



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

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

**ANSIEDAD MANIFIESTA EN LA ADULTEZ TEMPRANA:  
EVALUACIÓN DESDE EL ÁMBITO ESCOLAR**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A :  
**DAGRIL ALEJANDRA RIVAS CRUZ**

**JURADO DEL EXAMEN**

**DIRECTORA:** DRA. MARÍA DEL PILAR ROQUE HERNÁNDEZ

**COMITÉ:** DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES

LIC. ALAN ALEXIS MERCADO RUÍZ

**PAPIME PE307517**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**SEPTIEMBRE 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **Agradecimientos**

Quisiera agradecer a todas las personas que me apoyaron de manera directa o indirecta para la realización de este trabajo, por su apoyo, motivación y esfuerzo.

Agradezco:

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por abrirme sus puertas hacia el conocimiento que, a pesar de los días malos, fue como una segunda casa para mí.

A la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (UNAM) a través del Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME), por el apoyo para participar como becaria en el proyecto PE307517 "Tutoriales interactivos multimedia para el aprendizaje de la evaluación psicológica sobre el desarrollo infantil".

A mi maestra, directora y guía, Dra. María del Pilar Roque Hernández, por compartir conmigo su extenso conocimiento en Psicología Educativa. Porque gracias a usted he aprendido, aplicado y madurado de la escuela hacia una vida profesional fructífera en el mundo real.

A mi madre, por su apoyo, presión y confianza y a mi padre, por su confianza incondicional, que me impulsaron cada día para concluir este proyecto tan importante.

A Ernesto Palacios, el mejor compañero de vida, que me inspira a seguir adelante y crecer cada día.

A mis hermanos Daniela y Edson; a mi abuelita mi mamá Coco; a mis maestros que me motivaron y me ayudaron en mis momentos más difíciles Profesor Antonio y Profesora Nallely; a mis amigos que aprecio con todo el corazón Diego, Carolina, David, Gabriel; y a todos lo que no mencioné, pero que no dejan de ser importantes, gracias por creer en mí.

¡Gracias!

## Contenido

Agradecimientos	i
Resumen	iii
Evaluación de la ansiedad en la adultez emergente: marco teórico y conceptual	1
Adultez emergente: primera etapa de la adultez temprana	1
Concepto	1
Desarrollo físico y sexual	2
Desarrollo cognoscitivo	3
Desarrollo psicosocial y emocional	5
Bases de las relaciones íntimas: vida, matrimonio y familia	7
Ansiedad	9
Concepto	9
Clasificación	10
Factores vinculados: de riesgo y de protección	13
Consecuencias	15
Políticas públicas en México	16
Evaluación psicológica	18
Concepto	18
Áreas de evaluación	19
Tipos de evaluación	19
Métodos de evaluación	20
Evaluación psicológica de la ansiedad en la adultez emergente/temprana: de los instrumentos a la investigación	21
Planteamiento del problema	28
Objetivo general	30
Objetivos específicos	30
Evaluación de la ansiedad manifiesta en universitarios al oriente de la CdMx	31
Método	31
Contexto y escenario	31
Participantes	31
Variables	32
Instrumentos	32
Procedimiento	34
Resultados	36
Discusión	54
Conclusiones	58
Referencias	60

## Resumen

La adultez emergente caracterizada por la búsqueda de trayectoria profesional con la transición a la universidad implica cambios y posibles motivos de ansiedad. La ansiedad manifiesta puede presentarse como rasgo o como estado de malestar cuyo origen es diverso, con manifestaciones que impactan las áreas del desarrollo del individuo. Se realizó un estudio de campo, transversal y con metodología cuantitativa para evaluar la presencia de ansiedad manifiesta en estudiantes de 3°, 5° y 7° semestres inscritos en una licenciatura de Psicología de una universidad pública ubicada al oriente de la Ciudad de México. El muestreo fue no probabilístico accidental de grupos preestablecidos. A partir del consentimiento informado, se aplicó un instrumento formal validado en México para evaluar la ansiedad manifiesta (Escala AMAS-C,  $\alpha = .81$ ) a 216 estudiantes regulares, asignados a tres grupos a partir del semestre que cursaban. Entre los hallazgos se destacan: 1) diferencias a partir de la media y la categoría descriptiva de ansiedad en todos los grupos; dichas diferencias no fueron significativas por semestre, pero sí por sexo; 2) correlaciones significativas entre las dimensiones del instrumento, principalmente entre *Inquietud/hipersensibilidad* con el resto de dimensiones; en las mujeres se presentaron las asociaciones más elevadas; y 3) no se observaron asociaciones entre las dimensiones de ansiedad manifiesta y variables como edad o semestre. Se precisan acciones para atender la ansiedad que presentan los psicólogos en formación y mayor conocimiento de este constructo que facilite realizar acciones que favorezcan la salud mental en contextos específicos.

**PALABRAS CLAVE:** Ansiedad Manifiesta, Adultez Emergente, Evaluación Psicológica, Educación Superior.

Al estudiar el desarrollo humano, interesa conocer los procesos del cambio y estabilidad en las áreas entrelazadas del desarrollo del individuo a lo largo de las diferentes etapas de la vida: física/biológica, intelectual/cognoscitiva y psicosocial/socioemocional. Una de las etapas de desarrollo es la adultez emergente (18 años a alrededor de los 25), la cual es una fase de transición donde predomina la experimentación y la exploración, la búsqueda de trayectoria profesional, la identidad y el estilo de vida. Durante este periodo se realiza para muchas personas, la entrada a la universidad, misma que se acompaña de cambios que pueden ser la causa de ansiedad, vinculada con aspectos como los académicos.

Como lo ha subrayado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008, 2018) es importante la salud mental, la cual implica un estado de bienestar físico, mental y social para las personas, las sociedades y los países; por ello, la prevención de los trastornos mentales es una prioridad de salud pública en el mundo.

La Asociación Psiquiátrica Americana (2002) definió la ansiedad como una respuesta emocional en beneficio de la supervivencia de los individuos, la cual puede llegar a ser excesivamente alta o poco adaptativa en diversas situaciones, y provocar alteraciones o desórdenes físicos y mentales. Se debe agregar que, la American Psychological Association (2015) caracteriza a la ansiedad como una emoción determinada por aprehensión y síntomas somáticos de tensión, en la que se anticipa un peligro, catástrofe o desgracia inminente, por lo tanto, es una respuesta de larga duración, ampliamente focalizada en una amenaza difusa o inexistente.

Al adentrarse en las definiciones existentes sobre ansiedad, se encuentra la ansiedad manifiesta, la cual Reynolds, Richmond y Lowe (2017) definieron como un síntoma/trastorno diferente, el cual generalmente es una reacción a la percepción de una amenaza o peligro, representa, por tanto, la protección del individuo. Sin embargo, también puede ser entendida como un estado de malestar psicofísico, que se caracteriza por un sentimiento de inquietud, inseguridad o malestar ante lo que se vive como una amenaza inminente e indefinida.

Los motivos que dan origen a la ansiedad son variados e incluyen entre otros, dudar de sí mismo, timidez, preocupación por satisfacer las expectativas y buscar aprobación, hablar en público, ruborizarse, sexualidad y conflictos de independencia (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002; Cárdenas, Fera, Palacios y de la Peña, 2010).

Resulta importante señalar que los niveles de ansiedad pueden llegar a tales extremos, que obstaculizan el desempeño de la persona, pudiendo manifestarse de diversas formas: a) fisiológica, como palpitations, taquicardia, sudoración; b) cognitiva, como cambios en el rendimiento académico, malas calificaciones, dificultades para concentrarse; o c) socioemocional, como desobediencia, agresión o irritabilidad. Un adulto emergente extremadamente ansioso, es más susceptible a la depresión y al suicidio que aquellos con un nivel bajo de ansiedad, por lo tanto, cualquier técnica de evaluación psicológica debe ofrecer una comprensión amplia del individuo (Reynolds y Richmond, 2012).

A partir de lo anterior, es clara la importancia de la evaluación psicológica, la cual constituye un proceso continuo, que busca obtener información cuantitativa y cualitativa de los individuos, para la toma de decisiones sobre ellos. Existen diversos tipos de evaluaciones, entre ellas la evaluación focalizada, la cual implica una valoración detallada de un área o aspecto específico; para ello, el psicólogo dispone de cuatro métodos generales: las entrevistas, la observación, las pruebas con referencia a la norma y los instrumentos informales.

El objetivo general de la presente investigación fue evaluar la presencia de ansiedad manifiesta en estudiantes de 3º, 5º y 7º semestre, inscritos en una licenciatura de Psicología de una universidad pública, ubicada al oriente de la Ciudad de México. Para facilitar su análisis, el trabajo se dividió en seis capítulos. En el Capítulo 1, se aborda el marco teórico y conceptual acerca de la evaluación de la ansiedad en la adultez emergente, mismo que se divide en cuatro apartados: 1) se incluyen los principales aspectos que caracterizan a la adultez emergente, como etapa inicial de la adultez temprana, incluidas sus características físicas, cognoscitivas y psicoemocionales, así como las bases de las relaciones íntimas más importantes para los jóvenes durante este período; 2) se aborda a fondo el concepto de ansiedad, además se presentan varias clasificaciones, sus causas, consecuencias, factores de riesgo y de protección vinculados, así como las políticas públicas existentes en México para favorecer la salud mental de la población; 3) aborda la evaluación psicológica, desde el concepto, tipos y métodos que pueden emplearse para la misma; y finalmente 4) se revisa la evaluación psicológica de la ansiedad durante la etapa de la adultez emergente/temprana mencionando diversos instrumentos enfocados en la medición y evaluación de la ansiedad, así como datos estadísticos aportados a nivel

nacional e internacional y trabajos de investigación que documentan instrumentos empleados para la medición de la ansiedad.

En el Capítulo 2, se detalla el planteamiento del problema y los objetivos general y específicos del estudio realizado que se presenta en el Capítulo 3, con respecto a la evaluación de la ansiedad manifiesta en universitarios al oriente de la CdMx. En este capítulo 3, se abordan tanto las cuestiones metodológicas desde caracterizar el contexto y escenario, los participantes, los instrumentos empleados y el procedimiento seguido para la obtención y análisis de los resultados. Los Capítulos 4, 5 y 6 abordan respectivamente tanto la discusión de los resultados, las conclusiones del trabajo de tesis como las referencias de los materiales citados.



## **Evaluación de la ansiedad en la adultez emergente: marco teórico y conceptual**

Al hablar sobre el desarrollo de la vida, podemos notar que las primeras etapas, desde el nacimiento a la adolescencia, están directamente relacionadas con la edad cronológica (Cánovas & Amador, 2007), lo que llevó a investigadores, como Freud, Erickson o Vygotsky, a formular los estadios del desarrollo. Sin embargo, cuando hablamos de adultez, esta relación cronológica se vuelve superflua; de acuerdo con Santrock (2014) la transición de la adolescencia a la adultez comienza con el proceso de madurez de la pubertad, mientras que para Shaffer y Kipp (2007) dicha transición está determinada por normas y experiencias culturales donde el individuo comienza a trabajar y es razonablemente independiente de los padres. Es decir, socialmente los adolescentes llegan a la adultez cuando logran una estabilidad económica o una independencia de los padres, después de graduarse, casarse, o de encontrar un buen trabajo (Papalia, Feldman & Martorell, 2012). No obstante, el momento en el que se desarrollan estos eventos varía según el lugar geográfico y la época. Por ejemplo, en México, legalmente se considera a un joven como adulto cuando cumple los 18 años y obtiene derecho de votar, mientras que en Estados Unidos este privilegio se asume a partir de los 21 años.

Varios autores coinciden en que la industrialización ha afectado notablemente la transición de la juventud a la adultez, pues la revolución tecnológica ha convertido en un objetivo cada vez más indispensable la educación superior o la capacitación especializada (Cánovas & Amador, 2007; Papalia et al., 2012; Santrock, 2014). No hay acuerdo entre los autores respecto a la edad exacta en la que comienza la adultez. Para Shaffer y Kipp (2007) y Papalia, Feldman y Martorell (2012) la adultez temprana o la adultez joven abarca el periodo entre los 20 y 40 años, periodo que incluye a la adultez emergente.

### **Adultez emergente: primera etapa de la adultez temprana**

#### **Concepto.**

La etapa del ciclo vital, que va de los 18 - 19 años hasta los 25 - 29, se denomina adultez emergente (Papalia et al., 2012). Para Santrock (2014) la adultez emergente ocurre de los 18 a los 25 años. En correspondencia con los mismos Papalia et al. y Santrock, esta etapa se caracteriza por ser una época de posibilidades, donde los jóvenes ya no son adolescentes, pero aún no cumplen con las reglas o normas que rigen a los adultos; es una etapa en la que se experimenta y se tiene una oportunidad de probar nuevas y

diferentes formas de vida. A continuación, se incluyen las características más importantes del adulto emergente en las tres áreas del desarrollo; sin embargo, en la bibliografía existente sus particularidades, en mucho son englobadas en la adultez temprana.

### **Desarrollo físico y sexual.**

Durante la adultez emergente, se establece el origen del funcionamiento físico para toda la vida del individuo. La salud puede verse influida por los genes, pero los factores conductuales como la alimentación, la actividad física, el ciclo del sueño o el consumo de sustancias, afectan de manera significativa al estado de salud y de bienestar (Papalia et al., 2012). Por otro lado, muchos de los problemas de salud de esta etapa son un reflejo de los problemas que se presentaron durante la adolescencia (Santrock, 2014).

Las habilidades físicas y sensoriales por lo general son excelentes durante esta época, sin embargo, de acuerdo con Papalia et al. (2012) los accidentes se vuelve la causa principal de muerte; así mismo, el abuso de tabaco y el alcoholismo son los trastornos por consumo de sustancias más comunes.

Referente a las cuestiones sexuales y reproductivas, el sexo no es tan necesario para la supervivencia del ser humano, como lo es la comida o el agua, pero sí resulta realmente importante para el mantenimiento de la especie (Santrock, 2014). De acuerdo con Papalia et al. (2012) casi todos los adultos jóvenes tienen relaciones sexuales antes del matrimonio, sin importar su orientación sexual, pues suelen tener más de una pareja; además el sexo casual es muy común, en especial en la época de la universidad. Acorde con los mismos Papalia et al. (2012) las personas que inician la actividad sexual durante la adultez emergente suelen involucrarse en menos conductas de riesgo que pueden dar lugar a infecciones de transmisión sexual o a embarazos no planeados; los condones son la forma de anticoncepción más utilizada durante este periodo.

No obstante, las enfermedades de transmisión sexual, los trastornos menstruales y la infertilidad son motivo de preocupación durante la adultez temprana, debido a que las enfermedades más comunes como gonorrea, sífilis, clamidia, herpes genital y VIH sida, son contraídas, principalmente, por vía sexual (Santrock, 2014). De acuerdo con la OMS (2019) cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual, de las cuales, se considera que, cada año unos 357 millones de personas contraen alguna de las siguientes enfermedades: clamidia (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones).

## **Desarrollo cognoscitivo.**

Para explicar las características de la cognición durante la juventud, algunos investigadores proponen formas diferentes que van más allá de las operaciones formales, estadio del desarrollo formulado por Piaget, el cual comienza entre los 11 y los 15 años (Papalia et al., 2012; Santrock, 2014; Shaffer & Kipp, 2007). Estos expertos presentan un nuevo estadio de desarrollo cognitivo que comienza durante la adultez emergente: el pensamiento posformal (Kramer, Kahlbaugh & Goldston, 1992 citado en Santrock, 2014; Labouvie-Vief, 2006 citado en Papalia et al., 2012); este pensamiento es cualitativamente diferente del pensamiento operacional formal, pues mientras que los adolescentes utilizan un pensamiento lógico, abstracto e idealista, los jóvenes se guían por un pensamiento reflexivo y realista que otorga prioridad a la lógica compleja, es decir, el pensamiento posformal el cual también involucra intuición y emoción, así como la comprensión de que las soluciones a los problemas deben ser realistas y comprender que los factores subjetivos pueden variar de una situación a otra.

Existen varios modelos del ciclo vital que explican el desarrollo cognoscitivo, en este caso, Papalia et al. (2012) mencionan dos que consideran lo más importantes; el primero es propuesto por Schaie (2000, citado en Papalia et al., 2012) el cual examina el desarrollo de los usos de la inteligencia dentro de un contexto social a partir de metas, las cuales pasan de la adquisición de información y habilidades (¿Qué necesito saber?) a la integración práctica de conocimiento y habilidades (¿Cómo debo usar mis conocimientos?) para una búsqueda de significado y propósito (¿Por qué debería saber?). El mismo Schaie dividió estas metas en siete etapas relacionadas con la edad: adquisitiva (niñez y adolescencia); de logro (adultez temprana); responsable y ejecutiva (adultez media); y de reorganización, reintegrativa y de creación del legado (adultez tardía).

El segundo modelo se llama Teoría Triárquica de la Inteligencia y fue propuesta por Sternberg (2004, citado en Papalia et al., 2012) en la cual, se identifican tres elementos o aspectos de la inteligencia: a) componencial, que refiere al aspecto analítico de la inteligencia, que determina con qué eficiencia se procesa la información, cómo resolver problemas, monitorear las soluciones y evaluar los resultados; b) experiencial, el cual es un aspecto creativo que decreta cómo se aproximan las personas a tareas nuevas o conocidas, además de que permite comparar la información nueva con la existente y así encontrar nuevas formas de unir los hechos o pensar de manera original; y c) contextual, remite al aspecto práctico, al cómo se relaciona la gente con su ambiente a la capacidad

para evaluar una situación y decidir qué hacer: adaptarse, cambiarla o salir de ella. De acuerdo con Sternberg (2004, citado en Papalia et al., 2012) todos poseemos esos tres tipos de capacidades en mayor o menor grado y durante la adultez, los elementos experiencial y contextual adquieren particular importancia.

De acuerdo con el modelo de Schaie (2000, citado en Papalia et al., 2012) podemos resaltar que, los adultos tempranos ya no adquieren el conocimiento en favor del conocimiento mismo, sino que lo utilizan para alcanzar metas o logros, como una carrera o formar una familia (Papalia et al., 2012). Otro rasgo de los adultos tempranos, que se destaca de la teoría de Sternberg (2004, citado en Papalia et al., 2012), es que el pensamiento original, así como la capacidad para evaluar una situación se convierten en características obligatorias al enfrentarse a las nuevas situaciones de vida como entrar a la universidad o comenzar una vida laboral.

Además de la inteligencia, autores como Santrock (2014) toman en cuenta factores como la creatividad, al distinguir una diferencia cognitiva entre adolescentes y adultos tempranos. De acuerdo con Santrock, la creatividad alcanza su máximo nivel en la edad adulta, normalmente después de los 40 años, para después comenzar a disminuir, sin embargo, esta disminución suele ser poco evidente, debido a que el vínculo entre creatividad y edad depende del campo de conocimiento específico de la persona, además, existen grandes diferencias individuales en lo que respecta a creatividad, durante la vida.

En la actualidad, muchos adultos emergentes asisten a instituciones que ofrecen carreras universitarias de dos o de cuatro años, además, existe una cantidad más elevada de mujeres que hombres que asisten a la universidad, en busca de grados avanzados, incluso en los campos que tradicionalmente eran dominados por los hombres; desgraciadamente, de los muchos estudiantes que ingresan a la universidad, son sólo unos cuantos los que obtienen un grado (Papalia et al., 2012).

Así mismo, muchos estudiantes de primer año se sienten abrumados por las exigencias de la universidad, debido a que es entre los 18 y 20 años, cuando los pensamientos sobre la trayectoria laboral se vuelven más serios; es en esta etapa cuando los adultos tempranos deben elegir una profesión, y resulta importante que los valores propios no choquen con la ocupación que se desea desempeñar (Santrock, 2014). De acuerdo con Perry (1970, citado en Papalia et al., 2012), el pensamiento de los estudiantes universitarios tiende a progresar de la rigidez a la flexibilidad y de allí a los compromisos libremente elegidos. Perry agregó que a medida que los universitarios empiezan a

encontrar una gran diversidad de ideas y puntos de vista, los asalta la incertidumbre, sin embargo, los jóvenes consideran esta etapa como temporal, para finalmente alcanzar un compromiso dentro del relativismo, es decir, elaboran sus propios juicios y eligen sus propias creencias y valores a pesar de la incertidumbre y el reconocimiento de otras posibilidades válidas (Papalia et al., 2012).

Es así, que al ingresar al mundo del trabajo (entre los 25 o 26 años, de acuerdo con Papalia et al., 2012) los adultos tempranos afrontan un escenario que cambia con rapidez, ya que la naturaleza del trabajo en la actualidad, es versátil y las condiciones laborales son cada vez más diversas e inestables; estos cambios demandan la necesidad de obtener una educación superior o capacitación; al mismo tiempo, la educación superior aumenta en gran medida las oportunidades de trabajo y los ingresos (Papalia et al., 2012). Sin embargo, para Santrock (2014) la ocupación laboral es un factor que define a los individuos de manera fundamental y que representa un aspecto esencial en su identidad; dicho lo anterior, los mismos Papalia et al. (2012) afirman que la transición al trabajo puede facilitarse al fortalecer la educación vocacional y sus conexiones con el trabajo.

### **Desarrollo psicosocial y emocional.**

La adultez emergente es una época de experimentación antes de asumir las funciones y responsabilidades adultas. Estas tareas tradicionales del desarrollo, como encontrar un trabajo estable y desarrollar relaciones románticas de largo plazo, llegan a posponerse hasta los treinta años o aun después (Papalia et al., 2012). El paso a la edad adulta es influido por factores como el género, habilidades académicas, primeras actitudes hacia la educación, expectativas al término de la adolescencia, clase social y desarrollo del yo (Papalia et al., 2012; Santrock, 2014).

El desarrollo de la identidad en la adultez emergente puede adoptar la forma de un recentramiento, la aparición gradual de una identidad adulta estable, de acuerdo con Santrock (2014) los veinte primeros años de vida son importantes a la hora de predecir la personalidad de un individuo durante la edad adulta, pero también resultan relevantes las experiencias que se producen en los años de adultez. Durante la etapa de la adultez emergente, la gente joven se libera de las presiones de establecer compromisos duraderos, prefieren abandonar el hogar familiar y mejorar su habilidad para mantener relaciones estrechas, pero autónomas, con sus padres (Papalia et al., 2012). A pesar de lo anterior, es más común que los adultos tempranos permanezcan en el hogar familiar, normalmente

por razones financieras, lo que puede complicar el establecimiento de las relaciones adultas con los padres.

En comparación con los adolescentes, los adultos tempranos muestran menos cambios de humor, son más responsables y presentan menos comportamientos arriesgados; en algunos casos el temperamento que se posee desde la niñez está relacionado con las dificultades de ajuste durante la juventud (Santrock, 2014). Papalia et al. (2012) mencionan que son cuatro los enfoques teóricos más importantes que hablan sobre el desarrollo de la personalidad adulta:

1. Los modelos de etapas normativas sostienen que los cambios sociales y emocionales que genera la edad, aparecen en periodos sucesivos, en ocasiones marcados por crisis, por ejemplo, según la teoría de Erikson (1968, citado en Papalia et al., 2012) los adultos tempranos transitan por la sexta etapa del desarrollo psicosocial que es la de intimidad frente al aislamiento, en la cual se espera que establezcan vínculos sólidos y duraderos con amigos, parejas románticas o bien, que encaren un posible sentido de aislamiento y ensimismamiento.
2. El modelo del momento de los eventos, que fue propuesto por Neugarten et al. (1987, citado en Papalia et al., 2012) el cual postula que en el desarrollo psicosocial de los adultos influyen la ocurrencia y el momento de eventos normativos de la vida, es decir, las experiencias comunes de la vida que ocurren en las épocas o edades acostumbradas; sin embargo, cuando la sociedad se vuelve menos consciente de la edad, el reloj social tiene menor significado.
3. El modelo de rasgos trata de encontrar la estabilidad o el cambio en los rasgos de personalidad, fue propuesto por Costa y McCrae (2006, citado en Papalia et al., 2012) el cual se organiza en cinco agrupamientos de rasgos relacionados que cambian durante la adultez temprana y, en alguna medida, durante toda la vida: a) neuroticismo (conjunto de seis rasgos o facetas, que indican inestabilidad emocional: ansiedad, hostilidad, depresión, autoconciencia, impulsividad y vulnerabilidad); b) extroversión (posee también seis facetas: cordialidad, ánimo gregario, asertividad, actividad, búsqueda de excitación y emociones positivas); c) apertura a la experiencia (personas que están dispuestas a probar nuevas cosas y adoptar nuevas ideas); d) escrupulosidad (individuos que hacen cosas como: ser competentes, ordenados, cumplidos, decididos y disciplinados); y e) agradabilidad

(personas que son fiables, francas, altruistas, obedientes, modestas e influenciables).

4. La investigación tipológica, que pretende completar y ampliar la investigación de los rasgos a través del examen de la personalidad como un todo funcional, fue iniciada por Block (2006, citado en Papalia et al., 2012) quien ha identificado tipos de personalidad que parecen persistir de la niñez a la adultez y que difieren en resiliencia y control del yo.

#### **Bases de las relaciones íntimas: vida, matrimonio y familia.**

De acuerdo con Papalia et al. (2012) y Santrock (2014) casi todos los adultos emergentes tienen amigos, pero cada vez tienen menos tiempo para ellos; las amistades de las mujeres son más íntimas, con una apertura personal más frecuente que las amistades entre los hombres, lo que da como resultado que estos amigos sean considerados parientes ficticios o familia psicológica. Los mismos Papalia et al., y Santrock manifiestan que los individuos buscan la intimidad en relaciones con pares y parejas románticas, con características similares a las propias; sin embargo, los criterios para determinar lo que resulta atractivo, varía entre las culturas y los momentos históricos, donde la autorrevelación así como la atracción física, son aspectos importantes de la intimidad durante la primera parte de una relación en esta etapa de la vida (Papalia et al., 2012; Santrock, 2014).

Para Santrock (2014) el amor entre los jóvenes se presenta de dos formas, la primera es el amor pasional, que se plantea cuando nos sentimos enamorados, e incluye elementos como pasión, sexualidad y una combinación de emociones positivas; la segunda es el amor afectuoso o de compañía, que suele hacerse más importante al tiempo que la pareja madura. Existe además otra teoría formulada por Sternberg (2006, citado en Papalia et al., 2012), conocida como la teoría triárquica del amor consumado, que puede representarse como un triángulo con tres aspectos fundamentales: a) intimidad, elemento emocional que incluye la autorrevelación, los sentimientos de afecto y la cercanía, lo que lleva al vínculo, la calidez y la confianza; b) pasión, elemento motivacional que se basa en impulsos internos que convierten la estimulación o atracción fisiológica en deseo sexual; y c) compromiso, elemento cognoscitivo base para tomar la decisión de amar y quedarse con el ser amado incluso cuando surgen problemas.

Una vez que el amor entre una pareja ha madurado o se consumado, los adultos tempranos deciden dar el siguiente paso hacia el matrimonio, sin embargo, en la

actualidad, más adultos posponen el matrimonio o nunca se casan, algunos de los motivos para no casarse son: oportunidades profesionales, viajes, libertad sexual y de estilo de vida, deseo de realización personal, autosuficiencia de la mujer, menor presión social para casarse, restricciones financieras, miedo al divorcio, dificultades para encontrar una pareja adecuada y carencia de oportunidades para convivir o falta de parejas disponibles (Papalia et al., 2012; Santrock, 2014). El retraso en la edad de casarse ha aumentado la cohabitación, la cual puede ser un matrimonio de prueba, casi indistinguible del matrimonio, aunque con relaciones menos estables que éste (Papalia et al., 2012).

Santrock (2014) menciona que existen seis etapas en el ciclo vital de la familia, sin embargo, asegura que este ciclo puede variar dependiendo del momento histórico o la cultura en la que se viva. Las etapas son:

- 1) Abandonar el hogar familiar: el adulto joven que vive solo. Etapa que se caracteriza por una aceptación emocional y económicamente responsable de uno mismo.
- 2) La unión de la familia a través del matrimonio: la nueva pareja. Momento donde surge un compromiso con una nueva estructura.
- 3) Ser padres y convertirse en una familia con hijos. Caracterizada por la aceptación de nuevos miembros en la estructura.
- 4) La familia con adolescentes. Donde surge un aumento de la flexibilidad en los límites familiares para incluir la independencia de los hijos y los temores de los padres.
- 5) La familia a mitad de la vida. Etapa caracterizada por la aceptación de un gran número de salidas y entradas en la estructura familiar.
- 6) La familia en la parte final de la vida. Que surge de la aceptación de los cambios de roles generacionales.

Finalmente, cuando una relación termina puede resultar traumático, para algunas personas el desenamoramiento, así como el divorcio, representa un proceso doloroso y emocionalmente muy intenso, por esto, la distancia emocional del excónyuge o expareja es una clave en el ajuste, empero muchas personas vuelven a casarse después de pocos años de haberse divorciado, aunque normalmente las nuevas nupcias suelen ser menos estables que el primer enlace (Papalia et al., 2012; Santrock, 2014).



Es claro a partir de lo revisado, que la etapa previa a la adultez temprana, esto es, la adultez emergente, se caracteriza por muchos cambios principalmente notorios en el ámbito psicosocial y emocional. El individuo tiene muchas nuevas vivencias y conocimientos que pueden llegar a ofuscarlo independientemente de que sea hombre o mujer, lo que puede volverlo propenso a presentar malestares como lo es la ansiedad; es por ello que, a continuación, se busca caracterizarla para identificar su importancia en la adultez.

## **Ansiedad**

### **Concepto.**

La salud es crucial para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008) e implica un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2018). La salud mental, de acuerdo con la OMS (2016) es un estado de bienestar en el cual: a) el individuo es consciente de sus propias capacidades; b) puede afrontar las tensiones normales de la vida; c) puede trabajar de forma productiva y fructífera; y d) es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Para la American Psychological Association (2015) la salud mental es un estado mental caracterizado por el bienestar emocional y ajuste comportamental adecuado, relativa ausencia de ansiedad y síntomas incapacitantes, donde el individuo tiene la capacidad para establecer relaciones constructivas y hacer frente a las demandas y estresores ordinarios de la vida. La prevención de los trastornos mentales es una prioridad de salud pública en el mundo (OMS, 2004; Yap, Martin & Jorm, 2018). La salud mental por lo general es buena en la adultez temprana, aunque ciertas condiciones, como la ansiedad, se vuelven más comunes (Papalia et al., 2012).

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (2002) la ansiedad es una reacción emocional normal para la supervivencia de los individuos la cual puede alcanzar niveles excesivamente altos o ser poco adaptativa en determinadas situaciones, lo que puede originar trastornos físicos y mentales. Hay que agregar que, la ansiedad es una emoción caracterizada por aprehensión y síntomas somáticos de tensión en la cual el individuo anticipa el peligro, catástrofe o desgracia inminente, por lo que es una respuesta de acción prolongada y orientada al futuro, centrada en gran medida en una amenaza difusa (American Psychological Association, 2015).

En este punto hay que diferenciar entre la sensibilidad a la ansiedad y el rasgo de ansiedad, constructos que predicen el riesgo hacia los trastornos de ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad, término acuñado por Reiss y McNally (1985 citado en Fernández, 2015) se considera como una variable de personalidad, que relaciona una serie de sensaciones con la ansiedad y progresa a un miedo desproporcionado, magnificando las sensaciones y temiendo lo peor ante síntomas físicos (taquicardia, dificultad respiratoria), cognitivos (creer que puede perder el control) y/o de carácter social (sentirse evaluado negativamente por los demás); en otras palabras, esta sensibilidad marca las diferencias entre individuos al momento de interpretar de una forma alarmista los síntomas y sensaciones físicos que provocan los estados de ansiedad, por lo que es considerada como causa de trastornos emocionales, de pánico o depresión (Fernández, 2015).

Por otro lado, la ansiedad considerada como rasgo, refiere a los rasgos como factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persistentemente en muchos tipos de situaciones diferentes (Eysenck & Eysenck, 1985 citado en Fernández, 2015); de ahí que la ansiedad rasgo es un estado de alerta asociado a una hiperactivación fisiológica y a su vez, a una reacción de valoración que un individuo hace generalmente ante situaciones ambiguas pero que son percibidas como amenazantes lo que desencadena celos, sobrecarga de pensamientos e hipervigilancia (Fernández, 2015).

De acuerdo con Wicks-Nelson y Allen (1997) existen diferencias en la terminología de la ansiedad rasgo, sin embargo, se ha llegado a un consenso respecto a su definición general. Los mismos Wicks-Nelson y Allen, la definen como un complejo patrón de tres tipos de reacciones/respuestas ante la percepción de una amenaza: motoras (salir corriendo, voz temblorosa, cerrar los ojos), fisiológicas (cambios de la frecuencia cardíaca, tensión muscular, molestias de estómago), y subjetivas (pensamientos de peligro o de falta de capacidad, imágenes de daños corporales). Además, la característica que más llama la atención de la ansiedad tiene que ver con su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín & Chorot, 1995 citado en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

### **Clasificación.**

Existen muchas y variadas clasificaciones de la ansiedad, algunas se basan en sus causas, otras se enfocan en sus consecuencias y otras clasifican a la ansiedad antes de ser un trastorno o cuando ya existe.

Sheehan (1982 citado en Sierra et al., 2003) diferencia la ansiedad en dos tipos: a) exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) la cual está vinculada a la ansiedad generalizada; y b) endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales) responsable de los ataques de pánico y de diversos cuadros fóbicos.

Otra clasificación psicológica de la ansiedad, la diferencia en términos de rasgo y estado, aunque la relación entre ambos es muy estrecha (Sierra et al., 2003):

- La ansiedad rasgo (personalidad neurótica) se caracteriza por la tendencia del individuo a responder de forma ansiosa a partir de que realiza una interpretación situacional-estimular donde predomina el peligro o la amenaza; puede presentarse durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones y existe gran variabilidad entre los individuos cuando la presentan, a partir de factores biológicos y aprendidos.
- La ansiedad como estado refiere a una fase emocional, transitoria y variable en intensidad y duración, que es vivenciada por la persona como patológica en un momento particular, y donde existe una activación autonómica y somática, y por una percepción consciente de tensión subjetiva. En la ansiedad estado, cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el individuo, aumenta la intensidad de la emoción independientemente del peligro real; mientras que cuando las mismas situaciones son valoradas como no amenazantes, baja la intensidad de la emoción, aunque exista un peligro real.

A partir de esta clasificación, y con base en que la ansiedad rasgo-estado tienen una relación estrecha, Reynolds, Richmond y Lowe (2017) proponen el concepto ansiedad manifiesta, la cual puede existir como un síntoma o como un trastorno distinto y en general, constituye una reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro por lo que su finalidad es la protección del individuo. Empero, también puede definirse como un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.

Por otra parte, de acuerdo con Vila (1984, citado en Sierra et al., 2003) cuando la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, momento en el que ya se habla de trastornos. En cuanto a los tipos de ansiedad cuando ésta ya constituye un trastorno, hay coincidencia

entre autores (American Psychiatric Association, 2014; Cárdenas, Fera, Palacios & De la Peña, 2010; OMS, 1994):

- Trastornos de ansiedad fóbica: como la agorafobia o fobias sociales, en la que la ansiedad se produce sólo ante ciertas situaciones bien definidas y no realmente peligrosas, donde el foco que origina la ansiedad es externo al individuo. Estas situaciones se controlan o evitan con miedo.
- Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica): donde la manifestación esencial son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se limitan a ninguna situación particular o a una serie de circunstancias y que son, por lo tanto, impredecibles.
- Trastorno de ansiedad generalizada: es considerada una "ansiedad libre flotante", al ser persistente, pero que no se limita ni predomina en ninguna circunstancia o ambiental particular.
- Trastorno de ansiedad por separación: el cual se caracteriza por sentir miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego.
- Mutismo selectivo: entendido como el fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- Trastorno mixto ansioso-depresivo: esta categoría se utiliza cuando se presentan ambos tipos de síntomas, de ansiedad y de depresión, pero donde ninguno de ellos predomina claramente.
- Otros trastornos mixtos: los cuales incluyen ansiedad y otros síntomas como trastornos neuróticos y los trastornos obsesivo-compulsivos.
- Trastorno de angustia: caracterizada por la aparición súbita e inesperada de varias crisis de angustia, seguidas de un periodo mínimo de un mes con ansiedad constante relacionada con el temor de que vuelva a presentarse la crisis y a las posibles consecuencias catastróficas de la misma, lo que ocasiona un cambio de comportamiento en la persona.
- Trastorno de Estrés Postraumático: es un trastorno de ansiedad que pueden sufrir niños hasta adultos, después de haber experimentado o haber sido testigos de un hecho traumático, un accidente, desastre natural o situación violenta, donde el

paciente reacciona con miedo e impotencia y continúa reviviendo esta sensación después de un mes o más, y trata de evitar todo aquello que se lo recuerde.

- Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado: esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. Se considera especificado, cuando se identifica el estímulo que genera los cuadros de ansiedad, mientras que se considera no especificado cuando el estímulo no puede ser identificado con certeza.

### **Factores vinculados: de riesgo y de protección.**

El origen de la ansiedad es diverso; entre los *factores de riesgo* que en la bibliografía se señala que pueden contribuir a su presencia, se encuentran los individuales, sociales e institucionales.

Entre los aspectos individuales, se incluyen: a) sexo, edad y nivel socioeconómico (Bragado, Bersabé & Carrasco, 1999), sobre todo ser mujer (Alonso et al., 2004; Arrieta, Díaz & González, 2014; Balanza, Morales & Guerrero, 2009; Pavez, Mena & Vera-Villaruel, 2012); b) dudar de sí mismos, timidez, preocupación excesiva por satisfacer las expectativas de otros buscando su aprobación, hablar en público, ruborizarse, consolidación de la identidad, sexualidad, conflictos de independencia (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002; Cárdenas et al., 2010); c) obesidad (Santrock, 2014); d) nivel intelectual bajo (Alonso et al., 2004; Arrieta et al., 2014; Bragado et al., 1999); e) problemas durante el nacimiento, miedo a ser maltratado, medicación diaria (Bragado et al., 1999); f) desadaptación al entorno más cercano, ya sea escolar, familiar o laboral (Arrieta et al., 2014; Balanza et al., 2009); g) consumo de alcohol o drogas (Arrieta et al., 2014; Balanza et al., 2009; Bragado et al., 1999; Papalia et al., 2012); h) falta de redes de apoyo, recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico, falta de tiempo de descanso (Arrieta et al., 2014); i) asistir irregularmente al tratamiento, abandonarlo o rechazarlo (Fernández-Arias, Bernaldo-de-Quirós, Labrador, Estupiñá & Labrador-Méndez, 2018); j) depresión pasada o actual (Fernández-Arias et al., 2018; Pavez et al., 2012).

Entre los factores sociales, están: a) estructura familiar (Bragado et al., 1999); b) ser mujer y ser parte de una familia rehecha (Bragado et al., 1999; Londoño et al., 2010); c) tener padres con problemas emocionales (Arrieta et al., 2014; Balanza et al., 2009;

Bragado et al., 1999); d) alcoholismo parental (Alonso et al., 2004; Bragado et al., 1999); e) crisis de pareja, separación o divorcio y en general, conflictividad familiar e intergeneracional (Arrieta et al., 2014; Balanza et al., 2009); f) preocupación por la familia o muerte de un ser querido (Alonso et al., 2004; Arrieta et al., 2014; Bragado et al., 1999); g) no vivir con la familia durante el curso o carrera (Balanza et al., 2009); h) desempleo y/o problemas económicos (Arrieta et al., 2014; Londoño et al., 2010); e i) estresores psicosociales y ambientales, como problemas relativos al grupo primario y al ambiente social (Londoño et al., 2010).

Los factores de riesgo institucionales incluyen aspectos como: a) existencia de asignaturas pendientes de cursos anteriores (Balanza et al., 2009) y en general, dificultades académicas o educativas (Alonso et al., 2004; Arrieta et al., 2014; Bragado et al., 1999; Londoño et al., 2010); b) estresores laborales, legales y de acceso a los servicios de salud (Londoño et al., 2010); y c) prolongación innecesaria o terminación prematura del tratamiento debido a ineficacia o comorbilidad (Fernández-Arias et al., 2018).

Existen otros factores, que protegen al individuo de la presencia de ansiedad y promueven la salud mental y el bienestar (Pavez et al., 2012). Entre los *factores de protección* se mencionan también a los individuales, sociales e institucionales. Entre los individuales, están: a) ejercicio físico moderado o intenso (Santrock, 2014); b) rápida adaptación y habilidades de solución de problemas (Balanza et al., 2009; Papalia et al., 2012); c) inclinación por competir (Williams & Galliher, 2006 citado en Londoño et al., 2010); d) afrontamiento eficaz de las transiciones y eventos de la vida (Balanza et al., 2009); e) ser o sentirse feliz y el optimismo (Pavez et al., 2012); y f) mayor ingreso y educación formal (Papalia et al., 2012).

Los factores de protección a nivel social incluyen: a) relaciones sociales positivas, en especial en el matrimonio (Arrieta et al., 2014; Papalia et al., 2012; Williams & Galliher, 2006 citado en Londoño et al., 2010) y la amistad con compañeros y profesores (Balanza et al., 2009); y b) apoyo de la familia y vivir cerca o con los padres (Balanza et al., 2009; Papalia et al., 2012; Williams & Galliher, 2006 citado en Londoño et al., 2010). Entre los institucionales, está la existencia de políticas públicas de salud mental y acciones para promoverla máxime para los grupos vulnerables (OMS, 2004, 2008, 2018).

Los mencionados factores de riesgo y protección, documentados en relación con la ansiedad, tienen diversas consecuencias en el individuo, por lo que resulta importante su conocimiento e identificación.

## **Consecuencias.**

En la bibliografía se han descrito múltiples consecuencias que trae consigo la ansiedad, mismas que se incluyen en diversos rubros y clasificaciones. Para Cárdenas, Fera, Palacios y De la Peña (2010), Reynolds y Richmond (2012), Rodríguez-Sacristán (2002) y Tomás y Almenara (2008) las manifestaciones de la ansiedad pueden ser fisiológicas (e.g. palpitaciones, taquicardia, sudoración), cognitivas (e.g. cambios importantes en el rendimiento académico, malas calificaciones, dificultades para concentrarse y atender) y socioemocionales (e.g. desobediencia, agresión persistente, conducta provocativa, irritabilidad, aislamiento y búsqueda de actividades lúdicas solitarias). Por otra parte, para el Hospital San Juan Capestrano (2019) los efectos de la ansiedad prolongada, sin recibir una intervención terapéutica, pueden ser desde externos y sociales (e.g. pérdida del empleo; dependencia, adicción, abuso o uso de sustancias nocivas; presencia de conductas autolesivas; disminución en la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales; divorcio; aislamiento social), hasta internos y emocionales (e.g. fracaso académico; incapacidad para tener un buen desempeño laboral; ideas y/o intentos suicidas).

Para Cárdenas et al. (2010) la ansiedad puede dar origen a un trastorno mental; sus consecuencias, cuando ya representa un trastorno, también han sido documentadas en la literatura. De acuerdo con la clasificación propuesta en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014; OMS, 1994) cada trastorno de ansiedad está acompañado de una serie de afecciones, que si no se controlan a tiempo pueden afectar la salud mental, física y emocional del individuo. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad por separación trae consigo malestar y preocupación excesiva por perder a alguna figura de apego o por la posibilidad de sufrir un acontecimiento adverso (perderse, ser raptado, sufrir un accidente), además existe un rechazo a salir de casa o dormir fuera de ella, existe miedo de quedarse solo, se sufre de pesadillas, mientras que surgen manifestaciones físicas como dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, y/o vómitos.

Otro ejemplo es el trastorno de pánico, se caracteriza por causar manifestaciones como palpitaciones, golpeteo o aceleración del corazón o frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo), desrealización (sensación de irrealidad) o

despersonalización (separarse de uno mismo), miedo a perder el control o de “volverse loco”, miedo a morir (American Psychiatric Association, 2014; OMS, 1994).

Por lo revisado, es claro que la ansiedad es una reacción emocional normal para la supervivencia y que tiene un carácter anticipatorio, pero cuando alcanza niveles muy altos o se mantiene durante mucho tiempo, puede llegar a afectar la salud física y mental de las personas originando diversas consecuencias fisiológicas, cognitivas y socioemocionales. De ahí también, la necesidad de saber que hay diversas clasificaciones de la ansiedad, algunas basadas en las causas, otras en las consecuencias y otras más que la caracterizan como un trastorno. Conocer los factores de riesgo y de protección asociados con la ansiedad, que pueden existir a nivel individual, social e institucional contribuye a establecer las acciones necesarias para prevenirla o atenderla oportunamente. Todo ello, ha llevado a los gobiernos a generar formas de apoyar a su población, por lo que a continuación se incluyen diversas políticas existentes en nuestro país para ayudar a mejorar la salud pública y mental de los mexicanos.

#### **Políticas públicas en México.**

En México los estatutos que se vinculan con la ansiedad se encuentran fundamentalmente en el área de la salud. Por ello, se incluyen a continuación, diversas políticas que consideran a la salud mental, como un aspecto básico que se debe promover entre la población. Como primer punto, hay que aclarar que para la Ley General de Salud (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2017a, p. 1) la salud mental se define como el “estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los diferentes aspectos del desarrollo humano (cognoscitivos, afectivos y conductuales), y en última instancia el desarrollo óptimo de sus aptitudes individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.

A partir de ello, entre tales políticas públicas se encuentran:

1. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2017a) en el artículo 4° se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
2. En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Gobierno de la República, 2014) se establece cuidar el desarrollo integral en todas las etapas del desarrollo humano, especialmente en salud, alimentación y educación, por lo que se plantean realizar acciones para fortalecer la prevención, atención y promoción de la salud mental y



así adquirir conductas saludables, a partir de sembrar estas actitudes y conductas dentro y fuera del ámbito familiar, especialmente en escuelas de educación básica.

3. En la Ley General de Salud (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2017b) se reglamenta, el derecho a la protección de la salud que se establece en el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2017a). En cuanto a la salud mental se subraya la atención y prevención de los trastornos mentales, apoyándose del diagnóstico, conservación y mejoramiento en salud, para identificar sus causas y otros métodos de prevención, así como del control multidisciplinario que conlleva. Para la promoción y la atención de la salud mental de quienes presentan trastornos mentales y del comportamiento, se suscita: una evaluación diagnóstica y tratamientos integrales; actividades educativas, socioculturales y recreativas, prioritariamente a grupos vulnerables; investigación multidisciplinaria; y detección en niños y jóvenes.
4. En la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2017c) se incluyen derechos de niñas, niños y jóvenes vinculadas con la salud:
  - Vivir en condiciones de bienestar, un sano desarrollo integral y protección de su salud.
  - Vivir en un medio ambiente apropiado para un crecimiento saludable (e.g. físico, mental y social).
  - Disfrutar de salud, recibir servicios médicos y psicológicos para prevenir, proteger y restaurar su salud.
5. En el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (Secretaría de Gobierno, 2019) el gobierno federal afirma realizar acciones necesarias para garantizar que todos los habitantes de México reciban atención médica y hospitalaria gratuita, mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar. Además, se busca favorecer la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inclusión en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva.

Se concluye que, en México, existen diversas políticas públicas que buscan establecer los preceptos para garantizar entre otros aspectos, la salud de la población en

todas las etapas del desarrollo, y en específico la atención y prevención de los trastornos mentales y la atención y promoción de la salud mental. Existen leyes para la atención de niñas, niños y adolescentes, pero no reglamentaciones específicas para la adultez. Se destaca también, el valor de la evaluación diagnóstica para la atención de la salud mental; de ahí, que los especialistas de la salud deben saber cómo determinar si una persona vive con ansiedad o con alguna(s) de sus consecuencias, así como los factores que contribuyen a su presencia o que protegen al individuo. Es en este punto, donde la evaluación psicológica cobra importancia.

## **Evaluación Psicológica**

### **Concepto.**

A lo largo de la historia, desde el surgimiento de la Psicología, se habla de evaluación como aquella acción de aplicar o realizar test o instrumentos con el fin de evaluar los comportamientos de las personas (Fernández, 2007). Por esto, se ha generado una confusión entre los conceptos utilizados en este campo, entre ellos el de evaluación y el de valoración. Muchos autores utilizan estos conceptos por igual para referirse a la importancia y diversidad de las tareas evaluativas que realizan los psicólogos en los distintos contextos aplicados; sin embargo, Fernández (2007) ha hecho una distinción entre los dos conceptos comúnmente más utilizados (valoración y evaluación), a partir de sus términos etimológicamente idénticos en español: evaluación y valoración.

Para la American Psychological Association (2015) y Fernández (2007) el término valoración (*evaluation*) es un examen cuidadoso y general que se realiza para determinar el valor, provecho social o atractivo, referido a objetos (puestos de trabajo, tratamientos, programas de intervención, instrumentos o técnicas terapéuticas), con el objetivo de determinar su éxito o el logro de los objetivos definidos. Para la misma Asociación Psicológica Americana y para Fernández, el término evaluación (*assessment*), implica juicios de bondad, calidad, riqueza, importancia o valor de algo o alguien; el término aplicado a la investigación refiere a un proceso sistemático para obtener información acerca de los participantes, que se utiliza para hacer inferencias o juicios acerca de ellos; desde un contexto clínico, este proceso es conocido como evaluación psicológica (Aragón & Silva, 2002).

Para Aragón y Silva (2002) la evaluación psicológica es el principio de toda acción terapéutica; es una actitud humana de relación y exploración que, al realizarla de manera óptima, permite la ejecución de una correcta intervención, por lo que es una herramienta

importante, no sólo para los psicólogos, sino para quienes se dedican a la enseñanza, la pedagogía, la medicina, y todas aquellas carreras del área de la salud social y personal. Queda claro que, cualquiera que sea el objetivo o el contexto de evaluación, deben ser requeridos y aplicados una serie de dispositivos de medida o análisis en los que se basen los juicios emitidos o resultados. De acuerdo con Fernández (2007) en la evaluación psicológica existen distintos modelos, que han surgido a lo largo de la historia, y que dan lugar a las diferentes alternativas conceptuales y metodológicas para llevar a cabo una correcta evaluación.

### **Áreas de evaluación.**

La evaluación psicológica, en el área del desarrollo humano, estudia los procesos de cambio y estabilidad en todos los ámbitos (o aspectos) del desarrollo y en todas las etapas del ciclo vital (Papalia et al., 2012). Esta evaluación se realiza a partir de tres ámbitos principales: físico, cognoscitivo y psicosocial: a) el proceso de crecimiento del cuerpo y el cerebro, que incluye los cambios de las capacidades sensoriales, las habilidades motrices y la salud, son parte del ámbito o desarrollo físico del individuo; b) la pauta de cambio en los procesos mentales, como aprendizaje, atención, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad, constituyen el desarrollo cognoscitivo; y c) el cambio en las emociones, la personalidad y las relaciones sociales, son consecuencia del desarrollo psicosocial (Santrock, 2014). Estos ámbitos son parte del ser humano desde que nace, hasta que muere, y a pesar de que se intentan estudiar de manera separada, son áreas interrelacionadas, es decir, cada aspecto de una afecta directamente a las demás.

### **Tipos de evaluación.**

Por su parte, Sattler (2012), menciona que existen diversos tipos de evaluaciones, las cuales incluyen las siguientes:

- Exploratoria: valoración breve que se realiza con la intención de identificar individuos que se encuentren en riesgo de desarrollar ciertos trastornos o discapacidades, que son candidatos para programas, o que requieren de una evaluación más general.
- Focalizada: valoración detallada de un área específica del funcionamiento.
- Diagnóstica: valoración detallada de las fortalezas y debilidades de la persona en diversas áreas (cognitivo, académico, lingüístico, conductual, emocional y social).

- De orientación y rehabilitación: se enfoca en las capacidades de adaptación al realizar las responsabilidades cotidianas y llevarlas a cabo de manera exitosa.
- De valoración de progreso: se enfoca en el progreso del individuo a lo largo del tiempo. Se utiliza para valorar los cambios del desarrollo, habilidades o capacidades.
- Para la solución de problemas: se enfoca en problemas específicos, en una serie de pasos que van de la identificación del problema, al análisis de éste, la intervención y la evaluación de resultados.

### **Métodos de evaluación.**

Como se mencionó anteriormente, cada modelo de evaluación maneja un método específico para la realización de la evaluación; para Sattler (2012) los cuatro pilares de la evaluación son:

- Medidas con referencia a la norma. Son aquellas pruebas estandarizadas mediante un grupo definido, denominado grupo normativo (conjunto de individuos representativos en cuanto a características como edad, sexo, origen étnico, nivel socioeconómico o región geográfica). Su propósito es realizar una comparación justa y equitativa entre sujetos al proporcionar puntuaciones cuantitativas objetivas.
- Entrevistas. Las entrevistas no estructuradas o semiestructuradas son menos rígidas que las pruebas formales; permiten que los entrevistados comuniquen información en sus propias palabras y que los entrevistadores planteen preguntas en sus propias palabras. Son importantes para obtener información relevante de la persona y sus familiares o personas más allegadas, además permiten la observación directa de las habilidades de interacción social, lenguaje y comunicación del paciente. Existen tres tipos de entrevistas: 1) no estructuradas son abiertas y no tienen una finalidad específica; 2) semiestructuradas incluyen una lista de preguntas, el enfoque de esta se puede cambiar según sea necesario; y 3) estructuradas que proporcionan una lista rígida, pero amplia.
- Observaciones conductuales. Brindan información valiosa, cuando se realizan de manera objetiva a largo de la evaluación formal, así como dentro del entorno natural de la persona a la que se evalúa.

- Procedimientos informales de evaluación. Estos instrumentos son de especial utilidad para el desarrollo de intervenciones e incluyen: pruebas con referencia al criterio; muestras de lenguaje escrito; capacidad de lectura; expedientes escolares; historial médico; documentos personales; registros de automonitoreo; role-playing; cuestionarios de datos personales o antecedentes; informes de trabajo social. Es posible utilizar uno o dos de estos procedimientos o desarrollar los propios, sin embargo, se deben utilizar con cautela los que se desconozca o sean cuestionables en su confiabilidad o validez.

Por lo tanto, la evaluación psicológica se puede considerar como una competencia multi rasgo, ya que explora y analiza el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial de una persona o grupo con distintos objetivos (descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio, valoración); y además puede realizarse de manera multimétodo (Borja, 2004; Garaigordobil, 1998; Papalia et al., 2012; Sattler, 2012), lo que implica obtener información a partir de diversas fuentes, utilizar todos los métodos de evaluación, y evaluar las áreas del desarrollo.

Con base en lo señalado en este apartado, se afirma que la evaluación (assessment) es un proceso sistemático basado en juicios sobre algo o alguien, que, a partir de diversos métodos, busca identificar sus características en las áreas física, cognitiva y socioemocional en las diversas etapas del ciclo vital; esta evaluación, puede dar pauta a una intervención integral, dependiendo del tipo de evaluación que se realice. Dentro del ámbito socioemocional, y específicamente para realizar la evaluación psicológica de la ansiedad, se documenta la existencia de diversos métodos aplicados a adolescentes y a adultos.

### **Evaluación psicológica de la ansiedad en la adultez emergente/temprana: de los instrumentos a la investigación**

Un adulto emergente sumamente ansioso, tiene más probabilidades de presentar depresión y suicidio a diferencia de aquellos con un nivel bajo de ansiedad; por ello, cualquier técnica de evaluación en Psicología o en Educación, debe ofrecer una comprensión amplia del examinado (Reynolds & Richmond, 2012). A partir de la revisión bibliográfica, se presentan en la Tabla 1 diversos instrumentos formales enfocados en evaluar la ansiedad; de ellos, la población mexicana de validación incluye niños, adultos emergentes, adolescentes, universitarios. En dicha tabla, se excluyen aquellos instrumentos dirigidos a medir el estrés.

Tabla 1  
Instrumentos de evaluación de la ansiedad

Nombre	Autor/Fecha	Características	Población de validación	$\alpha$
Escala de reajuste social	Bruner, Hernández, Rodríguez y Robles (1994 citado en Calleja, 2011) basada en Holmes y Rahe (1967).	Mide la intensidad del ajuste y el tiempo que requiere una persona para adaptarse a un evento de la vida, sin importar si éste es deseable o no. 43 eventos de 0 a 1.00 (parámetro de reajuste: Matrimonio = .50).	422 estudiantes universitarios.	--
Escala de ansiedad	Cañizales (1994 citado en Calleja, 2011).	Evalúa las respuestas de nerviosismo o agitación asociadas comúnmente con un acontecimiento futuro. 24 afirmaciones (Casi nunca = 0 a Siempre = 4).	500 mujeres embarazadas entre los 13 y 43 años.	.80 y .83.
Escala de síntomas (SRT) [de malestar psicológico]	Mora, Natera y Andrade (1994 citado en Calleja, 2011) basada en Kellner y Sheffield (1973).	Explora la presencia de rasgos psicopatológicos y de síntomas somáticos, depresivos y de ansiedad en la población general. 27 síntomas (Nunca = 0, Algunas veces = 1 y A menudo = 2).	338 estudiantes, de educación media superior, sin problemas psiquiátricos.	.93
Escala de preocupación-emocionalidad	Valderrama, Fernández, Martínez y Zepeda (1994 citado en Calleja, 2011) basada en Morris (1981).	Evalúa los elementos cognoscitivos ante la ansiedad; los pensamientos de la persona ante alguna tensión. 9 afirmaciones de 1 a 5.	589 estudiantes de bachillerato: edad promedio de 16 años.	.81
Escala de ocurrencia del estrés	Córdoba (2000 citado en Calleja, 2011).	Evalúa la presencia de situaciones de la vida que significan daño, amenaza o desafío. 22 afirmaciones (Sí = 2 y No = 1).	897 personas; 219 eran farmacodependientes.	.60
Escala de percepción de los eventos estresantes	Córdoba (2000 citado en Calleja, 2011).	Mide la evaluación cognitiva de un evento estresante que realiza la persona y que le permite definir si una situación es amenazante para su bienestar. 22 afirmaciones (Nada = 1 a Mucho = 4).	897 personas; 219 eran farmacodependientes.	.60.
Cuestionario de ansiedad cognoscitivo-somática	Zanatta (2001 citado en Calleja, 2011) basado en Schwartz, Davidson y Goleman (1978).	Evalúa las alteraciones en el pensamiento que se presentan en situaciones que se perciben amenazantes. 14 afirmaciones (Nada = 1 a Bastante = 5).	566 alumnos de licenciatura en Psicología.	Subescalas .80 - .83.

Tabla 1  
Continuación

Nombre	Autor/Fecha	Características	Población de validación	$\alpha$
Listado de síntomas o efectos psicofisiológicos del estrés	Zanatta (2001 citado en Calleja, 2011) basado en Domínguez y Valderrama (1990).	Mide reacciones psicofisiológicas al estrés manifestadas en malestar físico. 30 síntomas (Poco = 1 a Frecuentemente = 3).	566 estudiantes de licenciatura en Psicología.	Subescalas .69 - .88
Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI)	Jurado (2002 citado en Calleja, 2011) basado en Donnell y McNally (1989) y Sandín, Chorot y McNally (1996).	Evalúa la sensibilidad a la ansiedad, considerada como una serie de síntomas que pueden generar resultados dañinos. 16 afirmaciones (Nada en absoluto = 0 a Muchísimo = 4).	1345 hombres y mujeres, adultos jóvenes, habitantes de la CdMx.	.87
Escala de ansiedad y depresión en el hospital (HAD)	Barriguete, Pérez, Vega, Barriguete y Rojo (2017) basada en Zigmond y Snaith (1983).	Evalúa la presencia y severidad de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes hospitalizadas por enfermedades diversas. 11 afirmaciones tipo Likert con 4 opciones de respuesta.	325 personas de 12 a 68 años.	.78
Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS R-2)	Mendoza, Rojas y Barrera (2017) basada en Reynold y Richmond (2012).	Diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en los niños y adolescentes. 37 reactivos dicotómicos, divididos en tres subescalas.	574 alumnos de primaria; 616 de secundaria. Entre 8 - 16 años.	.80
State and Trait Anxiety Inventory (STAI)	Nieto-Romero (2017) basado en Spielberger y Díaz-Guerrero (1975).	Enfocada a una autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad/estado) y como rasgo latente (Ansiedad/rasgo). 20 ítems para cada una; con 4 opciones de respuesta tipo Likert (0 = nada - 3 = mucho).	31 personas mayores de 15 años.	.80
Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Platas y Velasco (2017).	Evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad y los diferencia de los de depresión. 21 ítems con 4 opciones de respuesta tipo Likert (0 a 3).	857 estudiantes universitarios (18 - 30 años).	.83

Tabla 1  
Continuación

Nombre	Autor/Fecha	Características	Población de validación	$\alpha$
Escala de ansiedad manifiesta en adultos (AMAS)	Reynolds et al. (2017).	Evalúa el nivel de ansiedad en personas adultas. Incluye tres versiones autocalificables: AMAS-A (adultos tempranos hasta la mediana edad tardía). 36 reactivos dicotómicos. AMAS-C (estudiantes universitarios). 49 reactivos dicotómicos. AMAS-E (60 años o más). 44 reactivos dicotómicos.	1,466 personas de ciudades relevantes de 16 estados de México.	AMAS-A, $\alpha = .88$ AMAS-C, $\alpha = .89$ AMAS-E, $\alpha = .91$
Patient Health Questionnaire (PHQ-4)	Rodríguez, Domínguez, Leija, Ortiz y Carreño (2018) basado en Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe (2009).	Instrumento breve de cuatro reactivos: dos para evaluar ansiedad y dos para depresión. Escala de tipo Likert (0 a 3).	11 estudiantes universitarios de 18 a 28 años.	Percentiles 93.4% y 95.2%

Nota. -- : No se cuenta con el dato.  
Elaboración propia.

Además de los instrumentos formales presentados, en varias partes del mundo se han realizado investigaciones para evaluar la ansiedad; por ejemplo, en Europa, se realizó un estudio por Alonso et al. (2004) en Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España, con una muestra representativa y aleatoria de 21,425 habitantes, con edades de 18 años o mayores, que fueron entrevistados usando la versión revisada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, de la OMS (2000, citado en Alonso et al., 2004) entre enero de 2001 y agosto de 2003. A partir de los criterios del DMS IV, se reportaron dos trastornos mentales como los más comunes: depresión mayor y fobia específica. Además, en este mismo estudio, se identificó que 14% de los participantes había presentado trastornos emocionales, mientras el 13.6% trastorno de ansiedad.

Una investigación realizada en el Reino Unido (Bates, Dorian, Greig, Pickard & Saint, 2000) midió ansiedad y depresión en estudiantes de 2° año de Medicina utilizando la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) de Zigmond y Snaith (1983 citado en Bates et al., 2000). La prevalencia de ansiedad clínicamente significativa fue de 41,2% (37% en los hombres y 43,3% en las mujeres), y la prevalencia de depresión clínicamente significativa fue de 9,5% (9% en los hombres y 10% en las mujeres). Estos altos niveles



reflejaron la presión para tener éxito, el trabajo arduo, la competencia y las presiones financieras experimentadas por muchos estudiantes.

En otro estudio realizado en una universidad de Chile (Alvial et al., 2007) participaron 632 estudiantes de ambos sexos, con una edad promedio de 21 años. Se obtuvo mediante los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck, una prevalencia de 16,4% para el síndrome depresivo (22% en las mujeres y 10,6% en los hombres) y 23,7% para el síndrome ansioso (23,8% en las mujeres y 10,7% en los hombres), no existiendo diferencias significativas en función de la edad y el nivel de estudios.

En el año 2011, Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo, replicaron la investigación realizada por Alvira et al (2007) la cual tuvo como objetivo describir las variables ansiedad, depresión y apoyo social percibido en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. El estudio se llevó a cabo en dos momentos del semestre académico y se aplicaron a una muestra de 440 estudiantes, las escalas Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Snaith y Zigmond; así como la Duke University Functional Social Support (DU-FSS) de Broadhead, De Gruy, Gehlbach y Kaplan. Dávila et al. concluyeron que los estudiantes se encontraban considerablemente más ansiosos (45.9%) que deprimidos (9.9%), especialmente los de sexo femenino y aquellos que cursaban 3° y 4° año de la carrera.

En México, Castro y Carrillo (2008) aplicaron el GHQ (General Health Questionnaire) a 13,342 alumnos de 19,8 años en promedio y reportaron una prevalencia de 3,8% de sintomatología ansiosa y 2,1% de sintomatología depresiva; se agrega una correlación significativa, directa y moderada ( $r = .651, p < .01$ ) entre ambas variables. Así mismo, 65% de los casos con ansiedad reportó también sintomatología depresiva con alteraciones del sueño, ingesta, tristeza y melancolía.

Un aspecto que finalmente cabe abordar es el relativo a los datos estadísticos sobre ansiedad; a nivel mundial y para 2020, la OMS estimó que entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales, pero que estos no se diagnostican ni se tratan adecuadamente; añadió también a nivel mundial, que estos trastornos representan el 16% de las enfermedades y lesiones en las personas entre 10 y 19 años. Estos datos remiten a la importancia de realizar acciones de intervención, para reducir la presencia de estos trastornos en etapas del desarrollo posteriores.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) indicó que para 2015, se calculaba que el porcentaje de la población mundial con trastornos de ansiedad fue 3,6% y añadió que al igual que para la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres (4.6%) que en los hombres (2.6%). La OPS añadió que específicamente en la Región de las Américas, hasta 7.7% de las mujeres y 3.6% de los hombres, presentan trastornos de ansiedad. Otros datos del Instituto de Métrica y Evaluación en Salud (2015 citado en OPS, 2017) refieren a un aumento del 14.9% de personas en el mundo con trastornos de ansiedad entre los años 2005 y 2015; para este último año, existían 264 millones de individuos, que se atribuye al crecimiento y el envejecimiento de la población.

En México también para 2020, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, estimó que de las personas que presentan algún trastorno mental (15 millones), la mayoría son adultos jóvenes. También en el país y a partir de información publicada por Romero (octubre, 2016) según especialistas de la UNAM, 1 de cada 4 personas en el mundo ha presentado algún problema de salud mental durante su vida y agregan que, en el país, la gente que recibe apoyo psicológico cuando lo necesita no rebasa 20%. Para la Organización Mundial de la Salud (2011 citado en Romero, 2016) la infraestructura en México para la atención de los problemas mentales es insuficiente. Para Morales (citado en Romero, 2016) la discriminación que sufren personas con algún padecimiento mental “las puede llevar a no solicitar ayuda” y cuando llegan a recibir atención, los trastornos ya son graves y las dificultades sociales ya están presentes. De acuerdo con Méndez (abril, 2019), en México prevalecen estados de angustia y ansiedad que impiden actuar y desarrollar nuestras labores correctamente.

Como se expuso en este apartado, son diversos los métodos de evaluación que en la práctica se han empleado por los especialistas de la Salud y la Educación para identificar la ansiedad, en adultos emergentes o tempranos; métodos que buscan aportar información para la comprensión de la persona y de su contexto. Para evaluar la ansiedad, resultan importantes la entrevista, la observación, los instrumentos formales e informales. Han surgido muchos y diferentes instrumentos formales, con diferentes objetivos y parámetros de análisis. Desafortunadamente en el país, no hay una amplia gama de instrumentos que evalúen la ansiedad exclusivamente en la adultez emergente; cabe señalar, que muchos instrumentos validados están basados en otros diseñados fuera del país. A partir de las investigaciones incluidas en este apartado, se ha identificado que, durante la etapa de la

adulthood emergente, anxiety is more prevalent in women than in men. In general, official statistics at the national level more than international are scarce and refer primarily to people who have anxiety disorders as such, there is also the need to address anxiety before it becomes a disorder.

## Planteamiento del Problema

La salud es crucial para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países, de acuerdo con los organismos mundiales de salud. La etapa de la adultez emergente es considerada de transición (Santrock, 2014) porque se caracteriza por ser un periodo de experimentación y exploración en la búsqueda de una trayectoria profesional, de una identidad y de un nuevo o diferente estilo de vida. En esta etapa, se presenta la transición a la vida universitaria, la cual implica cambios y variados motivos de estrés y ansiedad, cuestiones que pueden afectar la salud mental del individuo. La salud mental es un estado mental de bienestar emocional y ajuste comportamental adecuado en el que el individuo puede afrontar tensiones normales de la vida, ya que es consciente de sus propias capacidades; es capaz de establecer relaciones constructivas y hacer frente a las demandas y estresores ordinarios de la vida (American Psychological Association, 2015; OMS, 2016). La salud mental por lo general es buena en la adultez temprana, aunque ciertas condiciones, como la ansiedad, se vuelven más comunes (Papalia et al., 2012).

La ansiedad es una emoción (American Psychological Association, 2015; Asociación Psiquiátrica Americana, 2002) caracterizada por presentar síntomas somáticos y de aprehensión, donde el individuo anticipa un peligro, catástrofe o desgracia inminente, por ello, es considerada una respuesta de acción prolongada y orientada al futuro que se centra en gran medida, en una amenaza difusa o muchas veces inexistente; ésta, puede alcanzar niveles excesivamente altos o ser poco adaptativa en determinadas situaciones, originando así trastornos físicos y mentales.

Dentro de su clasificación psicológica, se puede definir a la ansiedad en términos de rasgo o estado (Sierra et al., 2003). La ansiedad como rasgo indica una tendencia del individuo a responder de manera ansiosa a partir de la interpretación de una situación o estímulo donde predomina el peligro o amenaza; por otro lado, como estado, es una fase emocional, transitoria y de intensidad y duración variante; vivenciada por la persona como patológica en un momento específico y particular. Basados en esta clasificación, Reynolds et al. (2017) propusieron el concepto de ansiedad manifiesta, la cual se puede presentar como: a) síntoma/rasgo que implica una reacción emocional de una amenaza o peligro y que tiene la finalidad de proteger al individuo; o b) estado de malestar psicofísico que se caracteriza por una sensación de inquietud e intranquilidad ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.

Los factores de riesgo y de protección vinculados con la ansiedad, pueden ser catalogados en tres niveles: individual, social e institucional, mismos que pueden ayudar o perjudicar a las personas que la presenta. En la bibliografía se reportan, entre los factores de riesgo: sexo, edad, nivel socioeconómico, ser mujer, recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico, tener padres con problemas emocionales, problemas económicos, asignaturas pendientes de cursos anteriores, dificultades académicas, problemas relativos al grupo primario y al ambiente social, laboral y de salud (Alonso et al., 2004; Arrieta et al., 2014; Balanza et al., 2009; Bragado et al., 1999; Londoño et al., 2010; Pavez et al., 2012). Por otra parte, se encuentran entre los factores de protección: hacer ejercicio físico, tener una rápida adaptación y habilidades de solución de problemas, establecer adecuadas relaciones sociales, tener apoyo emocional de familiares y amigos, así como relacionarse de manera positiva con compañeros y profesores (Balanza et al., 2009; Papalia et al., 2012; Santrock, 2014; Williams & Galliher, 2006 citado en Londoño et al., 2010).

Las consecuencias de la ansiedad en el individuo son variadas, pueden presentarse de manera fisiológica, cognitiva y/o socioemocional (Cárdenas et al., 2010; Reynolds & Richmond, 2012; Rodríguez-Sacristán, 2002; Tomás & Almenara, 2008). Es por ello, que se han generado diversas políticas públicas que ayudan a manejar las situaciones de personas que presentan ansiedad; las políticas que se han establecido en México refieren al bienestar y a la salud mental y no, específicamente a la ansiedad (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2017a; Gobierno de la República, 2014). Por este motivo, se precisa evaluar la ansiedad antes de que afecte la vida y el funcionamiento de las personas. El psicólogo cuenta con diversos métodos: medidas con referencia a la norma; entrevistas; observaciones conductuales; y procedimientos informales de evaluación (Sattler, 2012). A lo largo de la historia y en diversos países, se han diseñado y validado instrumentos que evalúan la ansiedad; en México se han revalidado instrumentos extranjeros y desafortunadamente no hay una amplia gama de materiales que evalúen la ansiedad exclusivamente en la adultez emergente.

Por su parte, la investigación sobre ansiedad ha contribuido a establecer una visión más clara sobre los métodos de evaluación empleados con estudiantes universitarios, momento en que se destaca el uso de instrumentos formales con diferentes objetivos y parámetros de análisis. Sus hallazgos apuntan a la presencia de mayor ansiedad en la población femenina independientemente de la edad, y se resaltan las situaciones vinculadas con la escuela como factores generadores de ansiedad. Son escasas las

estadísticas oficiales sobre ansiedad reportadas tanto en México como a nivel internacional, se cuenta prioritariamente con las aportadas por organismos como la OMS y la OPS.

La identificación e intervención dirigida a problemas de salud mental como lo es la ansiedad y los factores relacionados con ella, son de vital importancia para promover la salud, educación integral y calidad de vida de los estudiantes como individuos y como profesionales en formación. Ello implica un gran reto para los profesionales que atienden adultos emergentes o tempranos, así como para las instituciones universitarias.

A partir de ello, el presente trabajo tuvo como objetivos:

### **Objetivo General**

Evaluar la presencia de ansiedad manifiesta en estudiantes de 3°, 5° y 7° semestres inscritos en una licenciatura de Psicología de una universidad pública ubicada al oriente de la Ciudad de México.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de los alumnos de 3°, 5° y 7° semestre.
- Determinar la categoría descriptiva en la que se ubica la ansiedad manifiesta total y por dimensiones, en alumnos de 3°, 5° y 7° semestre, a partir del sexo.
- Analizar la asociación entre las dimensiones de ansiedad manifiesta, en alumnos de 3°, 5° y 7° semestre a partir del sexo.
- Distinguir la asociación entre la ansiedad manifiesta total y sus dimensiones con el promedio escolar de los alumnos de 3°, 5° y 7° a partir del sexo.
- Comparar la ansiedad manifiesta de los alumnos de 3°, 5° y 7° semestre, a partir del sexo.

El diseño del estudio fue no experimental, de campo y transversal con un alcance correlacional y una metodología cuantitativa (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

# Evaluación de la ansiedad manifiesta en universitarios al oriente de la CdMx

## Método

### Contexto y Escenario

Se trabajó en una universidad pública al oriente de la Ciudad de México, ubicada en una zona urbana con un nivel de marginación medio-alto (Sistema de información del Desarrollo Social, 2018). En dicha institución se imparte educación a nivel licenciatura y posgrado; en licenciatura, cuenta con siete carreras de las áreas ciencias biológicas, químicas y de la salud y 12,042 estudiantes distribuidos en dichas carreras (Mendoza, 2018).

La licenciatura en Psicología pertenece al área de la salud y cuenta con 2,211 estudiantes de los cuales, 559 cursaban primer año y 1,652 del 2° al 4° año (Mendoza, 2018); de estos últimos, hay 420 alumnos en las áreas social, clínica y educativa respectivamente y en la del trabajo y las organizaciones, están inscritos 360 estudiantes (comunicación personal, 8 de mayo, 2017).

### Participantes

La muestra estuvo constituida por 216 estudiantes regulares, quienes participaron de manera voluntaria: 50% eran hombres y 50% mujeres, con una edad promedio de 20 años ( $_{edad}M = 20.54$ ,  $DE = 1.380$ ,  $Rango = 18 - 24$ ). Estos alumnos, constituían el 10% de la población inscrita en 2018 y el 19.3% de los alumnos de reingreso regulares (Mendoza, 2018). La muestra total se dividió en tres grupos (Grupo 1: alumnos de 3°; Grupo 2: incluyó a los de 5° y Grupo 3: los de 7°), cada uno con 72 alumnos (50% hombres y 50% mujeres).

Los criterios de inclusión fueron: tener entre 18 y 24 años, ser estudiantes de la carrera de Psicología, cursar 3°, 5° o 7° semestre y ser alumnos regulares. No se consideró la participación de estudiantes de otros semestres, pasantes o egresados de Psicología u otra carrera.

El muestreo fue a través de un procedimiento no probabilístico accidental de grupos preestablecidos (Kerlinger & Lee, 2002).

## Variables

### 1. Ansiedad Manifiesta

- *Definición conceptual:* puede existir ya sea como un síntoma o como un trastorno distinto. Constituye una reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro y su finalidad es la protección del individuo. Empero, también puede definirse como un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida (Reynolds et al., 2017).
- *Definición operacional:* respuestas del participante a todos los reactivos de la escala de Ansiedad Manifiesta, formato autocalificable C (Reynolds et al., 2017).

## Instrumentos

Los instrumentos utilizados, fueron:

1. *Cuestionario informal* (9 reactivos: 4 cerrados y 5 abiertos) para identificar aspectos académicos (promedio, semestre inscrito, ¿debes materias?) y laborales (¿trabajas actualmente?, días y horas de trabajo a la semana) que pueden vincularse con la ansiedad. Incluye además una pregunta abierta para identificar tres aspectos escolares que causen mayor ansiedad.
2. *Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS)* de Reynolds et al. (2017) (Tabla 1). En este estudio, se utilizó la versión autocalificable *AMAS-C*, la cual está orientada hacia la detección y evaluación de la ansiedad manifiesta en estudiantes universitarios. En la validez de constructo de este instrumento para población mexicana, participaron 477 estudiantes (248 mujeres y 229 varones;  $edad M = 21.5$ ) de educación superior pública y privada en 16 estados del país (zonas norte, noreste, noroeste, occidente y oriente-sur); posee un alfa de Cronbach de .81 (Reynolds et al., 2017).

El instrumento incluye: un formato básico de datos de identificación (nombre, fecha, edad y sexo); instrucciones; 49 reactivos dicotómicos (1 = sí, 0 = no); así como una hoja de perfil con instrucciones para la conversión de puntuaciones naturales a puntuaciones T, así como los percentiles que corresponden a las puntuaciones naturales. Su aplicación puede ser individual o en grupo.



Los reactivos, están divididos en 5 dimensiones, las 4 primeras están enfocadas en identificar la presencia de ansiedad (Reynolds et al., 2017):

- *Ansiedad ante los exámenes* (15 reactivos,  $\alpha = .82$ ): evalúa la ansiedad que se asocia con pruebas, responder exámenes y evaluación del desempeño; detecta niveles debilitantes de estrés y desgastes improductivos en quienes sufren ansiedad al enfrentar evaluaciones.
- *Inquietud/hipersensibilidad* (IHS), cuenta con un  $\alpha = .79$ , constituida por 12 reactivos. Describe una preocupación o nerviosismo excesivo o una hipersensibilidad al estrés.
- *Preocupaciones sociales/estrés* (SOC), (7 reactivos,  $\alpha = .67$ ). Mide la ansiedad y el estrés asociado con las preocupaciones acerca del punto de vista de los demás, de las actividades sociales y las de la vida cotidiana.
- *Ansiedad fisiológica* (FIS), (8 reactivos,  $\alpha = .75$ ). Evalúa las respuestas físicas a la internalización de las ansiedades de una persona.

La última dimensión de esta escala es la siguiente (Reynolds et al., 2017):

- *Mentira* (7 reactivos,  $\alpha = .68$ ). Detecta la distorsión intencional o el sesgo de las respuestas de la persona a partir de la deseabilidad social, lo que puede deberse también, a: una perspectiva exagerada o imprecisa de sí mismo; una necesidad exagerada de aprobación y aceptación; las demandas internas o externas de conservar estándares elevados poco realista; sentimientos de rechazo social; ingenuidad hacia cuestiones psicológicas; o una falta de comprensión.
3. *Bitácora*. Se utilizó por el aplicador, para organizar y tener presente la información, registrar anotaciones y avances de la investigación; entre las notas, las más destacadas fueron, las descripciones de los participantes, así como el contexto escolar al momento de aplicar los instrumentos. También se registraron otros datos que se consideraron relevantes como los recordatorios sobre citas escolares con los profesores para pedir su consentimiento, previo a la aplicación, y aquellos materiales necesarios para trabajar.

## **Procedimiento**

Se decidió no solicitar el nombre del participante en los datos de identificación del AMAS-C, con el fin de asegurar su anonimato y que las respuestas fueran más genuinas. A partir de que en este instrumento se recaban solamente datos de identificación básicos (nombre, fecha, edad y sexo), se elaboró el Cuestionario informal sobre aspectos académicos y laborales, el cual se aplicó primero.

Para la aplicación de los instrumentos, se contactó a los docentes a cargo de diversos grupos y materias de los semestres 3°, 5° y 7°, con el objetivo de lograr su consentimiento informado; para ello, se les mostró los formatos a utilizar, se les explicó la finalidad del trabajo, el tiempo aproximado de aplicación, y el anonimato de los datos. Todos consintieron en colaborar y se acordó con ellos las fechas y horas para la aplicación. En total, se contactó a 11 docentes responsables (en alguna materia), de 10 grupos de turnos matutino y vespertino (3 de 3° semestre, 4 de 5° semestre y 3 de 7° semestre).

La aplicación se llevó a cabo de manera grupal, durante el semestre 2019-1, dentro de aulas de clase de grupos completos y de secciones, con la presencia o no del docente, pero siempre a partir de sus indicaciones. Al inicio con cada grupo, el aplicador se presentó con los alumnos, les aclaró que la participación era voluntaria, que la información era anónima, que los datos se utilizarían con fines de investigación, que no había respuestas buenas ni malas y se les pidió que contestaran de forma sincera. Posterior a la obtención de los datos académicos y laborales, se explicaron las instrucciones del AMAS-C, las cuales señalaban que se debían leer los reactivos cuidadosamente para después encerrar en un círculo la respuesta (sí o no) que más se asemejara a sus pensamientos y sentimientos. El aplicador atendió las dudas de los participantes y al término de la aplicación, se revisó cada cuestionario para asegurar que no quedaran reactivos sin contestar; finalmente se agradeció la participación de los alumnos y la colaboración del docente. El tiempo de aplicación fue aproximadamente de 15 a 30 minutos por grupo. La aplicación se realizó a todos los alumnos sin importar si eran regulares o irregulares.

Se elaboró una base de datos con el programa SPSS, Ver. 22 con la finalidad de vaciar la información de los alumnos participantes y analizar los resultados. Para caracterizar a cada uno de los Grupos 1, 2, y 3 (análisis intragrupo): a) se identificaron sus datos sociodemográficos; y b) se determinó la categoría descriptiva en la que se ubicaba la Ansiedad Manifiesta total y por dimensiones, tanto del grupo completo como por sexo. Además, se obtuvieron correlaciones de Pearson de los grupos por semestre para

identificar la existencia de asociaciones significativas entre las dimensiones de Ansiedad Manifiesta. Posteriormente y también por grupo, se realizó una correlación de Pearson entre la Ansiedad Manifiesta Total y sus dimensiones con el promedio escolar de los alumnos. Finalmente, se utilizó la prueba ANOVA para comparar la Ansiedad total entre los Grupos 1, 2 y 3; y la prueba *t student* para muestras independientes con N iguales, para identificar las diferencias a partir del sexo.

## Resultados

### a) Caracterización de los grupos

La muestra total se dividió en tres grupos (3°, 5°, 7° semestre) cada uno conformado por 72 alumnos (50% de hombres y 50% de mujeres). La distribución de las variables sociodemográficas se muestra a continuación:

- Grupo 1: constituido por alumnos que cursaban 3° semestre con una edad media de 19.60 años ( $edadDE = 1.22$ , Rango = 18 - 24) y con una media de 9.15 en su promedio escolar actual ( $promedioDE = .45$ , Rango = 8.1 - 10). Además, 19.4% de los alumnos indicó trabajar entre 1 y 6 días a la semana, en promedio 4.38 horas ( $horasDE = 10.08$ , Rango = 1 – 50). Las características de los participantes a partir del sexo se muestran en la Tabla 2:
  - Hombres: 36 alumnos con una edad promedio de 19.72 años ( $edadDE = 1.38$ , Rango = 18 - 24); promedio escolar de 9.11 ( $promedioDE = .43$ , Rango = 8.1 - 10); 25% tenía un trabajo remunerado que realizaba entre 1 – 6 días a la semana en promedio 6.42 horas ( $horasDE = 12.48$ , Rango = 1 – 50).
  - Mujeres: 36 alumnas con una edad promedio de 19.47 años ( $edadDE = 1.05$ , Rango = 18 - 23); promedio escolar de 9.19 ( $promedioDE = .46$ , Rango = 8.1 – 10); 13.9% afirmaron trabajar entre 2 – 3 días a la semana en promedio 2.33 horas ( $horasDE = 6.06$ , Rango = 11 – 30).
- Grupo 2: conformado por alumnos que cursaban 5° semestre con una edad media de 20.49 años ( $edadDE = 1.13$ , Rango = 19 - 24); contaban con una media de 8.85 en su promedio escolar actual ( $promedioDE = .36$ , Rango = 8.1 – 10); 23.6% indicó trabajar entre 1 y 6 días a la semana, en promedio 4.78 horas ( $horasDE = 10.56$ , Rango = 1 – 50). A partir del sexo, se presentan las características de los participantes (Tabla 2):
  - Hombres: 36 alumnos con una media de edad de 20.39 años ( $edadDE = 1.20$ , Rango = 19 - 24); promedio escolar de 8.83 ( $promedioDE = .36$ , Rango = 8.1 – 9.5); y 22.2% mencionó trabajar entre 1 – 6 días a la semana, 4.39 horas en promedio ( $horasDE = 9.72$ , Rango = 1 – 40).
  - Mujeres: 36 estudiantes, cuya edad promedio fue 20.58 años ( $edadDE = 1.07$ , Rango = 19 - 24); 8.87 como promedio escolar ( $promedioDE = .35$ , Rango = 8.1 –

10); 25% afirmó contar con un trabajo remunerado, entre 2 – 6 días a la semana, 5.17 horas semanales en promedio ( $_{horas}DE = 11.47$ , Rango = 1 – 50).

Tabla 2  
Caracterización Grupos 1 y 2: alumnos de 3° y 5° semestre

Variables sociodemográficas	Alumnos Semestre (%)					
	3°			5°		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Edad (años)						
18	5.6	5.6	5.6			
19	56.9	52.8	61.1	6.9	8.3	5.6
20	26.4	27.8	25	61.1	69.4	52.8
21	4.2	5.6	2.8	22.2	13.9	30.6
22				2.8		5.6
23	4.2	2.8	5.6			
24	2.8	5.6		6.9	8.3	5.6
Promedio escolar						
8.1 – 8.5	16.7	19.4	13.9	29.2	33.3	25
8.6 – 9.0	22.2	25	19.4	36.1	33.4	38.9
9.1 – 9.5	41.7	38.9	44.5	33.3	33.3	33.3
9.6 – 10	19.4	16.7	22.2	1.4		2.8
Trabajo remunerado						
No	80.6	75	86.1	76.4	77.8	75
Si	19.4	25	13.9	23.6	22.5	25
Días que laboraban por semana						
1	2.8	5.6		1.4	2.8	
2	5.6	5.6	5.6	5.6	2.8	8.3
3	5.6	2.8	8.3	4.2	2.8	5.6
4				4.2	2.8	5.6
5	2.8	5.6		2.8	5.6	
6	2.8	5.6		5.6	5.6	5.6
Horas de trabajo semanal						
1 – 10	2.7	5.6		6.9	5.5	8.3
11 – 20	8.4	5.5	11.1	9.8	8.4	11.1
21 – 30	4.1	5.6	2.8	1.4	2.7	
31 – 40	2.8	5.5		2.7	5.6	
41 – 50	1.4	2.8		2.8		5.6

Nota. Elaboración propia.

- Grupo 3: integrado por alumnos que inscritos en 7° semestre con un promedio de edad de 21.50 años ( $_{edad}DE = .94$ , Rango = 20 - 24); promedio escolar de 9.14 ( $_{promedio}DE =$

.35, Rango = 7.6 – 10); 20.8% con un trabajo remunerado realizado entre 2 - 7 días a la semana, 5.56 horas en promedio ( $_{horas}DE = 12.37$ , Rango = 1 – 60). En la Tabla 3 se detallan los datos por sexo.

Tabla 3  
Caracterización Grupo 3: alumnos de 7° semestre

Variables sociodemográficas	Alumnos 7° Semestre (%)		
	Total	Hombres	Mujeres
Edad (años)			
20	6.9	5.6	8.3
21	55.6	58.3	52.8
22	23.6	19.4	27.8
23	8.3	11.1	5.6
24	5.6	5.6	5.6
Promedio escolar			
7.6 – 8.0	1.4	2.8	
8.1 – 8.5	9.7	8.3	11.1
8.6 – 9.0	34.7	50	19.5
9.1 – 9.5	47.3	30.6	63.8
9.6 – 10	6.9	8.3	5.6
Trabajo remunerado			
No	79.2	72.2	86.1
Si	20.8	27.8	13.9
Días que laboraban por semana			
2	5.6	5.6	5.6
3	2.8	2.8	2.8
4	1.4	2.8	
5	6.9	8.3	5.6
6	1.4	2.8	
7	2.8	5.6	
Horas de trabajo semanal			
1 – 10	1.4		2.8
11 – 20	8.3	8.4	8.3
21 – 30	6.9	10.8	2.8
31 – 40	1.4	2.8	
41 – 50	1.4	2.8	
51 – 60	1.4	2.8	

Nota. Elaboración propia.

- Hombres: 36 estudiantes con 21.53 años en promedio ( $_{edad}DE = .97$ , Rango = 20 - 24); 8.99 de promedio escolar ( $_{promedio}DE = .40$ , Rango = 7.6 - 10); 27.8% trabajaba entre 2 – 7 días a la semana, 8.67 horas en promedio ( $_{horas}DE = 15.79$ , Rango = 11 – 60).
- Mujeres: 36 participantes con 21.47 años en promedio ( $_{edad}DE = .94$ , Rango = 20 - 24); 9.09 de promedio escolar ( $_{promedio}DE = .30$ , Rango = 8.1 – 10); 13.9% afirmó trabajar entre 2 – 5 días a la semana, 2.44 horas en promedio ( $_{horas}DE = 6.42$ , Rango = 1 – 30).

## b) Ansiedad Manifiesta Total y por dimensión de cada grupo.

### Grupo 1 (3° semestre).

El valor de las medias de ansiedad total, obtenida por el grupo de tercer semestre en la escala del AMAS-C se muestran en la siguiente Tabla 4.

Al analizar la *Ansiedad Manifiesta Total* del Grupo 1, a partir de su Puntuación T se le ubicó en la categoría descriptiva de *Elevación leve*, lo que implica que el grupo estaba conformado por individuos adaptados a su entorno, aunque posiblemente excitables, quienes trataban de estar bien a pesar de ciertas inseguridades y que tendían a depender de la interpretación psicológica de sus problemas. Al hacer una evaluación a partir del sexo, se identificó a las mujeres con una Media y una Puntuación T mayor en relación con los hombres: las mujeres se ubicaron también en la categoría de *Ansiedad Total* con *Elevación leve*, mientras los hombres en la categoría *Típica/Esperada*, lo que remite a individuos típicos sin patrones anormales de estrés ni reacciones poco comunes.

Tabla 4  
*Ansiedad Manifiesta Total. Grupo 1 (3° Semestre)*

<i>M</i>	<i>DE</i>	Rango	Puntuación T	Categoría descriptiva (AMAS-C)
Grupo Completo				
19.57	8.95	3 – 40	56	Elevación leve
Hombres				
17.64	7.46	5 – 39	54	Esperada
Mujeres				
21.50	9.95	3 – 40	59	Elevación leve

*Nota.* Elaboración propia.

Las medias obtenidas por todo el grupo en todas las dimensiones de la escala puntuaron entre 3.0 y 7.47 (Tabla 5). Con base en la puntuación T, las categorías descriptivas para las dimensiones *Mentira*, *IHS*, *FIS* y *Examen*, se ubicaron en un nivel esperado ante la deseabilidad social, la aprobación y aceptación, por lo que sus respuestas eran consistentes con los niveles de preocupación que sentían ante la vida y la realización de un examen/prueba de evaluación, además sus respuestas físicas estaban acordes con la inquietud que experimentaban. Sin embargo y también a partir de la puntuación T, mostraron un nivel de *Elevación leve* en la dimensión *SOC*, esto es, vivían preocupados por el punto de vista de los demás sobre su apariencia y las actividades diarias que realizaban.

En la misma Tabla 5, se identifican los datos por sexo. El valor de las medias obtenidas, por los hombres puntuaron entre 3.03 y 6.81 y las de las mujeres entre 2.97 y 8.14. De acuerdo con las categorías descriptivas de las dimensiones de la AMAS, se encontró:

- Los hombres, al igual que el grupo en general, presentaron un nivel *Esperado* en las dimensiones *Mentira*, *IHS*, *FIS* y *Examen*, es decir que tenían un nivel adecuado ante la deseabilidad social y sus respuestas eran consistentes con los niveles de preocupación que sentían ante la vida y la realización de una prueba de evaluación, además estaban acordes sus respuestas físicas con la inquietud que experimentaban. Por otro lado, mostraron un nivel de *Elevación leve* en la dimensión *SOC*, lo que implica que vivían preocupados por como los veían los demás, sobre su apariencia y las actividades que realizaban.
- Así como los hombres, las mujeres presentaron un nivel *Esperado* de ansiedad en las dimensiones *Mentira* y *FIS*, lo cual indica que las expectativas sobre sí mismas, la aprobación y aceptación fueron acordes con la cantidad de afecciones fisiológicas ante la ansiedad. Por el contrario, mostraron una *Elevación leve* en las dimensiones de *IHS*, *SOC* y *Examen*, lo que indica: preocuparse con frecuencia por su apariencia y tareas diarias; inquietud que puede interferir en sus relaciones; y sentirse motivadas ante la realización de una prueba de evaluación o un examen.



Tabla 5  
*Puntajes obtenidos en las dimensiones de Ansiedad Manifiesta. Grupo 1 (3° semestre)*

Puntuación	Dimensiones de ansiedad manifiesta				
	Mentira	Inquietud/ hipersensibilidad (IHS)	Ansiedad fisiológica (FIS)	Preocupaciones sociales/ estrés (SOC)	Ansiedad ante exámenes (Examen)
Grupo Completo					
<i>M</i>	3.83	7.47	3.15	3.0	5.94
<i>DE</i>	1.79	2.94	2.49	1.69	4.10
T	54	53	53	58	53
CD	Esperada	Esperada	Esperada	Elevación leve	Esperada
Hombres					
<i>M</i>	4.17	6.81	3.08	3.03	4.72
<i>DE</i>	1.50	2.79	2.37	1.64	3.40
T	54	53	53	58	51
CD	Esperada	Esperada	Esperada	Elevación leve	Esperada
Mujeres					
<i>M</i>	3.50	8.14	3.22	2.97	7.17
<i>DE</i>	2.0	2.96	2.65	1.76	4.41
T	54	57	53	58	56
CD	Esperada	Elevación leve	Esperada	Elevación leve	Elevación leve

*Nota.* Elaboración propia. CD = Categoría descriptiva.

En cuanto a las asociaciones entre las dimensiones del AMAS (Tabla 6) se encontraron en el grupo completo, correlaciones positivas medias y débiles entre las siguientes dimensiones:

a) *Inquietud/hipersensibilidad* con:

- *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .613$ ,  $p \leq .01$ ).
- *Preocupación social/estrés* ( $r^2 = .562$ ,  $p \leq .01$ ).

- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .529, p \leq .01$ ).

Ello implica que, ante mayor inquietud y preocupaciones por las situaciones de la vida, mayor preocupación al responder una prueba que evalúe el desempeño y mayor afectación tanto en las relaciones personales como en las afecciones fisiológicas que presentaban.

b) *Preocupación social/estrés* con:

- *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .417, p \leq .01$ ).
- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .356, p \leq .01$ ).

Lo cual significa que los alumnos cuando sentían más ansiedad vinculada con sus relaciones personales también tenían más preocupación ante la realización de algún examen y más afecciones físicas.

c) *Ansiedad ante los exámenes* con *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .416, p \leq .01$ ), lo cual representa que, ante una mayor preocupación por realizar pruebas de evaluación, existen más molestias físicas.

Finalmente, se encontró una correlación significativa, negativa débil entre la dimensión de *Ansiedad ante los exámenes* con *Mentira* ( $r^2 = -.315, p \leq .01$ ) lo que conlleva que, ante una menor ansiedad al presentar un examen, existía una mayor ingenuidad y una perspectiva imprecisa en el grupo completo de alumnos.

A partir del sexo, se identificaron relaciones significativas entre algunas de las dimensiones de Ansiedad Manifiesta.

En los hombres existieron correlaciones significativas positivas medias entre:

a) *Inquietud/hipersensibilidad* con:

- *Preocupación social/estrés* ( $r^2 = .497, p \leq .01$ ).
- *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .457, p \leq .01$ ).

Ello implica que cuando los alumnos hombres presentaban mayor inquietud y preocupación ante la vida, existía mayor preocupación tanto para solucionar exámenes como por actividades y cuestiones interpersonales.

b) *Preocupación social/estrés* con *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .440, p \leq .01$ ).

Ello indica que, a mayor preocupación en actividades y cuestiones interpersonales de los varones, más preocupaciones tenían en relación con la realización de exámenes y pruebas de evaluación.

Tabla 6  
Correlación del grupo completo y a partir del sexo entre las dimensiones de Ansiedad Manifiesta. Grupo 1

Dimensiones	Mentira	IHS	FIS	SOC
Grupo Completo				
IHS	-.175			
FIS	.012	.529**		
SOC	-.074	.562**	.356**	
Examen	-.315**	.613**	.416**	.417**
Hombres				
IHS	-.183			
FIS	.180	.313		
SOC	-.002	.497**	.233	
Examen	-.225	.457**	.237	.440**
Mujeres				
IHS	-.108			
FIS	-.091	.725**		
SOC	-.133	.655**	.459**	
Examen	-.306	.685**	.560**	.448**

Nota: IHS = Inquietud/hipersensibilidad; FIS = Ansiedad fisiológica; SOC = Preocupaciones sociales/estrés; Examen = Ansiedad ante los exámenes.

\*\*  $p \leq .01$ . Elaboración propia.

En las mujeres, al igual que en los varones, hubo asociaciones positivas significativas medias entre *Inquietud/hipersensibilidad* con: *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .685$ ,  $p \leq .01$ ) y con *Preocupación social/estrés* ( $r^2 = .655$ ,  $p \leq .01$ ). En las mujeres, esta inquietud también se asoció de forma considerable con *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .725$ ,  $p \leq .01$ ), lo que significa que la preocupación ante la vida la manifestaban con afecciones fisiológicas comunes (músculos tensos, intranquilidad, nerviosismo, preocupación antes de dormir).

Así como en los alumnos, en las mujeres existió una relación media entre *Preocupación social/estrés* y *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .448$ ,  $p \leq .01$ ). Finalmente,

y a diferencia de los varones, en las alumnas hubo correlaciones significativas positivas medias entre *Ansiedad ante los exámenes* con *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .560$ ,  $p \leq .01$ ); y entre *Preocupación social/estrés* con *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .459$ ,  $p \leq .01$ ); lo que implica que las preocupaciones para solucionar exámenes y las relativas a las cuestiones interpersonales, se internalizaban generando respuestas físicas.

### Grupo 2 (5° semestre).

Cuando se realizó el análisis acerca de la *Ansiedad Manifiesta Total* del Grupo 2, a partir de su Puntuación T (Tabla 7) se le ubicó en la categoría descriptiva de *Ansiedad Esperada*, lo que comprende que el grupo estaba conformado por individuos típicos y sin patrones anormales de estrés ni reacciones poco comunes. Al hacer una evaluación por sexo, se identificó a los hombres en la misma categoría diagnóstica que el grupo completo. Las mujeres presentaron una Media y una Puntuación T mayor en relación con el grupo completo y con los hombres, ubicándose éstas en la categoría de *Ansiedad Total con Elevación leve*, lo que alude a alumnas adaptadas a su entorno, excitables, que trataban de estar bien a pesar de las inseguridades y que tendían a depender de la interpretación psicológica de sus problemas.

Tabla 7  
*Ansiedad Manifiesta Total. Grupo 2 (5° Semestre)*

<i>M</i>	<i>DE</i>	Rango	Puntuación T	Categoría descriptiva (AMAS-C)
		Grupo Completo		
18.44	7.62	2 – 37	54	Esperada
		Hombres		
16.50	7.39	2 – 32	53	Esperada
		Mujeres		
20.39	7.45	6 – 37	56	Elevación leve

*Nota.* Elaboración propia.

Al realizar el análisis por dimensiones, primero en relación con el grupo completo, se observó que las medias puntuaron entre 2.69 y 7.38 (Tabla 8); basado en las categorías descriptivas, el grupo presentó un nivel típico (*Esperado*) en las dimensiones de *Mentira*, *IHS*, *FIS* y *Examen* esto significa que presentaron un nivel esperado ante la deseabilidad social y la aprobación, además, de que sus respuestas eran consistentes con los niveles de preocupación que sentían ante la vida y la realización de un examen, así como sus

respuestas físicas estaban acordes con la inquietud que experimentaban. Sin embargo, mostraron un nivel de *Elevación leve* en la dimensión SOC, lo que quiere decir que vivían preocupados por el punto de vista de los demás sobre su apariencia y las actividades que realizaban.

Las medias obtenidas en todas las dimensiones de la escala por los hombres puntuaron entre 2.44 y 6.81 y las de las mujeres entre 2.75 y 7.94 (Tabla 8). Acorde con las categorías descriptivas de las dimensiones, se encontró:

Tabla 8  
*Puntajes obtenidos en las dimensiones de Ansiedad Manifiesta. Grupo 2 (5° semestre)*

Dimensiones de ansiedad manifiesta					
Puntuación	Mentira	Inquietud/ hipersensibilidad (IHS)	Ansiedad fisiológica (FIS)	Preocupaciones sociales / estrés (SOC)	Ansiedad ante exámenes (Examen)
Grupo Completo					
<i>M</i>	3.71	7.38	2.69	2.82	5.56
<i>DE</i>	1.76	2.78	2.51	1.72	3.62
T	54	53	53	58	53
CD	Esperada	Esperada	Esperada	Elevación leve	Esperada
Hombres					
<i>M</i>	4.08	6.81	2.44	2.89	4.36
<i>DE</i>	1.79	2.79	2.41	1.56	3.18
T	54	53	48	58	48
CD	Esperada	Esperada	Esperada	Elevación leve	Esperada
Mujeres					
<i>M</i>	3.33	7.94	2.94	2.75	6.75
<i>DE</i>	1.67	2.68	2.60	1.88	3.68
T	49	57	53	58	56
CD	Esperada	Elevación leve	Esperada	Elevación leve	Elevación leve

*Nota.* CD = Categoría descriptiva. Elaboración propia.

- Los hombres, al igual que el grupo completo, presentaron un nivel *Típico* en las dimensiones de *Mentira*, *IHS*, *FIS* y *Examen*; caso contrario, mostraron un nivel de *Elevación leve* en la dimensión *SOC*.
- Al igual que los hombres, las alumnas de este grupo presentaron un nivel *Esperado* de ansiedad en las dimensiones de *Mentira* y *FIS*; a diferencia de ellos, mostraron una *Elevación leve* en *IHS*, *SOC* y *Examen*.

Al realizar las correlaciones entre las dimensiones del grupo completo y por sexo, se encontró lo contenido en la Tabla 9. En cuanto al grupo completo, se identificaron correlaciones positivas medias y débiles entre las dimensiones:

Tabla 9  
Correlación del grupo completo y a partir del sexo entre las dimensiones de Ansiedad Manifiesta. Grupo 2

Dimensiones	Mentira	IHS	FIS	SOC
Grupo Completo				
IHS	-.023			
FIS	-.090	.622**		
SOC	-.050	.550**	.388**	
Examen	-.159	.366**	.183	.003
Hombres				
IHS	.043			
FIS	.070	.642**		
SOC	.136	.642**	.482**	
Examen	-.201	.442**	.086	.129
Mujeres				
IHS	-.002			
FIS	-.212	.596**		
SOC	-.235	.516**	.328	
Examen	.000	.218	.219	-.063

Nota: *IHS* = Inquietud/hipersensibilidad; *FIS* = Ansiedad fisiológica; *SOC* = Preocupaciones sociales/estrés; *Examen* = Ansiedad ante los exámenes.

\*\*  $p \leq .01$ . Elaboración propia.

a) *Inquietud/hipersensibilidad* con:

- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .622$ ,  $p \leq .01$ ).

- *Preocupación social/estrés* ( $r^2 = .550, p \leq .01$ ).
- *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .366, p \leq .01$ ).

Ello indica que los alumnos que se sentían muy preocupados ante los problemas de la vida también sentían una mayor cantidad de afecciones fisiológicas (nerviosismo, insomnio, músculos tensos), una mayor preocupación que podía afectar sus relaciones personales y a su vez mayor intranquilidad ante la idea de presentar alguna prueba de evaluación de su desempeño.

- b) *Preocupación social/estrés con Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .388, p \leq .01$ ): ante mayor inquietud y preocupación de los alumnos, que podía perjudicar sus relaciones personales más afecciones físicas presentaban.

Posteriormente, a partir del sexo se identificaron relaciones significativas entre algunas de las dimensiones de instrumento:

En el caso de los hombres (al igual que en el grupo completo) existieron correlaciones significativas positivas medias entre:

- a) *Inquietud/hipersensibilidad* con:

- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .642, p \leq .01$ ).
- *Preocupación social/estrés* ( $r^2 = .642, p \leq .01$ ).
- *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .442, p \leq .01$ ).

- b) *Preocupación social/estrés con Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .482, p \leq .01$ ).

Finalmente, en las mujeres, al igual que en los varones, hubo asociaciones positivas medias entre *Inquietud/hipersensibilidad* con: *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .596, p \leq .01$ ) y con *Preocupación social/estrés* ( $r^2 = .516, p \leq .01$ ).

### **Grupo 3 (7° semestre).**

La *Ansiedad Manifiesta Total* del Grupo 3, se ubicó en la categoría descriptiva de *Elevación leve* a partir de su Puntuación T (Tabla 10) lo que significa que el grupo estaba conformado por individuos adaptados a su entorno, aunque probablemente excitables, quienes trataban de estar bien a pesar de ciertas inseguridades y que tendían a depender de la interpretación psicológica de sus problemas. Al hacer una evaluación por sexo, se identificó a las mujeres con una Media y una Puntuación T mayor en relación con los

hombres, sin embargo, también tanto hombres como mujeres se ubicaron en la categoría de Ansiedad Total con *Elevación leve*.

Tabla 10  
*Ansiedad Manifiesta Total: Grupo 3 (7° Semestre)*

<i>M</i>	<i>DE</i>	Rango	T	Categoría descriptiva (AMAS-C)
		Grupo Completo		
20.15	9.25	2 – 41	56	Elevación leve
		Hombres		
19.58	8.57	5 – 40	55	Elevación leve
		Mujeres		
20.72	9.97	2 – 41	58	Elevación leve

*Nota:* Elaboración propia.

El análisis por dimensiones se presenta en la Tabla 11. Las medias de todas las dimensiones para el grupo completo estuvieron entre 3.04 y 7.40; con base en las categorías descriptivas de la escala, se identificó:

- a) Nivel *Esperado* en las dimensiones de *Mentira*, *IHS*, *FIS* y *Examen*, lo que implica que la deseabilidad social y la aprobación que presentaron está dentro de los estándares típicos; además, sus respuestas estaban equilibradas con los niveles de preocupación que sentían ante la vida y la realización de un examen, así como las respuestas fisiológicas que experimentaban ante la inquietud.
- b) Nivel de *Elevación leve* en la dimensión *SOC*, quiere decir que vivían preocupados por el punto de vista de los demás sobre su apariencia y las actividades que realizaban.

Las medias obtenidas por los hombres en todas las dimensiones de la escala puntuaron entre 3.06 y 7.11 y las de las mujeres puntuaron entre 3.03 y 7.69 (Tabla 11). Sin embargo, de acuerdo con las categorías descriptivas de las dimensiones del AMAS, se encontró:

- Los hombres presentaron un nivel típico (*Esperado*) en las dimensiones de *IHS*, *FIS* y *Examen*; sin embargo, mostraron un nivel de *Elevación leve* en la dimensión de *Mentira* y *SOC*.



- Por otro lado, las mujeres presentaron un nivel *Esperado* de ansiedad en las dimensiones de *Mentira* y *FIS* y una *Elevación leve* en las dimensiones de *IHS*, *SOC* y *Examen*.

Tabla 11  
Puntajes obtenidos en las dimensiones de Ansiedad Manifiesta: Grupo 3 (7° semestre)

Puntuación	Dimensión				
	Mentira	Inquietud/ hipersensibilidad (IHS)	Ansiedad fisiológica (FIS)	Preocupaciones sociales/ estrés (SOC)	Ansiedad ante exámenes (Examen)
Grupo Completo					
<i>M</i>	4.10	7.40	3.36	3.04	6.35
<i>DE</i>	1.52	2.99	2.51	1.93	3.93
<i>T</i>	54	53	53	58	53
<i>CD</i>	Esperada	Esperada	Esperada	Elevación leve	Esperada
Hombres					
<i>M</i>	4.58	7.11	3.42	3.06	6.0
<i>DE</i>	1.38	2.83	2.32	1.85	4.02
<i>T</i>	59	53	53	58	53
<i>CD</i>	Elevación leve	Esperada	Esperada	Elevación leve	Esperada
Mujeres					
<i>M</i>	3.61	7.69	3.31	3.03	6.69
<i>DE</i>	1.51	3.15	2.72	2.04	3.86
<i>T</i>	54	57	53	58	56
<i>CD</i>	Esperada	Elevación leve	Esperada	Elevación leve	Elevación leve

*Nota.* CD = Categoría descriptiva. Elaboración propia.

Al realizar las correlaciones correspondientes a todas las dimensiones del AMAS del grupo completo y por sexo (Tabla 12), se encontraron correlaciones positivas medias en:

a) *Inquietud/hipersensibilidad* con:

- *Preocupación social/estrés* ( $r^2 = .643, p \leq .01$ ).
- *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .589, p \leq .01$ ).
- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .565, p \leq .01$ ).

Ello indica que los alumnos que se sentían muy preocupados ante los problemas de la vida sentían también más preocupaciones que podían afectar sus relaciones interpersonales, más preocupación al presentar alguna prueba de evaluación de su desempeño y mayor cantidad de afecciones fisiológicas (e.g. nerviosismo, insomnio, músculos tensos).

b) *Preocupación social/estrés* con:

- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .578, p \leq .01$ ).
- *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .420, p \leq .01$ ).

Lo cual significa que cuando los alumnos sentían más ansiedad vinculada con sus relaciones personales, también tenían más afecciones físicas y más preocupación ante la realización de algún examen.

c) *Ansiedad ante los exámenes* con *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .473, p \leq .01$ ), por lo que, ante una mayor preocupación por realizar pruebas de evaluación, más molestias físicas presentaban.

En los hombres existieron correlaciones significativas positivas medias y débiles entre:

a) *Inquietud/hipersensibilidad* con:

- *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .584, p \leq .01$ ).
- *Preocupación social/estrés* ( $r^2 = .549, p \leq .01$ ).
- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .496, p \leq .01$ ).

b) *Preocupación social/estrés* con

- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .533, p \leq .01$ ).

c) *Ansiedad ante los exámenes* con

- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .330, p \leq .05$ ).

Tabla 12  
*Correlación del grupo completo y por sexo entre las dimensiones de Ansiedad Manifiesta. Grupo 3*

Dimensiones	Mentira	IHS	FIS	SOC
Grupo Completo				
IHS	-.136			
FIS	-.157	.565**		
SOC	-.025	.643**	.578**	
Examen	.006	.589**	.473**	.420**
Hombres				
IHS	-.090			
FIS	-.122	.496**		
SOC	-.080	.549**	.533**	
Examen	.010	.584**	.330*	.276
Mujeres				
IHS	-.127			
FIS	-.212	.627**		
SOC	.013	.727**	.613**	
Examen	.062	.591**	.612**	.561**

*Nota:* IHS = Inquietud/hipersensibilidad; FIS = Ansiedad fisiológica; SOC = Preocupaciones sociales/estrés; Examen = Ansiedad ante los exámenes.  
 \*\*  $p \leq .01$ , \*  $p \leq .05$ . Elaboración propia.

Las mujeres (al igual que el grupo completo), también presentaron asociaciones positivas significativas medias entre:

a) *Inquietud/hipersensibilidad* con:

- *Preocupación social/estrés* ( $r^2 = .727$ ,  $p \leq .01$ ).
- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .627$ ,  $p \leq .01$ ).
- *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .591$ ,  $p \leq .01$ ).

b) *Preocupación social/estrés* con:

- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .613$ ,  $p \leq .01$ ).
- *Ansiedad ante los exámenes* ( $r^2 = .561$ ,  $p \leq .01$ ).

c) *Ansiedad ante los exámenes* con

- *Ansiedad fisiológica* ( $r^2 = .612$ ,  $p \leq .01$ ).

Finalmente, en relación con el sexo, no existieron asociaciones significativas entre la *Ansiedad Manifiesta Total* y por dimensiones con el promedio escolar.

**c) Comparación de la ansiedad entre los grupos en relación con el sexo.**

A partir de los resultados arrojados por la prueba ANOVA, realizada en dos factores inter sujetos, no se encontraron diferencias significativas entre los alumnos de acuerdo con su sexo y el semestre que cursaban (Tabla 13); es decir, el nivel de ansiedad manifiesta que experimentaban los alumnos de 3° semestre no variaba en comparación con el nivel presentado por aquellos de 5° y 7° semestre de la carrera, sin importar si eran hombres o mujeres.

Tabla 13  
*Prueba ANOVA dos factores: semestre-sexo.*

Dimensión	F	Sig.
Ansiedad Manifiesta total	.615	.542
Mentira	.163	.850
IHS	.330	.719
FIS	.267	.766
SOC	.019	.982
Examen	1.245	.290

*Nota: IHS = Inquietud/hipersensibilidad; FIS = Ansiedad fisiológica; SOC = Preocupaciones sociales/estrés; Examen = Ansiedad ante los exámenes. \*  $p \leq .05$ . Elaboración propia.*

Cabe señalar que con la prueba ANOVA se compararon a los participantes primero con respecto a la variable semestre y posteriormente, al sexo; respecto al semestre, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. En cuanto al sexo y para corroborar las diferencias significativas identificadas con el ANOVA, se aplicó la prueba *t student*. A partir de los resultados obtenidos (Tabla 14), se encontró que en general las mujeres, presentaron puntajes significativamente mayores que los hombres en la *Ansiedad Manifiesta Total*, *Inquietud/Hipersensibilidad* y en la *Ansiedad ante los Exámenes*; mientras que los hombres obtuvieron un puntaje significativamente mayor que las mujeres en *Mentira*. En cuanto a la *Ansiedad Fisiológica* y *Preocupaciones sociales/estrés*, no hubo diferencias significativas.

Tabla 14  
*Diferencias por sexo en la ansiedad total y por dimensiones*

Dimensión	Media por sexo		<i>t</i>	Sig.
	Hombres	Mujeres		
Ansiedad Manifiesta Total	17.91	20.87	-2.556	.011*
Mentira	4.28	3.48	3.54	.000**
Inquietud/hipersensibilidad (IHS)	6.91	7.93	-2.623	.009**
Ansiedad fisiológica (FIS)	2.98	3.16	-.514	.608
Preocupaciones sociales/estrés (SOC)	2.99	2.92	.305	.761
Ansiedad ante los exámenes (Examen)	5.03	6.87	-3.6579	.000**

*Nota:* \*\*  $p \leq .01$ , \*  $p \leq .05$ . Elaboración propia.

Los resultados señalados, indican que las mujeres en cuanto a la ansiedad en general se enfocaban más en: a) las reacciones emocionales (p.e. inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego) ante la percepción de una amenaza o peligro; b) la preocupación o el nerviosismo en exceso, o ser hipersensibles al estrés; y c) la ansiedad asociada con pruebas, responder exámenes y/o evaluaciones de su desempeño y la tendencia a desgastarse de forma improductiva al enfrentar evaluaciones. Mientras tanto, los hombres tendían a centrarse más en distorsionar de manera intencional o a sesgar sus respuestas a partir de la deseabilidad social; ello, por cuestiones como aprobación, aceptación, demandas internas o externas.

Finalmente, eran similares los malestares que sentían los participantes, tanto hombres como mujeres, y las preocupaciones sobre lo que podían llegar a pensar las personas sobre las actividades que realizaban.

## Discusión

La ansiedad es un tema central en la vida de los estudiantes que puede interferir notablemente en cuestiones como la ejecución de sus tareas, rendimiento académico, relaciones interpersonales y estado de ánimo (Robles et al., 2008); de ahí la importancia de evaluar este constructo que afecta la salud mental de las personas y en específico, de los psicólogos en formación. La bibliografía en el país, acerca de la evaluación psicológica de la ansiedad en adultos tempranos es escasa; de ahí que la aportación del presente trabajo, es básicamente empírica, ya que buscó evaluar la presencia de ansiedad manifiesta en estudiantes universitarios (adultos tempranos) de diferentes semestres de una licenciatura de Psicología inscritos en una universidad pública al oriente de la Ciudad de México; además buscó identificar la existencia de diferencias entre alumnos tanto a partir del semestre cursado como del sexo.

Los resultados de esta investigación apuntan principalmente:

1. Grupo 1 (3° semestre):

- a) El grupo completo se ubicó en la categoría descriptiva de *Ansiedad Manifiesta Total*, con *Elevación leve*. Por sexo, las alumnas obtuvieron una media mayor de ansiedad en relación con la de los hombres, colocándose en la categoría descriptiva de *Elevación leve*, mientras que los hombres se ubicaron en la categoría *Esperada*.
- b) El análisis por dimensiones de ansiedad arrojó que el grupo completo obtuvo una puntuación *Elevada* únicamente en *Preocupaciones sociales/estrés*; en las otras dimensiones, se obtuvieron niveles esperados de ansiedad. El análisis por sexo mostró que tanto hombres como mujeres presentaron preocupación social leve; mientras que las mujeres obtuvieron, además, un nivel leve de *Inquietud/hipersensibilidad* y de *Ansiedad ante exámenes*.
- c) Resalta en los resultados del grupo completo, una relación negativa y significativa entre las dimensiones *Mentira* y *Ansiedad ante exámenes*. En cambio, según el análisis por sexo, en las mujeres existieron asociaciones positivas significativas entre *Ansiedad fisiológica* con *Inquietud/hipersensibilidad*, *Preocupaciones sociales/estrés* y *Ansiedad ante exámenes*; mientras en los hombres, hubo relaciones entre *Inquietud/hipersensibilidad* con *Preocupaciones sociales/estrés* y *Ansiedad ante exámenes*.

2. Grupo 2 (5° semestre):

- a) En *Ansiedad Manifiesta Total* el grupo completo se ubicó en la categoría *Esperada*. Los resultados por sexo en esta ansiedad total coincidieron con los del Grupo 1: los hombres presentaron una *Ansiedad Manifiesta Total* en el rango *Esperado* mientras que las alumnas puntuaron en el nivel de *Elevación leve* con una media más alta.
- b) Por dimensión, el grupo completo se encontró en la categoría de *Elevación leve* en *Preocupaciones sociales/estrés*, mientras que en el resto de las dimensiones puntuó en un nivel *Esperado*, lo que coincide con el Grupo 1. El análisis por sexo mostró los mismos resultados que para el Grupo 1.
- c) En el grupo completo y en el de hombres se encontraron asociaciones positivas significativas entre todas las dimensiones; en las mujeres sólo hubo asociaciones significativas entre la dimensión de *Inquietud/hipersensibilidad* con *Preocupaciones sociales/estrés* y *Ansiedad fisiológica*.

3. Grupo 3 (7° semestre):

- a. Al igual que en el Grupo 1, el puntaje que obtuvo el grupo completo de los alumnos de 7° semestre en *Ansiedad Manifiesta Total* fue de *Elevación leve*. Aunque hombres y mujeres presentaron leve ansiedad manifiesta total, ellas fueron quienes obtuvieron una media y un puntaje T mayor que el de los hombres.
- b. Al igual que los Grupos 1 y 2, el análisis por dimensión arrojó una puntuación de *Elevación leve* para el Grupo 3 completo, únicamente en la dimensión de *Preocupaciones sociales/estrés*; en las otras dimensiones también se coincidió con lo identificado en los otros dos grupos. En relación con el sexo, los varones mostraron ansiedad leve vinculada con las dimensiones de *Mentira* y *Preocupaciones sociales/estrés*; los resultados de las alumnas coinciden con lo encontrado en los grupos de 3°. y 5°.
- c. Para este grupo completo y para el grupo de las mujeres, existieron asociaciones positivas significativas entre todas las dimensiones de la escala enfocadas en evaluar ansiedad. Por el contrario, entre los hombres sólo hubo relaciones significativas entre *Inquietud/hipersensibilidad* con el resto de las dimensiones que miden la ansiedad y entre *Preocupaciones sociales/estrés* con *Ansiedad fisiológica*.

4. Cabe aclarar que al analizar las asociaciones entre *Ansiedad Manifiesta Total* y las dimensiones de la escala, no se encontraron correlaciones significativas con variables como edad, promedio escolar y semestre.
5. Con base en los resultados de la prueba ANOVA, se confirmó que entre los Grupos 1, 2 y 3 no existieron diferencias significativas en los puntajes obtenidos de ansiedad manifiesta a partir del semestre que cursaban.
6. Los resultados de la prueba *t student* corroboraron la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a partir del sexo, en las dimensiones de *Ansiedad Manifiesta Total*, *Mentira*, *Inquietud/hipersensibilidad* y *Ansiedad ante exámenes*; las mujeres obtuvieron un puntaje mayor al de los hombres, excepto en la dimensión *Mentira*.

Con respecto a los resultados de los tres grupos del presente estudio relativos a la *Ansiedad Manifiesta Total* (Puntos 1, 2 y 3), se encuentra que Medina-Mora et al. (2003) y Robles et al. (2008) han tratado de ofrecer una serie de explicaciones del motivo por el cual las mujeres suelen reportar un nivel más elevado de ansiedad que los hombres; una de ellas refiere a que estos suelen ocultar más sus emociones y sus miedos. Esto último puede vincularse con los resultados descritos del Grupo 3 (alumnos de 7° semestre), donde los varones presentaron un nivel más elevado en la dimensión de *Mentira* ( $M = 4.58$ ), en comparación con las mujeres ( $M = 3.61$ ), lo que implica de acuerdo con Reynolds et al. (2007) que tienden más a distorsionar intencionalmente sus respuestas a partir de lo aceptado socialmente.

Las puntuaciones elevadas identificadas en la dimensión *Preocupaciones sociales/estrés* en los grupos de 3°, 5° y 7° de este trabajo, apoyan los resultados aportados por Bates et al. (2000) quienes explicaron que los niveles de ansiedad elevados están relacionados con la presión para tener éxito, el trabajo arduo, y la competencia experimentada por muchos estudiantes. Así mismo, se coincide con los datos reportados por Robles et al. (2008) y Shirom (1986) quienes encontraron evidencia de que la ansiedad en los estudiantes se vincula con los temores relacionados con la evaluación de los otros acerca de las propias actividades sociales y vida cotidiana, lo que se presenta frecuentemente en forma de miedos a la valoración negativa.

Respecto a las asociaciones encontradas y señaladas para cada grupo, existieron resultados significativos entre todas las dimensiones de ansiedad; sin embargo, sólo en el grupo 1 (3° semestre) hubo una relación negativa entre la *Ansiedad ante los exámenes* y



la *Mentira*, lo que conlleva que, cuando el alumno percibía una menor ansiedad al llevar a cabo un examen o prueba de evaluación, existía una mayor distorsión intensional, ingenuidad y perspectiva imprecisa de ellos mismos en su contexto. Estos resultados tienen que ver con lo señalado por Robles et al. (2008) quienes afirmaron que la entrada a la universidad puede ser una experiencia excitante para muchos, aunque para otros suele representar problemas para transitar de un ambiente conocido a uno poco familiar y con altos estándares académicos.

En el presente trabajo y con respecto a que no se encontraron diferencias entre los grupos a partir del semestre cursado, es importante lo señalado por Cabas-Hoyos et al. (2019) quienes indicaron que los estudiantes aprenden a manejar la ansiedad a través de las experiencias y a medida que van avanzando en su vida académica; aprenden o desarrollan estrategias que forman parte de un estilo de afrontamiento ante situaciones específicas lo que es influido por la socialización tanto en hombres como en mujeres. Los mismos Cabas-Hoyos et al., reportaron que, aunque existen diferencias entre culturas, los hombres suelen emplear estrategias improductivas para enfrentar los sucesos, como reservarlo para sí, ignorar el problema o hacerse ilusiones sobre el mismo, lo que puede explicar en parte, los resultados del presente estudio.

Por otro lado, los hallazgos del presente estudio en cuanto a que la ansiedad se presenta sobre todo en las mujeres apoyan lo documentado por Alvial et al. (2007), Bates et al. (2000), Castro y Carrillo (2008) y Dávila et al. (2011). Se sostiene que las mujeres suelen presentar mayor ansiedad y preocupación o nerviosismo relacionados con: a) las preocupaciones acerca del punto de vista de los demás; b) responder exámenes o evaluaciones del desempeño; y c) internalizar las respuestas físicas como consecuencia de las ansiedades que viven. Estos hallazgos identificados en relación con el sexo son congruentes con los reportados en población mexicana por Caballo et al. (2016), Medina-Mora et al. (2003) y por Robles, Caballo, Salaza y el Equipo CISO-A México (2007 citado en Robles et al., 2008) quienes demostraron que los trastornos de ansiedad son más intensos y frecuentes en las mujeres que en los hombres, además de que las situaciones que provocan malestar son diferentes entre los sexos.

## Conclusiones

Se está de acuerdo con Cabas-Hoyos et al. (2019) en que la salud mental del individuo es determinada por múltiples factores clave, entre ellos los emocionales donde intervienen diversos procesos que se desarrollan durante la adolescencia y continúan durante la adultez emergente, etapas donde aumentan los sucesos que provocan tensión.

Los hallazgos del presente trabajo buscan concientizar acerca del alcance de identificar la ansiedad manifiesta en adultos emergentes, ya que es muy importante poder promover la salud, educación integral y una buena calidad de vida en los individuos; máxime en los psicólogos en formación, profesionales que más tarde se encargarán de la salud mental del resto de la población de nuestro país. De acuerdo con Reynolds y Richmond (2012) un adulto emergente sumamente ansioso, tiene más probabilidades de presentar depresión y suicidio a diferencia de aquellos con un bajo nivel de ansiedad. Por ello, es preciso evitar que la ansiedad influya en la formación del psicólogo y en los servicios que otorgue; y en que permanezca y se agudice en la edad adulta (Papalia et al., 2012; Sattler, 2012).

Hay que resaltar que, en esta investigación, se buscó realizarla de forma ética, sobre todo en cuestiones como mantener una actitud objetiva y de respeto hacia los participantes, lograr su consentimiento informado, así como un manejo adecuado de la confidencialidad sobre los datos recabados y los resultados obtenidos. Hay que señalar, además, que se realizó una evaluación focalizada para identificar ansiedad manifiesta a través de un instrumento formal validado con población mexicana y con adecuado nivel de confiabilidad: es claro además, que el instrumento AMAS-C, contribuyó a estimar el nivel general de ansiedad manifiesta de individuos en formación, ubicándolos en alguna categoría descriptiva a partir de sus puntuaciones, pero no en una subcategoría diagnóstica relacionada con la ansiedad (Reynolds & Richmond, 2012).

Para futuras investigaciones se recomienda: 1) evaluar la ansiedad no sólo con el reporte del propio individuo a un solo instrumento, en un sólo momento y contexto específico, sino complementar dicha evaluación con apoyo de otro(s) instrumento(s), no necesariamente una prueba estandarizada; 2) contar con una muestra representativa por sexo a partir de la población de estudiantes universitarios inscritos, lo que puede contribuir a la generalización de los hallazgos; 3) llevar a cabo evaluaciones y comparaciones con alumnos de otras carreras e instituciones pública y privadas; y 4) estudiar a la ansiedad en relación con otros constructos psicológicos, como el de afrontamiento, depresión, etc.

De acuerdo con Robles et al. (2008) el conocimiento de los factores psicosociales relacionados con la ansiedad de los jóvenes en la educación superior, es útil para llevar a cabo intervenciones preventivas y terapéuticas tempranas; por ello se precisa la intervención oportuna de la ansiedad basada en la evaluación (Yap et al., 2018): de una oportuna evaluación y manejo de la ansiedad dependerá la calidad de vida, desarrollo y desempeño del individuo, ya que ello puede llegar a afectar todos los ámbitos de su desarrollo (personal, familiar, escolar, profesional y social).

Se coincide con Czernik et al. (2005) en la necesidad de establecer programas preventivos para la evaluación y seguimiento de la ansiedad, elemento que influye en el bienestar y la salud mental de los estudiantes. De igual forma, se apoya lo señalado por Cárdenas et al. (2010) y Yap et al. (2018) en que: a) el tratamiento debe incluir tanto a la persona y al personal escolar; y b) debe basarse tanto en las características del individuo (edad, factores que generan la ansiedad, la severidad, los problemas que le ocasiona) como en el funcionamiento familiar.

## Referencias

- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Katz, S., Kessler, R., Kovess, V., Lépine, J., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh - Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist - Bouwman, M., Codony, M., Domingo - Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S., Martínez - Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. & Vollebergh, W. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the european study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 21-27. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, M., Cova, F., Hernández, M. & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000200001&script=sci\\_arttex t&lng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000200001&script=sci_arttex t&lng=en)
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Autor.
- American Psychological Association. (2015). *Dictionary of psychology*. USA: Author.
- Aragón, L. E. & Silva, A. (2008). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. Pax México.
- Arrieta, K., Díaz, S. & González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica Médica Familiar*. 7(1), 14-22. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV TR*. España: Elsevier Masson.
- Balanza, S., Morales, I. & Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), 177-187. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n2/v20n2a06.pdf>

- Barriguete, M. J., Pérez, B. A., Vega, M. R., Barriguete, C. P. & Rojo, M. L. (2017). Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 123-130. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232017000200123&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000200123&lng=es&tlng=es)
- Bates, L., Dorian, M., Greig, H., Pickard, M. & Saint, D. (2000). Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Medical Education*, 34(2), 148-150. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2923.2000.00491.x>
- Borja, L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23-43. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol7num4/Art3-2005-1.pdf>
- Bragado, C., Bersabé, R. & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72711415.pdf>
- Caballo, V. E., Salaza, I. C., Robles, R., Arias, B. & Irurti, M. J. (2016). Validación del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (caso) en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 33(1), 30-40. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243056043004.pdf>
- Cabas-Hoyos, K., Cabas-Manjarrés, M., De La Espriella, N., Germán-Ayala, N., Martínez-Burgos, L., Villamil-Benítez, I. & Uribe-Urzola, A. (2019). Relación entre ansiedad y afrontamiento en estudiantes más jóvenes de una universidad del Caribe colombiano. *Duazary*, 16(2), 239 – 250. doi:10.21676/2389783X.2956 Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7026812.pdf>
- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005*. México: UNAM. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>
- Cánovas, C. & Amador, J. P. (2007). En tránsito hacia la adultez: eventos en el curso de vida de los jóvenes en México. *Estudios demográficos y urbanos*, 22(1), 43-77. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/312/31222103.pdf>

- Cárdenas, E., Feria, M., Palacios, L. & de la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. Recuperado de [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40579737/trastornos\\_de\\_ansiedad.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40579737/trastornos_de_ansiedad.pdf)
- Castro, A. & Carrillo, I. (2008). Convergencia entre ansiedad y depresión en universitarios. Universidad Autónoma de Juárez, Comité Universitario para la Salud en la UACJ. Recuperado de <http://www2.uacj.mx/UniversidadSaludable/memorias/documentos/PDF>
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2017a). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5467133&fecha=26/12/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5467133&fecha=26/12/2016)
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2017b). *Ley General de Salud*. México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_241218.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf)
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2017c). *Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA\\_040619.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_040619.pdf)
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L. & Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2), 1-12. Recuperado de <https://lenguasmodernas.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17937/18749>
- Fernández, B. R. (2007). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, V. J. (2015). *Relación entre ansiedad rasgo, sensibilidad a la ansiedad y síntomas de ansiedad en niños y adolescentes* (Tesis doctoral, Universidad de Málaga, España). Recuperado de [https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/11513/TD\\_FERNANDEZ\\_VALDES.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/11513/TD_FERNANDEZ_VALDES.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Fernández-Arias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F., Estupiñá, F. & Labrador-Méndez, M. (2018). Factores que interfieren en el curso del tratamiento de los problemas de ansiedad: la prolongación y la terminación prematura del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 15-20. doi:10.23923/pap.psicol2019.2876 Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2876.pdf>

- Garaigordobil, L. M. (1998). *Evaluación psicológica*. Salamanca: Amarú.
- Gobierno de la República. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Autor. Recuperado de [https://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND\\_2013-2018.pdf](https://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND_2013-2018.pdf)
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta Edición. México: McGraw-Hill.
- Hospital San Juan Capestrano. (2019). *Signos y síntomas de la ansiedad*. Puerto Rico: Autor. Recuperado de <https://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/ansiedad/sintomas-efectos/>
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B., Ochoa, N., Hurtado, M., Gómez, Y., Uribe, A., Rojas, A., Pinilla, M., VillaRoel, D., Villegas, M., Arango, A., Restrepo, P. & López, I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134215244005.pdf>
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, M., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, B., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Revista Salud Mental*, 26(4), 1-16. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>
- Méndez, C. A. (abril, 2019). La salud, un estado de bienestar físico y mental difícil de alcanzar. *Boletín UNAM-DGCS-240*. Recuperado de [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019\\_240.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_240.html)
- Mendoza, G. B., Rojas, G. C. & Barrera, B. A. (2017). Rol de participación en bullying y su relación con la ansiedad. *Perfiles Educativos*, 39(158), 38-51. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-26982017000400038&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000400038&lng=es&tlng=es)
- Mendoza, N. (2018). *Gestión 2014-2018. Cuarto Informe*. México: FES Zaragoza, UNAM. Recuperado de [https://www.zaragoza.unam.mx/portal/wp-content/Portal2015/InformesGestion/archivos\\_gestion/IV\\_Informe\\_14-18.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/portal/wp-content/Portal2015/InformesGestion/archivos_gestion/IV_Informe_14-18.pdf)

- Nieto-Romero, R. (2017). Efectos de la musicoterapia sobre el nivel de ansiedad del adulto cardíopata sometido a resonancia magnética. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 88-96. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.002>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Médica Panamericana. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Autor. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Suiza: Autor. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento de 400%*. Comunicados de Prensa.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Temas de salud. Salud mental*. USA: Autor. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. USA: Autor. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud mental del adolescente*. USA: Autor. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes, Estimaciones sanitarias mundiales*. USA: Autor. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Papalia, E., Feldman, R. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.



- Pavez, P., Mena, L. & Vera-Villaruel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11(2), 369-380. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64723241002.pdf>
- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Platas A. S. & Velasco A. V. (2017). Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 49-55. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.10.001>
- Reynolds, C. & Richmond, B. (2012). *Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada*. México: Manual Moderno.
- Reynolds, C. R., Richmond, B. O. & Lowe, P. A. (2017). *AMAS. Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos*. México: Manual Moderno.
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Álvarez, M. & Páez, F. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 54-62. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328008.pdf>
- Rodríguez-Sacristán, J. (2002). *Psicopatología infantil básica. Teoría y casos clínicos*. España: Pirámide.
- Rodríguez, M., Domínguez, T., Leija, A., Ortiz, O. & Carreño M. (2018). Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autonómica del estrés agudo. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 8(2), 101-113. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3589/358960281010>
- Romero, L. (octubre, 2016). Aprendizaje, conducta y depresión, principales problemas mentales. *Gaceta Digital UNAM. Efeméride*, (4,820). Recuperado de <http://www.gaceta.unam.mx/20161013/aprendizaje-conducta-y-depresion-principales-problemas-mentales/>
- Santrock, J. (2014). *Psicología de la educación*. México: McGraw-Hill.
- Sattler, J. (2012). *Evaluación infantil. Fundamentos cognitivos*. México: Manual Moderno.
- Secretaría de Gobierno. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019)

- Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2020). *Salud Mental*. Ciudad de México: Gobierno de la Ciudad de México. Recuperado de <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/309>
- Shaffer, D. & Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: Thomson.
- Shirom, A. (1986). Students' stress. *Higher Education*, 15(6), 667-676. Recuperado de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F00141403.pdf>
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. *Revista Mal-estar e Subjetividades*, 3(1), 10-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Sistema de Información del Desarrollo Social. (2018). *Grados de marginación por Unidad Territorial*. Ciudad de México. Recuperado de <http://www.sideso.cdmx.gob.mx/index.php?id=11>
- Tomás, J. & Almenara, J. (2008). *Master en Paidopsiquiatría Modulo I*. España: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Programa\\_Modulo\\_1.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Programa_Modulo_1.pdf)
- Wicks-Nelson, R. & Allen, I. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Yap, M., Martin, P. & Jorm, A. (2018). Online parenting guidelines to prevent adolescent depression and anxiety: evaluating user characteristics and usefulness. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(5), 951-958. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/eip.12503>