cualquier otro grupo de profesionistas, además se ha demostrado que durante períodos de estrés elevado se produce una cantidad importante de disminución de anticuerpos, disminuyendo de esta forma nuestra propia competencia. Más importante aún, se advierte que la percepción del estrés del programa académico es un buen predictor del nivel de anticuerpo circulante; los que puedan percibir el programa como estresante, presentarán los niveles más bajos.

Pero lo que más caracteriza al ser humano, en un momento u otro de la vida profesional, es una biología de la ansiedad, es decir, todos han tenido períodos en los que se sienten aprensivos y temerosos ya sea por una nueva asignatura a impartir, cambio de alumnos o porque ha iniciado un nuevo curso. Para algunos profesores este estado puede adquirir una intensidad arrolladora, incluyendo miedos irracionales, sentimientos de terror, sensaciones corporales atípicas, como vértigo, dificultad para respirar, temblores, estremecimientos y sentimiento de pérdida de control. Para otros, la ansiedad aparece en forma de súbitos ataques de pánico que son impredecibles y duran minutos u horas. La ansiedad puede ser

letal ya que se ha comprobado en “determinados Pacientes” con trastornos de pánico un incremento en su mortalidad por causa de enfermedad cardiovascular y suicidio (Centeno, 2001).

Un aspecto relacionado con la ansiedad es la personalidad, esta es entendida como la predisposición o tendencia que tienen las personas para comportarse pensar o sentir de determinada en distintas situaciones, a lo largo de su vida (Abal, 2009). Los docentes ponen el tono emocional a la clase, diseñan la enseñanza, implementan actividades de aprendizaje y evalúan el progreso de los alumnos. Su orientación en la enseñanza es decisiva en este proceso, estas habilidades son desarrolladas casi de manera natural, tienen que ver con la personalidad (Rizzardi, 2011).

La personalidad del profesor es uno de los parámetros que más controversia ha causado en el estudio de los procesos de enseñanza aprendizaje. Hablar de personalidad del docente es una cuestión delicada y complicada. Delicada porque se establecen ciertos criterios que no resultan del todo satisfactorios. Complicada, porque esos criterios para medir la personalidad resultan muy poco fiables. En ocasiones se habla de eficacia docente relacionada con la personalidad. Así, se midieron criterios y se recogieron opiniones de personas externas al aula, también se recurrió a analizar el nivel de éxito de los alumnos, sin embargo, en el éxito o fracaso de los alumnos intervienen muchas otras cuestiones que traspasan las aulas de clase (Sánchez, 2007). La personalidad es necesaria en los profesores, ya que éstos no transmiten únicamente contenidos, deben ser capaces de motivar, seducir, hipnotizar. Al respecto Genovard y Gotzens (1990), establecen una serie de ideas positivas que resumirían la personalidad eficaz del profesor en el proceso de enseñanza-aprendizaje: dirige la acción, motiva, mantiene el interés, permite que el alumno aprenda a su propio ritmo, evita en lo posible la frustración y fracaso, promueve la transferencia del aprendizaje, y desarrolla actitudes positivas en el alumno.

Los estilos de enseñanza y la personalidad del profesor influyen en el sujeto, de tal forma que la adquisición del aprendizaje, serán completamente distintos. En

este sentido, si el profesor es experto en la materia, pero carece de conocimientos pedagógicos, aptitudes y demás características que hemos venido comentando hasta el momento, puede provocar en los alumnos una tendencia al aprendizaje por memorización (Sánchez, 2007).

La personalidad de los profesores y sus habilidades para la enseñanza, son factores que también se suman a la lista de exigencias que deben cumplir, lo que también les genera ansiedad. Al respecto Spielberger (1980), menciona que la tensión forma parte de la vida misma en el sentido de que involucra tanto a las condiciones que exigen una respuesta por parte del sujeto, sea física o psíquica, como a las reacciones emocionales que se derivan de dichas circunstancias.

Por otro lado, Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), señalan que la ansiedad presenta dos dimensiones: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. La primera es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Y la ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas, como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.

Al respecto, el estudio de Rocha (1998), sobre la organización del trabajo docente y ansiedad en profesores de primaria del D.F., reporta que existe asociación entre los aspectos de la organización del trabajo docente, como el tipo de nombramiento, número de plazas laboradas y antigüedad laboral, y los niveles de ansiedad presentados por los profesores de educación primaria. Se encontró asociación entre la organización del trabajo docente y los niveles de ansiedad-estado presentados por los profesores de primaria del D.F., y en cuanto a la ansiedad-rasgo, sólo se observó una relación con el tipo de nombramiento, comprobando que la forma de trabajo de los profesores afecta de manera negativa en su integridad psíquica.

Recapitulando, se ha expuesto en este capítulo, que los profesores también se ven afectados por la ansiedad, esto es debido a que la sociedad ha sufrido cambios a gran velocidad no solo en México sino también en el resto del mundo, por lo tanto se les exige que tengan una mayor preparación y más aún si se trata de docentes en la educación superior, aunado a esto pueden enfrentarse a la falta de condiciones y recursos optimos para desempeñar su labor, lo que aumenta sus niveles de estrés que se manifiestan en otras partes del cuerpo, incluso llevándolos a padecer el síndrome de burnout.

## JUSTIFICACIÓN

La ansiedad, es un fenómeno psíquico universal que todos experimentamos en mayor o menor medida en la vida cotidiana, pudiendo considerarse que existe una ansiedad normal, adaptativa que sirve para prepararnos para responder en las mejores condiciones posibles ante circunstancias amenazadoras o de riesgo. Se define como un estado de activación del sistema nervioso, consecuente a estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. Esta activación se traduce, por un lado, en síntomas periféricos derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (secreción de hormonas suprarrenales), que darían lugar a los síntomas somáticos de ansiedad, y, por otro lado, en síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirían en los síntomas psicológicos de ansiedad, como irritabilidad, miedo a perder el control y evitación (Bobes, Sáiz, González y Bousoño, 1999).

El sector académico, también se ve afectado por la ansiedad debido a que deben generar recursos humanos que den solución a las grandes problemáticas que la sociedad demanda, el desarrollo de investigación ya sea básica, aplicada, humanística o social, la publicación y difusión de los resultados, el servicio a diversas comunidades de la sociedad civil y empresarial, etcétera, son condiciones que tienen que ser cubiertas para acceder a recursos y así seguir generando más investigaciones, implicando un aumento en las exigencias (Martínez, Méndez y Zúñiga, 2010). Sumado a esto se encuentran aspectos organizativos, como son conflictos con compañeros, escasez de recursos materiales, espacios o personal, la falta de reconocimiento social del docente así como presiones de tiempo, la falta de motivación de los estudiantes, expectativas laborales no cumplidas y niveles de autoestima (Extremera, Rey y Pena, 2010).

Dadas las condiciones de trabajo y las exigencias que los docentes enfrentan, ellos experimentan ansiedad y estrés, ocasionándoles afecciones a nivel gastrointestinal y cardiovascular. De ahí surge la importancia de realizar este estudio

## **ESTUDIO EMPÍRICO**

### **Objetivo**

El objetivo de esta investigación fue evaluar y comparar la respuesta de ansiedad entre los docentes de la carrera de Psicología, Biología, Medicina y Odontología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

### **Objetivos específicos**

1. Detectar que profesores y que carrera presentara más ansiedad.
2. Detectar que factores inciden en el nivel de ansiedad de los profesores de las carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
3. Evaluar en cuál de los tipos de respuesta cognitiva, fisiológica y conductual se presenta un mayor nivel de ansiedad.

### **Definición de variables**

Variable Independiente: Carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Variable Dependiente: Nivel de ansiedad en los tres sistemas de respuesta: fisiológico, cognitivo y motor.

### **Hipótesis**

1. En función de las demandas académicas a las que se enfrentan los profesores, por parte de los alumnos, así como los rubros que deben cumplir como catedráticos y finalmente las evaluaciones a las que ellos están sujetos, los docentes presentaran mayores niveles de ansiedad a nivel cognitivo.
2. Dado que en la carrera de Medicina hay mayor exigencia y responsabilidad por trabajar con personas y enfrentarse a enfermedades, así como realizar guardias y prescribir tratamientos, los médicos presentaran mayores niveles de ansiedad.

## MÉTODO

### **Participantes:**

Participaron voluntariamente 38 profesores de ambos sexos de los primeros semestres, de las carreras de Psicología, Biología, Medicina, Odontología de la FESI.

### **Materiales e instrumentos:**

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA: Miguel-Tobal y Cano-Videl, 1994).

### **Escenario:**

La investigación sobre la evaluación de la ansiedad a los profesores de las carreras de la FESI, se realizó en los salones o laboratorios correspondientes a sus carreras.

### **Análisis de datos:**

Los datos se analizaron con el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 23

### **Procedimiento:**

Para evaluar el nivel de ansiedad se aplicó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), que fue desarrollado por los profesores Juan José Miguel Tobal y Antonio Cano Vindel (1986). El ISRA evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo general de personalidad ansiosa), los tres sistemas de respuesta por separado (lo que pensamos, regulado por el sistema cognitivo; lo que sentimos a nivel corporal, o sistema fisiológico; y lo que hacemos, o sistema conductual-motor), así como cuatro rasgos específicos de ansiedad o áreas situacionales (ansiedad ante situaciones de evaluación, ansiedad en situaciones sociales o interpersonales, ansiedad en situaciones fóbicas, y ansiedad en situaciones de la vida cotidiana). Presenta una serie de situaciones, que son

aquéllas en las que solemos reaccionar con ansiedad, así como otro conjunto de respuestas, que constituyen los principales síntomas de esta emoción. Se evalúan en una escala de 0 a 5. El instrumento consta de 23 reactivos para cada área siendo en total 69 reactivos.

A los participantes, se les informó del objetivo del estudio, señalándoles que toda la información recabada será confidencial y sólo será utilizada con fines meramente de investigación. Se les solicitó el consentimiento informado y se les indicó que podrían elegir dejar de participar en cualquier momento de la aplicación del instrumento. La aplicación y calificación de cada inventario fue individual para obtener los niveles de ansiedad en cada área.

Para el análisis de los datos obtenidos, se utilizó el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 23 que permite administrar bancos de datos de manera eficiente y desarrollar perfiles de usuarios, hacer proyecciones y análisis de tendencias que permiten planificar actividades a largo plazo y, en general, hacer un mejor uso de la información capturada en forma electrónica. (Castañeda y Cabrera 2010). Como parte del análisis se aplicó una prueba estadística ANOVA de un factor y otra llamada Tukey, para comparar muestras independientes.

## RESULTADOS

Al aplicarse una Anova de una vía, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, solo en la respuesta de ansiedad cognitiva  $F(3)=37$ ;  $p < 0.05$ ). Al aplicarse la prueba Tukey, para obtener diferencias entre grupos, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ), en los profesores de biología respecto a medicina, mientras que en el resto de los sistemas de respuesta no se encontraron diferencias estadísticas.

La figura 1, muestra los promedios de ansiedad por carrera de los profesores de la FESI en las áreas cognitiva, fisiológica y motora. Se observa que los promedios más altos se presentan en el área cognitiva en todas las carreras, siendo más alta en los profesores de la carrera de Biología comparada con los promedios de ansiedad fisiológica y motora de las otras carreras (odontología, medicina y psicología), donde los promedios de ansiedad son similares, y son menores al promedio de la licenciatura de biología.

También se observa, que en todas las áreas los profesores de Biología son los que presentan más ansiedad, siguiéndoles los profesores de Odontología y en promedios similares Medicina y Psicología.

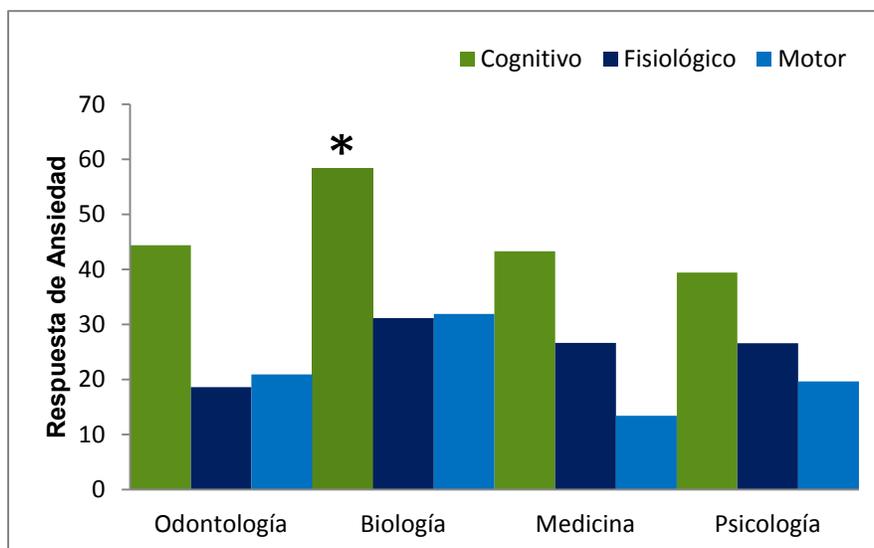


Figura 1. Comparación del promedio de ansiedad, de profesores universitarios en general, en las carreras de la FESI, en los tres sistemas de respuesta. \* $p < 0.05$  vs medicina.

Respecto a los resultados obtenidos en ansiedad en hombres de las diferentes carreras, al aplicarse una ANOVA, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, solo en el área cognitiva comparada con las otras áreas  $F(3)=14$ ;  $p < 0.05$ ); posteriormente al aplicarse la prueba post hoc Tukey, se obtuvieron diferencias estadísticas en el área cognitiva ( $p < 0.05$ ,) en la carrera de biología respecto de medicina.

La figura 2, muestra, el promedio de respuesta de ansiedad por sistema (cognitivo, fisiológico y motor), en docentes varones de las carreras de la FESI. Se muestra que la respuesta de ansiedad en el sistema cognitivo en los profesores masculinos es mayor, en todas las licenciaturas, siendo mas elevada en los docentes de la carrera de Biología, comparada con los promedios de ansiedad fisiológica y motora de las carreras de Odontología, Medicina y Psicología; en donde los promedios de ansiedad son similares, pero mas bajos al promedio de la licenciatura de Biología.

También se observa que en todas las áreas, los profesores de Biología presentan mas ansiedad, siguiendoles los docentes de Odontología, mientras que en promedios similares se encuentran las carreras de Medicina y Psicología.

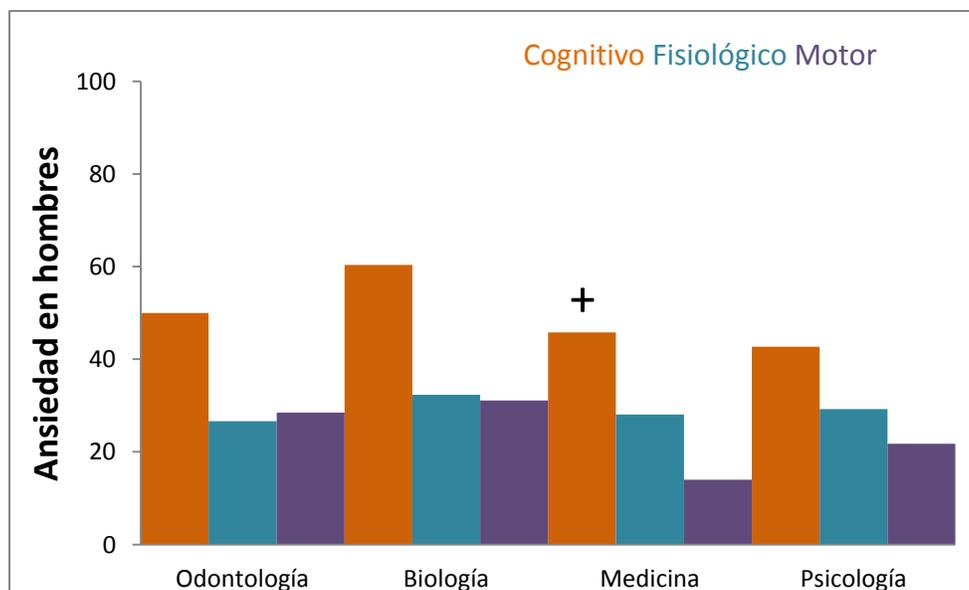


Figura 2. Comparación del promedio de ansiedad, en profesores universitarios en las carreras de la FESI, en los tres sistemas de respuesta. + $p < 0.05$  vs biología.

En cuanto a los resultados obtenidos de ansiedad en mujeres de las diferentes carreras, al aplicarse una prueba ANOVA ( $p < 0.05$ ), se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, en las áreas cognitiva y motora comparada con el área fisiológica  $F(3)=14$ ;  $p < 0.05$ ; y al aplicarse la prueba post hoc Tukey, se obtuvieron diferencias significativas, en el área cognitiva ( $p < 0.05$ ), en las carreras de odontología y biología respecto a la carrera de Medicina.

En la figura 3, muestra el promedio de respuesta de ansiedad por sistema (cognitivo, fisiológico y motor), en las profesoras de la FES Iztacala. Se puede ver que la respuesta de ansiedad en el sistema cognitivo en las profesoras es mayor, en todas las licenciaturas, siendo más elevada en las académicas de la carrera de Odontología, comparada con los promedios de ansiedad fisiológica y motora de las carreras de Biología, Psicología y Medicina;

También se observa, que la respuesta de ansiedad motora en la carrera de Biología es mayor que en las carreras de Odontología, Medicina y Psicología, pero menor que el promedio de la ansiedad cognitiva.

Se observa que, en las tres áreas, las profesoras de Biología presentan más ansiedad, siguiéndoles las docentes de Odontología, mientras que en Medicina y psicología, los promedios son similares.

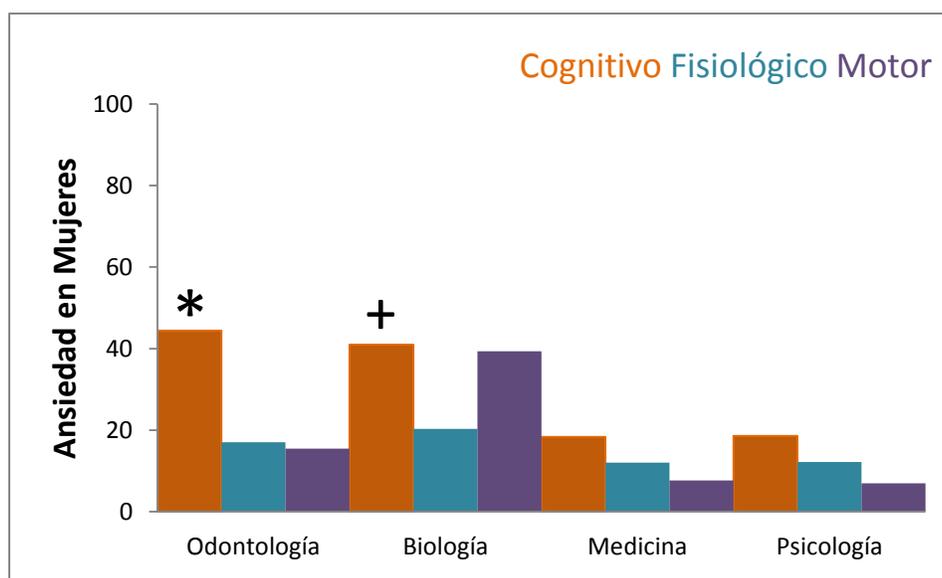


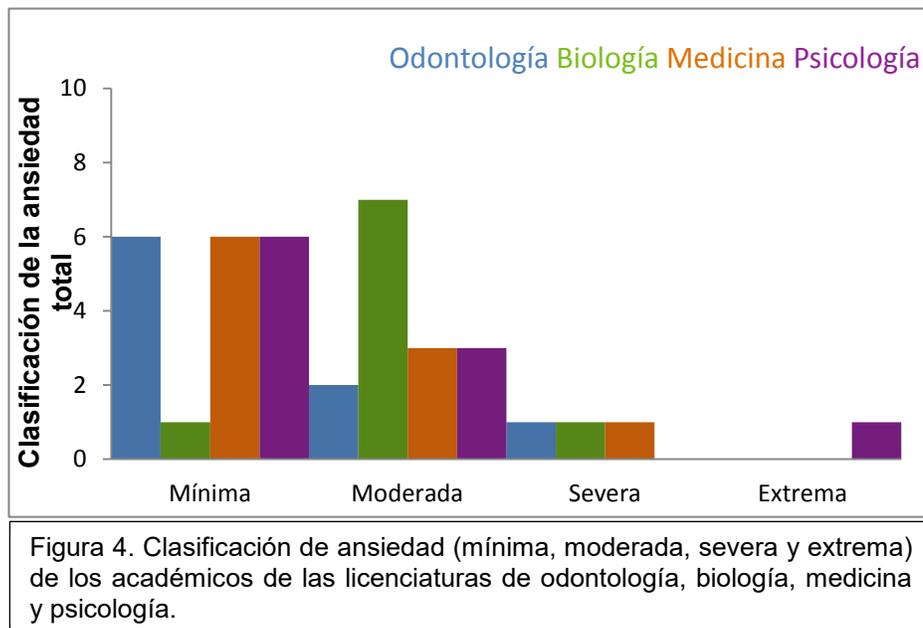
Figura 3. Comparación del promedio de ansiedad, en profesoras universitarias en las carreras de la FESI, en los tres sistemas de respuesta. \*+ $p < 0.05$  vs Medicina

En relación a los resultados obtenidos en la clasificación de la ansiedad: mínima moderada, severa y extrema, en la que se encuentran los profesores de todas las carreras, al aplicarse una ANOVA de una vía, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, en ninguna de las clasificaciones ( $p > 0.05$ ).

En la figura 4, se observa la clasificación de ansiedad, de los profesores de todas las carreras, en que se ubican: mínima moderada, severa y extrema, Se puede ver que en la clasificación de ansiedad mínima se presenta un mayor número de profesores, con 19 casos, 6 casos en las carreras de Odontología, Medicina y Psicología y un caso en biología.

En ansiedad moderada, se ubican 15 profesores, de los cuales biología muestra 7 docentes, 3 en medicina al igual que en psicología y dos casos en odontología, mientras que en la clasificación de ansiedad severa, se reporta que el número de casos en las carreras de odontología, biología y medicina, es de uno, mientras que en la licenciatura de psicología no hay ningún profesor. Finalmente en la ansiedad extrema, solo se observan un caso de la carrera de psicología.

Se puede ver que la licenciatura de Biología presenta el mayor número de casos en la clasificación de ansiedad moderada, a comparación de las demás licenciaturas, mientras que en la clasificación de ansiedad mínima, las carreras de Odontología, Medicina y Psicología obtuvieron mayor número de casos a diferencia de biología.



Finalmente, en cuanto a los resultados obtenidos en la ansiedad total en los académicos de las carreras de la FESI, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las carreras. ( $p > .05$ ).

En la figura 5, se observa el promedio de ansiedad total por carrera, se muestra que el promedio de la licenciatura de Biología es ligeramente más alto comparado con el promedio de las demás carreras, donde se observa que la ansiedad total es similar en los académicos de las carreras de odontología, medicina y psicología.

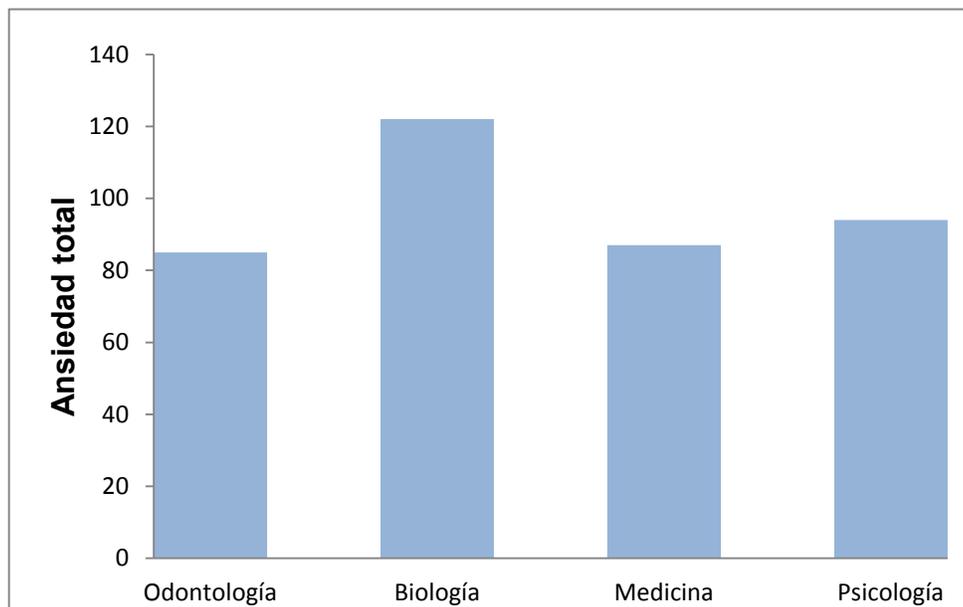


Figura 5. Se observa el promedio de ansiedad total en todas las carreras.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos cumplieron con los objetivos planteados en cuanto a evaluar la ansiedad cognitiva, fisiológica y motora en los profesores de las carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

En general los resultados obtenidos en esta investigación, mostraron que todos los profesores de todas las carreras presentan un mayor nivel de respuesta de ansiedad en el área cognitiva, principalmente Biología, quien obtuvo la puntuación más alta de ansiedad total.

Respecto al primer objetivo que fue detectar que profesores y de que carreras presentan más ansiedad, ésta se presentó en mayor nivel en los docentes de la licenciatura de Biología en comparación con las otras carreras. Lo cual no confirma la segunda hipótesis planteada en la investigación, sobre que en la carrera de Medicina hay mayor exigencia y responsabilidad por trabajar con personas y enfrentarse a enfermedades, así como realizar guardias y prescribir tratamientos, los médicos presentarían mayores niveles de ansiedad.

El que los docentes de Biología presenten más ansiedad que los de las otras carreras, podrían explicarse en función de la cantidad de materias teóricas, como son las materias de biomoléculas, bioestadística o fisicoquímica, y prácticas, como laboratorio de investigación científica, zoología y botánica, que integra su plan curricular, por lo cual los académicos deben fomentar el pensamiento reflexivo y crítico, además de ser los responsables de sus alumnos al momento de salir a prácticas hasta por tres días, siendo el caso de los alumnos de primer semestre.

Sumado a lo anterior, se debe tomar en cuenta que las instituciones de educación superior, se han venido adecuando a los nuevos requerimientos que las sociedades globalizadas plantean. Uno de estos requerimientos es el incremento de la productividad; en este sector la productividad adquiere características específicas dependiendo del tipo de trabajo que se trate, es decir, investigación,

mayor número de publicaciones, conferencias, presentaciones en congresos, alumnos formados, participación en la gestión universitaria, etc. (Martínez, Méndez y Zúñiga 2010). Cabe señalar que todos los profesores universitarios de todas las carreras también están sujetos a las mismas condiciones de exigencias y productividad.

De acuerdo al proyecto de Modificación del Plan y Programas de Estudio de la Licenciatura en Biología (2015), se menciona que la adecuación de la biología a las necesidades del país es fundamental en la medida que los planes y programas de formación de biólogos se vean vinculados a las demandas empresariales, sociales y nacionales actuales, por lo cual hace falta dar mayor atención al desarrollo y consolidación de la planta académica, tanto en la administración central como en las entidades académicas se requiere de nuevos programas que impulsen el desarrollo del personal académico para incrementar la proporción de profesores con posgrado, sobre todo con doctorado, así como el número de profesores de tiempo completo; aclarando que estos requerimientos también son propios de todas las carreras.

En cuanto a los profesores de la carrera de Odontología, que obtuvieron el segundo lugar en manifestar altos niveles de ansiedad en el área cognitiva, aclarando que fue ligeramente superior a los niveles de ansiedad cognitiva de las carreras de Medicina y Psicología, se puede explicar en función del mismo caso que en Biología, ya que también deben realizar prácticas dentro y fuera de la FES Iztacala, mismas que también deben ser supervisadas por los docentes, sin embargo a diferencia de Biología, Odontología realiza sus prácticas con las personas, por lo cual si algún alumno llega a tener un error en la práctica, el profesor debe encargarse de asistir al alumno. También las materias, prácticas y objetos de estudio son diferentes, y de mayor responsabilidad social.

Respecto a los resultados obtenidos de ansiedad cognitiva, los maestros de las carreras de Medicina y psicología, presentaron menor ansiedad, a comparación de las licenciaturas anteriores.

Los profesores de Medicina imparten un mayor número de materias teóricas, como por ejemplo sistema nervioso, sistema osteomioarticular y sistema endocrino, en los primeros semestres, mientras que en las asignaturas prácticas, el trato que tiene los alumnos es hacia modelos y simulaciones, por lo tanto los maestros tienen que vigilar que los procedimientos se realicen correctamente. Sin embargo esta carrera obtuvo el tercer lugar en ansiedad cognitiva, de las cuatro licenciaturas evaluadas. Esto podría explicarse, en función de los semestres más avanzados, en los que los docentes, deberán inspeccionar que los alumnos desempeñen adecuadamente su labor dentro de los hospitales y clínicas, tanto de día como de noche, al momento de hacer guardias, lo que podría generar un desgaste físico y psicológico en los catedráticos.

Por su parte, Psicología fue la carrera con el menor promedio de ansiedad cognitiva, en esta licenciatura los catedráticos también imparten más materias teóricas que prácticas, estas últimas, en los primeros semestre, se realizan con ratas y pichones, esto representaría menor presión y grado de supervisión por parte de los profesores; mientras que en los últimos semestres las prácticas se llevan a cabo dentro y fuera de la institución, y el contacto se realiza con personas, es entonces cuando los maestros deberán prestar más atención a sus alumnos ya que deberán asesorarlos o ayudarlos si así se requiere. Dadas las características de las asignaturas, el contenido, las prácticas que no involucran el trato con los pacientes hasta llegar a semestres más avanzados y el plan de estudios, esto podría explicar los bajos niveles de ansiedad cognitiva en los docentes de las licenciaturas de Medicina y Psicología.

Para entender lo anterior debemos comprender que en lo cognitivo estamos considerando dos cosas: en primer lugar, nos estamos refiriendo a un conjunto de habilidades que tienen que ver con los procesos ligados a la adquisición, organización, retención y uso del conocimiento. Estas habilidades son muy diversas e incluyen tanto las competencias más básicas relativas a la atención, la percepción o la memoria, como a las capacidades intelectuales complejas, por ejemplo, al razonamiento, a la producción y comprensión del lenguaje o a la

solución de problemas e incluso las habilidades relacionadas con la conciencia y control que se tiene sobre los propios recursos cognitivos, es decir, lo que se designa como metacognición (Martinez, 2005). Esto podría apoyar nuestros resultados obtenidos en la respuesta de ansiedad que sea mayor o menor, dependiendo de la carrera del profesor.

Por lo tanto, desde el enfoque cognitivo, la situación es percibida por el individuo y sometida a un proceso de evaluación o valoración de las implicaciones que representa para el individuo. Si el resultado de la valoración es que dicha situación supone cualquier tipo de amenaza para el individuo, se iniciara una reacción de ansiedad; aunque esta estará mediada por otros procesos Cognitivos que intentarán reducirla. (Vindel, 1989). Esto explicaría el que los profesores de las carreras de Biología y Odontología, al parecer presentan más ansiedad porque son más sensibles a la crítica social.

Asimismo, el que los profesores de Biología y Odontología presenten más ansiedad cognitiva quizá esté relacionada con problemas personales que afecten el cómo perciban las situaciones y los pensamientos negativos que se derivan de esto, afectando así sus actividades académicas. Lo cual es apoyado por los planteamientos de Vindel (1989), sobre que las situaciones que generan reacciones de ansiedad más intensas suelen ser evitadas, sin embargo, en su ausencia, la imagen de una situación también puede producir una reacción de ansiedad. Eventos que implican una evaluación del individuo, aquellas en las que el individuo se plantea o realiza conductas que pueden tener alguna consecuencia eventualmente negativa para él; por ejemplo: hablar para un auditorio, hacer exámenes, tomar decisiones, etc. Situaciones interpersonales con personas del otro sexo o en grupos sociales. Y algunas situaciones concretas de la vida cotidiana de la persona en el trabajo, el estudio. Donde en ocasiones el individuo reconoce que la situación no supone una amenaza objetiva para él; pero sin embargo no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad.

Respecto a la ansiedad fisiológica y motora, estas se presentaron en menor nivel y en promedios similares, a comparación de la ansiedad cognitiva; lo cual

indica que son menos percibidas por los docentes. Esto puede explicarse en función de que las manifestaciones de la ansiedad fisiológica como motora, pueden confundirse con los síntomas de cualquier otra enfermedad o malestar, por ejemplo: enfermedades cardiacas, malestar estomacal e incluso alergias. Cabe mencionar que algunas de las manifestaciones de ansiedad fisiológica son: dificultad para respirar o sensación de ahogo, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado, sudoración o manos frías y húmedas, sequedad de boca, mareos o sensaciones de inestabilidad, náuseas, diarreas u otros trastornos abdominales, sofocos o escalofríos, micción frecuente y dificultades para tragar o sensación de tener un nudo en la garganta. Mientras que las manifestaciones de ansiedad motoras son: temblor de la voz, tartamudeo, tics, temblores, evitación de situaciones temidas, fumar o comer en exceso, intranquilidad motora o por el contrario quedarse paralizado (Merchán y Hermosell,, 2014).

Otra posible razón por la cual la ansiedad fisiológica y motora son menos percibidas, es que las personas suelen prestar más atención a aquellos eventos que producen temor o preocupación, así como también a la manera de solucionarlos y a las consecuencias que se pueden presentar, generando expectativas negativas.

En cuanto al segundo objetivo, que fue detectar que factores inciden en el nivel de ansiedad de los profesores de las carreteras de la FESI, uno de los principales factores es que la docencia experimenta presiones constantes de la sociedad para intentar corregir problemas sociales de toda índole, por ejemplo, el consumo de drogas, el abuso del alcohol, el abuso sexual, desordenes emocionales entre otros; siendo la docencia, una de las profesiones que requieren mayor compromiso y responsabilidad profesional, inclusive, algunos profesionales abandonan la docencia, cansados o "hastados" por la labor diaria para incorporarse en otras actividades laborales (Ponce, Bulnes, Aliaga, Pisco & Rosales, 2005).

Otros factores son: los aspectos organizativos, como son conflictos con compañeros, escasez de recursos materiales, espaciales o personales o la falta

de reconocimiento social del docente; aspectos relativos a las tareas, tales como la ambigüedad y conflicto de rol, presiones de tiempo, necesidades de atención a la diversidad; aspectos interpersonales, como la falta de motivación de los estudiantes, las conductas disruptivas, o la falta de colaboración familiar. Y los factores personales, por ejemplo, las expectativas laborales no cumplidas y nivel de autoestima que esto genera (Extremera, Rey y Pena, 2010).

Cuando estos factores mencionados anteriormente, que provocan estrés, son prolongados e intensos, el estrés deriva en ansiedad y los docentes suelen experimentar sentimientos negativos, que provocan falta de implicación con los alumnos, ausentismo laboral, irritabilidad, descenso en la autoestima, etc. Por todas estas razones, este problema afecta tanto a la salud del profesorado como a la calidad de la enseñanza (Ponce et. all 2005).

Otro factor que puede incidir en los niveles de ansiedad en los profesores es la personalidad, pues es esta la responsable en gran medida de nuestras propias acciones, haciendo que nos movamos de una u otra manera, actuando normalmente conforme a nuestra personalidad, y es esta misma la que hace que los docentes utilicen diversos tonos de voz en las cátedras, hace que diseñen o dirijan las clases de diversas formas, de igual manera, hace que los maestros implementen o no actividades o dinámicas en el aula. Los profesores, al igual que los estudiantes, poseen cualidades o características personales concretas que van a incidir en cierta medida en su comportamiento y actuación en el aula (Madrid, 2004).

En cuanto a las características y personalidad de los profesores de Biología, estos deben ser competentes en conocimientos pedagógicos, capaces de relacionar los objetivos educativos con los de la educación ambiental, debe dominar los contenidos de la educación ambiental, debe de mostrar ser un profesor competente en metodología ambiental, en planificación y en evaluación; pero sobre todo debe ser un docente sensible hacia la problemática del medio ambiente y capaz de reflexionar sobre su propia práctica y reorientarla (García, 2016). Posiblemente esta característica de la personalidad, sensible hacia las

problemáticas del medio ambiente, podría repercutir en el área académica, siendo también sensibles a la crítica y a la elevada exigencia académica que se vive hoy en día, provocando niveles de ansiedad elevados.

Así este factor de la personalidad del docente, va a tener ciertas implicaciones emocionales en la enseñanza que desarrolla en el aula y, consecuentemente, en el proceso de aprendizaje, especialmente a la hora de tratar de relacionarse y comunicarse con sus alumnos. Es una realidad indiscutible que los profesores suelen actuar de diversas maneras ante las diferentes situaciones de aula; estos procesos interactivos que tienen lugar en el aula, entran en juego y se ponen a prueba todas las características personales del profesor, su forma de ser, de actuar y ejercer una acción específica sobre el alumnado, generando reacciones y comportamientos que condicionan la calidad de los procesos de enseñanza aprendizaje y los resultados finales del aprendizaje (Martínez, & de Dios, 2010).

Estos resultados en la enseñanza, producto de la personalidad del docente, también le pueden generar ansiedad, sin embargo, esto puede ser el resultado de factores familiares, es decir, ciertos estilos de crianza por ejemplo, la sobreprotección excesiva, el control y la intromisión, el abandono, el escaso contacto con las situaciones sociales y el modelado (Bruch, Gorsky, Collins & Berger, 1989). Esto llevaría a los sentimientos de ineficacia por la falta de familiaridad, sin poder hacer frente o actuar en dichos encuentros, porque el docente los valora, percibe como difíciles y complejos, generándole pensamientos negativos.

Existe otro factor que caracteriza al ser humano, en un momento u otro de la vida profesional, es la ansiedad, es decir, todos han tenido períodos en los que se sienten aprensivos y temerosos ya sea por una nueva asignatura a impartir, cambio de alumnos o porque ha iniciado un nuevo curso. Para algunos profesores este estado puede adquirir una intensidad arrolladora, incluyendo, como ya se ha mencionado anteriormente, miedos irracionales, sentimientos de terror, sensaciones corporales atípicas, como vértigo, dificultad para respirar, temblores, estremecimientos y sentimiento de pérdida de control. Para otros, la ansiedad

aparece en forma de súbitos ataques de pánico que son impredecibles y duran minutos u horas. La ansiedad puede ser letal. Se ha comprobado en “determinados Pacientes” con trastornos de pánico un incremento en su mortalidad por causa de enfermedad cardiovascular y suicidio (Centeno, 2001).

Respecto al tercer objetivo el cual fue evaluar en cuál de los tres tipos de respuesta cognitiva, fisiológica y conductual se presentó un mayor nivel de ansiedad; los resultados de la investigación mostraron que hubo un mayor nivel de ansiedad en el sistema cognitivo, lo cual apoya la primera hipótesis del estudio: En función de las demandas académicas a las que se enfrentan los profesores, por parte de los alumnos, así como los rubros que deben cumplir como catedráticos y finalmente las evaluaciones a las que ellos están sujetos, los docentes presentan mayores niveles de ansiedad a nivel cognitivo.

Se sabe que, la ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro. El modelo cognitivo considera que en la ansiedad, la percepción está alterada por los procesos atencionales que ayudan a decodificar la información del ambiente de forma catastrófica. Se atiende más a la información que pueda ser amenazante que a la neutral y casi cualquier dato o estímulo se interpreta en la misma dirección de peligro y riesgo (Gantiva, Viveros, Dávila y Salgado, 2010; Estes y Skinner, 1941).

Por lo cual, se presentan manifestaciones cognitivas, entre las más frecuentes destacan: la preocupación excesiva, reflejada en pensamientos e imágenes negativas sobre la situación y esta misma se percibe como incontrolable, se da una evaluación negativa de los estímulos, hay temor, dificultad para decidir, pensamientos negativos sobre uno mismo, dificultades para pensar y concentrarse, así como temor a que los demás perciban las dificultades y el estado de ansiedad que sufre el docente (Merchán, Hermosell, 2014).

Otro factor que puede explicar los altos niveles de ansiedad en el área cognitiva son los estilos de afrontamiento, refiriéndonos a aquellos esfuerzos

cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus, 2000). Cada sujeto tiende a utilizar los estilos de afrontamiento que domina o ha obtenido por aprendizaje o por hallazgo en una situación de emergencia.

Según Fernández (1997), se pueden identificar tres dimensiones básicas en las cuales se sitúan los diferentes estilos de afrontamiento; estas son: a) el método empleado en el afrontamiento, dentro del cual se distinguen el estilo de afrontamiento activo, el pasivo y el evitativo, b) la focalización del afrontamiento, en la que están el estilo de afrontamiento dirigido al problema, a la respuesta emocional y dirigido a modificar la evaluación inicial de la situación y c) la actividad movilizada en el afrontamiento, dentro de la cual se distinguen el estilo de afrontamiento cognitivo y el conductual. Por lo tanto, una deficiencia en alguno de estos puntos en los estilos de afrontamiento, también puede desencadenar ansiedad cognitiva ya que la persona, no sabría cuál es la forma adecuada de resolver una situación problemática.

Con base en los resultados de esta investigación, es importante realizar estos estudios de ansiedad en el resto de las carreras de la FESI que no participaron, así como evaluar en qué semestres, los docentes presentan mayores nivel de ansiedad y si esta se presenta en los mismos sistemas de respuesta; que como se ha mencionado anteriormente, la ansiedad ocasiona que los procesos cognitivos como el razonamiento, la atención o la memoria, provoquen serios problemas gastrointestinales, cardiovasculares, irritabilidad y depresión causando ausentismo laboral e incluso baja laboral.

La importancia de este estudio radica en que nos proporciona información necesaria para comprender la ansiedad que se presenta en el ser humano, desde sus primeras descripciones, el abordaje desde las diferentes escuelas psicológicas, su funcionamiento a nivel neurológico, hasta la parte más importante, que es, como afecta a los profesores universitarios y en que licenciaturas hay más prevalencia de la ansiedad, específicamente en la FESI; pues no solo puede afectar la salud de los docentes sino también la calidad de la enseñanza, llegando a provocar bajas en este sector.

## CONCLUSIONES

Los resultados, permiten llegar a la conclusión de que los profesores de las carreras de Medicina, biología, odontología y psicología, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, presentan mayor nivel de ansiedad en el área cognitiva, siendo biología la licenciatura con mayores niveles de ansiedad en esta misma área.

Por otro lado, en cuanto a las clasificaciones de ansiedad, con base el instrumento ISRA (Inventario de Situaciones de Respuestas de ansiedad), las cuales son Ansiedad mínima, moderada, severa y extrema; se concluye que los profesores de la FESI, en su mayoría se ubican en ansiedad mínima seguida de moderada, obteniendo un menor número de casos en las clasificaciones de severa y extrema

De acuerdo con lo anterior la ansiedad es una variable que debe ser considerada en el desempeño académico de los catedráticos de la FESI, pues se ha demostrado que la ansiedad puede afectar procesos como la atención, la percepción, la memoria e incluso la solución de problemas. También, la ansiedad se puede reflejar directamente en la salud de los profesores.

Se recomienda proporcionar atención a aquellos docentes, que se hallaron en la clasificaron de ansiedad extrema, de igual forma a los profesores que presentaron ansiedad severa, ya que es probable que transiten hacia la ansiedad extrema; mediante la terapia conductual, ya que en diferentes investigaciones ha demostrado ser la más efectiva en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, proporcionando resultados en menor tiempo.

Finalmente para futuras investigaciones se sugiere realizar esta investigación en el resto de las carreras que no participaron, así como ampliar el tamaño de la muestra.

## REFERENCIAS

- Abal, Y. (2009). ¿Influyen los rasgos de personalidad y el método docente empleado en la percepción del rendimiento académico del alumnado universitario? *Qurrriculum: Revista de teoría, investigación y práctica educativa*, (22),
- Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2013). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (5 ed.). Washington, DC
- Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (4 ed.). Washington, DC
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología* (Internet), 3(1), pp. 20-29. Recuperado de [http://www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol3\\_1/escritospsicologia\\_v3\\_1\\_3mcarenas.pdf](http://www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol3_1/escritospsicologia_v3_1_3mcarenas.pdf)
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Bobes, J., Beidel, D. C. et al. (1998). Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59.
- Bandura, A. (1977). *Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Citado en: Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill. Volumen II.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach. *Basic, New York*, b58.

- Bernal, G., A., & Donoso, M. (2012). El cansancio emocional del profesorado: buscando alternativas al poder estresante del sistema escolar. *Cuestiones pedagógicas: Revista de ciencias de la educación*, (22).
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid McGraw Hill. Volumen II.
- Botella, C., Baños, R. M., & Perpiñá, C. (2003). Una propuesta para comprender la fobia social. En Botella C., Baños R. & Perpiñá C. (Eds.), *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona, España: Paidós.
- Bousoño, M., Sáiz, P. A., Jiménez, L., & Fernández, J. M. (1999). Bases biológicas del trastorno por ansiedad social. *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*, 15-26.
- Bruch, M. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M., & Berger, P. A. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multi-component analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 904-915.
- Castro Carboni, N., Campos Villalobos, G., & López Castillo, C. (2003). Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés post-traumático. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 5-14.
- Centeno, M. (2001). El problema de las crisis de ansiedad en el profesorado. *Contextos*, (37), 345-357.
- Cia, A.H. (2007). *La Ansiedad y sus Trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires, Editorial Polemos.
- Conti, N. A., & Stagnaro, J. C. (2007). *Historia de la Ansiedad*. Buenos Aires, Polemos.

de Ansorena C. A., Reinoso, J. C., & Cagigal, I. R. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 4(16), pp. 30-45.

Díaz, C. R. P., Bedón, M. S. B., Tovar, J. R. A., Pisco, M. C. A., & Rosales, R. E. H. (2005). El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de investigación en psicología*, 8(2), 87-112.

Ey, H. (2008). *Estudios psiquiátricos*, Buenos Aires, Polemos. 1.

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

Extremera, N., Rey, L., & Pena, M. (2010). La docencia perjudica seriamente la salud. Análisis de los síntomas asociados al estrés docente. *Boletín de psicología*, 100, 43-54.

Fernández Abascal E.G. (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*, Madrid, Pirámide.

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

Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychología*, 4(1), 63-70.

García, S. C. (2016). Bases didácticas para el profesor de biología. *Revista Vinculando*. Recuperado de <http://vinculando.org/ecologia/bases-didacticas-profesor-biologia.html>

Genovard, C., Gotzens, C. *Psicología de la Instrucción*, Madrid, Santillana, 1990.  
[Gómez, L., & Carrascosa, J. \(2000\). Prevención del estrés profesional docente. Generalitat Valenciana, Valencia.](#)

- Justo, C. F., Mañas, I. M., & Martínez, E. J. (2009). Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de mindfulness. *Revista de Educación Inclusiva*, 2(3), 11-22.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao Descleé de Brouwer. España.
- Madrid, D. (2004). *Importancia de las características individuales del profesorado en los procesos de enseñanza y aprendizaje de las lenguas extranjeras*. Granada, España, Editorial Universidad de Granada.
- Mañas, I., Franco, C. & Justo, E. (2011). Reducción de los Niveles de Estrés Docente y los Días de Baja Laboral por Enfermedad en Profesores de Educación Secundaria Obligatoria a través de un Programa de Entrenamiento en Mindfulness. *Clínica y salud*, 22(2), 121-137.
- Martínez, A. J. D., & de Dios, J. (2010). La personalidad del profesor y su impacto emocional en la enseñanza-aprendizaje de una segunda lengua. *Entre lenguas*, 15, pp. 89-102.
- Martínez, F. G. (2005). *Teorías del desarrollo cognitivo*. Espaa, McGraw-Hill.
- Martínez, S., Méndez, I., & Zúñiga, J. (2010). *Sobre la salud de los docentes universitarios de la UAM Xochimilco*. Recuperado de: [http://www.uam.mx/carrera\\_academica/correo/08\\_SUSANA\\_MARTINEZ\\_ALCANTARA.pdf](http://www.uam.mx/carrera_academica/correo/08_SUSANA_MARTINEZ_ALCANTARA.pdf).

- Martin, E. I., Ressler, K. J., Binder, E., & Nemeroff, C. B. (2009). The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 549-575.
- Merchán, I. M. R., & Hermosell, J. D. D. G. (2014). Autopercepción de la Ansiedad en Maestros de Primaria de Badajoz y Castelo Branco. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 2(1). pp.177-186.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1994). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA). *Madrid: TEA Ediciones, Sa.*
- Montelongo, R., Zaragoza, A., Bonilla, G. & Bayardo, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista digital universitaria*, 2-11.
- Mowrer, (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Obaid, F. P. (2012). Intervenciones freudianas sobre el problema de la nerviosidad: la neurosis de angustia como crítica al paradigma neurasténico de la modernidad de George M. Beard. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 15(2), 278.
- Pichot, P. (1999). The semantics of anxiety. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.*, 14, 22-28.
- Ponce, C. R. D., Bulmes, M. S. B., Aliaga, J. R. T., Pisco, M. C. A., & Rosales, R. E. H. (2005). El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de investigación en psicología*, 8(2), 87-112.

Proyecto de Modificación el Plan y Programas de Estudio de la Licenciatura en Biología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tomo 1, Recuperado de [http://biologia.iztacala.unam.mx/anterior/avisos/modif\\_plan\\_estudios/TOMO\\_I\\_REV\\_UCA\\_19marzo2014.pdf](http://biologia.iztacala.unam.mx/anterior/avisos/modif_plan_estudios/TOMO_I_REV_UCA_19marzo2014.pdf)

Rachman, S. (1991). *Neo-conditioning and the classical theory of fear acquisition*. Citado en: Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill. Volumen II.

Reviriego, I., Carreras, J. (2009). Análisis del burnout en profesores no universitarios de la región de Murcia (España) en función del tipo de centro docente: Público versus concertado. *Anales de Psicología*, 25(1)

Reyes-Ticas, J. A. (1997). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. *Nuevos Aportes Latinoamericanos en Psiquiatría Biológica*. Cangrejal Editores Psi, 2.

Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici A., (2009). La revolución conductual en el tratamiento de la ansiedad patológica, *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, (16) pp. 1-9.

Rizzardi, L. (2015). La influencia del docente en la recepción de contenidos por parte del alumno. *Reflexión Académica en Diseño y Comunicación*, Buenos Aires Argentina No. 15. Recuperado de [http://fido.palermo.edu/servicios\\_dyc/publicacionesdc/vista/detalle\\_articulo.php?id\\_articulo=6398&id\\_libro=269](http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/publicacionesdc/vista/detalle_articulo.php?id_articulo=6398&id_libro=269)

- Rocha, R. Zaragoza, F. E. S. (1998). "Organización del Trabajo Docente y Ansiedad en Profesores de Primaria del D.F." *BIEN Revista Especializada en Ciencias Sociales y de la Educación*. 1(2). 70-77.
- Rodríguez, M., Moreno, M, Beltrán, C., & Partida, N. (2000). Síndrome de Burnout en maestros de educación básica, nivel primaria de Guadalajara. Universidad de Guadalajara. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/142/14200103/>
- Rogers, C. (1951). A theory of personality and behavior. Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory. Boston, Houghton Mifflin Company pp. 481-533.
- Romero, M., & Hermosell, G. (2014). Autopercepción de la Ansiedad en Maestros de Primaria de Badajoz y Castelo Branco. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 2(1).
- Ruiz, Q., P., A., (2010). El estrés docente, *Revista digital para profesionales de la enseñanza, temas para educación*, (9), pp. 1-10.
- Sánchez, M. Á. M. (2007). El profesor de E/LE: personalidad, motivación y eficacia. *Ogigia: Revista electrónica de estudios hispánicos*, (1), pp. 17-30.
- Sandín, B. (1995). *El estrés*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 3-52). Madrid, McGraw-Hill.
- Santiago, J., Etchebarne, I., Gómez P., M., & Roussos, A. (2011). Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales.

- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos, *Psicología Iberoamericana*, 21(2), pp. 19-28.
- Sieglin, V., & Ramos, E. (2007). Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. *Revista mexicana de sociología*, 69(3).
- Sierra, J. C., Zubeidat, I., & Fernández Parra, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 6(2), pp. 472-517.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), pp. 10-59.
- Spielberger, C.D. (1980). Tensión y Ansiedad. Harper & Row Latinoamericana. Colección La Psicología y Tú. México.
- Tancer, M. E., Stein, M. B., & Uhde, T. W. (1995). Lactic acid response to caffeine in panic disorder: Comparison with social phobics and normal controls. *Anxiety*, 1, 138-140.
- Tillfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58.
- Tonina S., A. (2010). Descripción de un caso de Trastorno de Pánico con Agorafobia, desde el modelo de tratamiento de base cognitivo-conductual propuesto por la Fundación Fobia Club, (Tesis licenciatura). Universidad de Palermo, Italia.
- Torrades O. (2004). Ansiedad y depresión: evidencias genéticas. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 23(3), 126-129.

- Treviño, U., Elena, L., & Jiménez, J. (2010). Estrés en profesorado universitario mexicano. *Actualidades investigativas en educación*, 10(2).
- Viedma, M. I. (2008). Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: Implicaciones clínicas (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España
- Vindel, A. C. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad* (Tesis Doctoral), Universidad Complutense, Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos), España.
- Virues, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com*, 7(8). Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>

# ANEXOS

C

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

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
	1. Me preocupo fácilmente.	2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos o sentimientos dañados, «torpes», etc.	3. Me siento inseguro de mí mismo.	4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.	5. Siento miedo.	6. Me cuesta concentrarme.	7. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recales en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas. ..... .....									
<b>ΣR</b>								<b>TOTAL</b>	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

F

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

SITUACIONES	RESPUESTAS										OBSERVACIONES	ΣS
	1. Siento molestias en el estómago.	2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.	3. Me tiemblan las manos o las piernas.	4. Me duele la cabeza.	5. MI cuerpo está en tensión.	6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.	7. Me falta el aire y la respiración es agitada.	8. Siento náuseas o mareo.	9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.	10. Tengo escalofríos y siento mucho frío.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5. En mi trabajo o cuando estudio.												
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10. Si tengo que hablar en público.												
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13. Después de haber cometido algún error.												
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20. Al observar escenas violentas.												
21. Por nada en concreto.												
22. A la hora de dormir.												
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas. ..... .....												
ΣR											TOTAL	:2=

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

M

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

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
	1. Llora con facilidad.	2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.).	3. Fumo, como o bebo demasiado.	4. Trato de evitar o rehuir la situación.	5. Me muevo y juego cosas sin una finalidad concreta.	6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.	7. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas. ..... .....									
ΣR							TOTAL		

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO