

**Ansiedad en estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad de Antioquia  
Sede Yarumal**

**LAURA CRISTINA ATEHORTÚA ECHAVARRÍA**

**JHON DAVID LÓPEZ ZULUAGA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**YARUMAL**

**2015**

**Ansiedad en estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad de Antioquia**

**Sede Yarumal**

**LAURA CRISTINA ATEHORTÚA ECHAVARRÍA**

**JHON DAVID LÓPEZ ZULUAGA**

**Trabajo de grado para optar al título de Psicólogos**

**Asesor**

**Nathaly Berrío García**

**Especialista en Gestión de Proyectos**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**YARUMAL**

**2015**

## Resumen

Se evaluaron 23 estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad de Antioquia, 6 hombres y 17 mujeres, con edades que oscilaron entre los 17 y 24 años de edad, teniendo en cuenta que en la Sede Norte no hay investigaciones sobre el tema de ansiedad en estudiantes de primer semestre que posibiliten una aproximación al estado de la variable en dicha población, que permita orientar una intervención en este ámbito por parte de los psicólogos de la sede.

Se les aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), que mide dos dimensiones de la ansiedad: Rasgo y Estado y consta de 20 ítems para cada dimensión, para un total de 40 ítems.

Se evidenció con la investigación, que las mujeres tienden a ser más ansiosas que los hombres y que los participantes de mayor edad presentan menos ansiedad que los más jóvenes.

**Palabras clave:** ansiedad rasgo, ansiedad estado, estudiantes primer semestre, sede norte, psicología.

## Contenido

Planteamiento del problema	9
Justificación	10
Objetivos	11
Marco teórico	12
Metodología	44
Resultados	48
Discusión	63
Conclusiones	64
Recomendaciones	65
Referencias	66
Apéndices	69

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Antecedentes de investigación	12
<b>Tabla 2.</b> Criterios diagnósticos para la crisis de angustia	25
<b>Tabla 3.</b> Criterios diagnósticos para la agorafobia	26
<b>Tabla 4.</b> Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia sin agorafobia	27
<b>Tabla 5.</b> Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia con agorafobia	27
<b>Tabla 6.</b> Criterios diagnósticos para la agorafobia sin historia de trastorno de angustia	28
<b>Tabla 7.</b> Criterios diagnósticos para el fobia específica	29
<b>Tabla 8.</b> Criterios diagnósticos para la fobia social (trastorno de ansiedad social)	30
<b>Tabla 9.</b> Criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo	31
<b>Tabla 10.</b> Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático	32
<b>Tabla 11.</b> Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés agudo	33
<b>Tabla 12.</b> Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil)	34
<b>Tabla 13.</b> Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	35
<b>Tabla 14.</b> Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad inducido por sustancias	35
<b>Tabla 15.</b> Datos válidos para la variable género.	46
<b>Tabla 16.</b> Frecuencia por género.	46
<b>Tabla 17.</b> Datos válidos para la variable edad.	48
<b>Tabla 18:</b> Frecuencia por edad.	48

<b>Tabla 19.</b> Datos estadísticos generales del IDARE.	50
<b>Tabla 20.</b> Resumen del procesamiento de los casos para análisis de confiabilidad.	51
<b>Tabla 21.</b> Estadísticos de fiabilidad.	51
<b>Tabla 22.</b> Índice de confiabilidad general.	51
<b>Tabla 23.</b> Índice de confiabilidad Ansiedad-Estado.	52
<b>Tabla 24.</b> Índice de confiabilidad Ansiedad-Rasgo	52
<b>Tabla 25.</b> Resumen del procesamiento de casos para subescalas de total Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-estado por género.	53
<b>Tabla 26.</b> Discriminación de medias para subescalas de total Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado por género.	53
<b>Tabla 27.</b> Resumen del procesamiento de casos para subescalas de total Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-estado por edad	56
<b>Tabla 28.</b> Discriminación de medias para subescalas de total Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado por edad	57

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Frecuencia por género	47
<b>Figura 2.</b> Frecuencia por edad.	49
<b>Figura 3.</b> Total Ansiedad-Estado por género.	54
<b>Figura 4.</b> Total Ansiedad-Rasgo por género.	56
<b>Figura 5.</b> Total Ansiedad-Estado por edad.	58
<b>Figura 6.</b> Total Ansiedad-Rasgo por edad.	59

## **Lista de apéndices**

<b>Apéndice A.</b> Formato de aplicación de la prueba	69
<b>Apéndice B.</b> Formato de consentimiento informado para menores de edad	73
<b>Apéndice C.</b> Formato de consentimiento informado para mayores de edad	75

## **Planteamiento del Problema**

En la Sede Norte no existe una cifra que indique la manifestación de la ansiedad y el nivel en el que la presentan los estudiantes que ingresan, y por ende tampoco existe un método de intervención para disminuirla.

Desde el punto de vista como estudiantes del nivel superior de Psicología en la Universidad de Antioquia, se entiende el grado de responsabilidad que implica comenzar los estudios universitarios y del cambio abrupto que esto causa en la vida de un individuo, tanto familiar como socialmente y, en consecuencia, la ansiedad que esto genera.

La ansiedad es entendida como una respuesta emocional, fisiológica o comportamental normal, de un sujeto frente a una situación determinada y se puede manifestar con, intranquilidad, nerviosismo, preocupación, siendo necesaria una pronta identificación de la problemática, con el fin de que esta reacción no se vuelva patológica. También puede causar, entre otras cosas, disminución del nivel académico, dificultades en las relaciones interpersonales y familiares, además de que se puede presentar algún tipo de padecimiento a nivel psicosomático (American Psychiatric Association, 1995).

Según fuentes académicas del sector administrativo de la Sede Norte de la Universidad de Antioquia, el número de aspirantes por semestre académico, en la Sede Norte, varía notablemente, va desde 8 personas hasta 505 que ha sido el tope. El programa de Psicología se ofertó por primera vez en la sede en el período 2010/2 y se ofertó nuevamente para el período 2014/2 que ya cuenta con 145 aspirantes y se abrirán 35 cupos.

Es pertinente entonces plantear la pregunta: ¿Cuál es el grado de ansiedad de los estudiantes de primer nivel del programa de Psicología, de la Sede Norte de la Universidad de Antioquia?

### **Justificación**

Dado que no existe información referente a los niveles de ansiedad en estudiantes en Yarumal, se pretende con la realización de este estudio medir el nivel de ansiedad en los estudiantes de primer nivel del programa de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Norte, y así evidenciar una potencial problemática que influya en la deserción académica y en el bajo rendimiento. Es importante abordar esta problemática teniendo en cuenta que es necesario mantener y preservar la salud mental de los estudiantes y que así logren mantener un buen rendimiento académico, como una mejor calidad en el aprendizaje y en su formación.

Además se verá beneficiada la Región Norte, ya que tendrá profesionales más capacitados en su quehacer como psicólogos por su calidad de formación y habrá un mayor reconocimiento, tanto de la Universidad, como de la Sede.

También será de utilidad metodológica para que se siga investigando al respecto, puesto que luego de indagar en bases de datos de la Universidad y en otras Instituciones de Educación Superior existentes en el municipio, como el SENA, no se halló registro de que se hayan hecho estudios con esta problemática específica.

Principalmente, servirá como método de afianzamiento y adquisición de conocimientos para los elaboradores, junto con la posibilidad de detección de problemáticas considerables, y como insumo para realizar dentro de la Sede un programa temprano de intervención para solventar las dificultades.

Adicionalmente, este trabajo permitirá que otros profesionales lo usen como base para realizar futuras investigaciones referidas al tema o que de algún modo se relacionen.

## **Objetivos**

### **General**

Medir el nivel de ansiedad de los estudiantes de primer semestre, del Programa de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Norte.

### **Específicos**

- Identificar la población con la que se realizará la investigación.
- Seleccionar los instrumentos que se van a utilizar para obtener los resultados.
- Aplicar los instrumentos de evaluación a los estudiantes de primer nivel inscritos en el programa de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Norte.
- Analizar los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento.

## Marco Teórico

### Antecedentes de investigación

A continuación se citarán las referencias de trabajos que se han realizado respecto a la ansiedad, las cuales servirán como guía para la realización de la presente investigación.

**Tabla 1.** Antecedentes de investigación.

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
Amézquita, González y Zuluaga, 2000	Colombia	625 estudiantes de los diferentes programas académicos	Inventarios de ansiedad y depresión de Beck  Encuesta semiestructurada	Se encontró una alta prevalencia de suicidio, mucho mayor a la reportada en otros estudios nacionales.

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
Celis, et al., 2001	Perú	98 Estudiantes de primer año y sexto año de Medicina. 53 y 45 respectivamente	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado  Inventario de Estrés Académico	Se encontraron mayores niveles de ansiedad en los estudiantes de primer año que en los de sexto, 26.4% y 8.9% respectivamente. Las situaciones que lo generan son, la sobrecarga académica, la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas y la realización de un examen.

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
Latorre y Montañes, 2004	México	462 adolescentes entre 16 y 19	<p>Cuestionario de conductas relacionadas con la salud</p> <p>Escala de Ansiedad Rasgo (STAI)</p> <p>Escala de Meta-Emoción (TMMS)</p>	<p>Los resultados muestran una relación entre la baja ansiedad, la claridad y la reparación emocional y la alta percepción de la salud y el bienestar. La percepción positiva de la salud se relaciona con un incremento de las conductas de salud y con un menor consumo de alcohol y drogas.</p>
Riveros, Hernández y Rivera, 2007	Perú	500 estudiantes universitarios	Escala HADS	Se observan niveles altos tanto de depresión como de ansiedad en los evaluados.

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
Castro y Carrillo, 2007	México	13,342 alumnos de nuevo ingreso	Cuestionario de Salud General GHQ	Los estudiantes de nuevo ingreso con sintomatología significativa de ansiedad (3.8%) reportaron problemáticas enmarcadas en sintomatologías somáticas.
Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008	Colombia	259 estudiantes, 227 de primero a séptimo semestre	Inventario de Depresión de Beck (BDI) Cuestionario de Depresión de Estado-Rasgo (ST/DEP) Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI	Los resultados encontrados señalan que sí existen diferencias por sexo, respecto a la presentación de los síntomas de la depresión y la ansiedad.

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
Buitrago y Sierra, 2008	Colombia	13 estudiantes de Psicología	Encuestas  Entrevista a profundidad	Se encontró que los Psicólogos practicantes consideran la ansiedad como un elemento que incita al aprendizaje, a la revisión de diversas teorías y técnicas que fortalezcan su labor en el sitio de las prácticas
Gantiva, Luna, Dávila y Salgado, 2010	Colombia	60 personas, con una media de edad de 31 años	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)  Inventario de Depresión de Beck (BDI)  Escala de Estrategias de	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las estrategias utilizadas por los participantes y sin síntomas de ansiedad

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
			Coping Modificada (EEC-M)	
Aragón-Borja, Contreras-Gutiérrez y Tron-Álvarez, 2011	México	149 estudiantes, con edades comprendidas entre los 17 y los 28 años	Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)  Cuestionario de Pensamiento Constructivo Para Estudiantes Universitarios	Solo 12% de los alumnos presenta ansiedad cognitiva alta, 15.5% ansiedad fisiológica alta y 15% ansiedad motora alta. En promedio, 50% de los alumnos no muestra ansiedad, 36% está dentro de la norma y sólo 14% presenta ansiedad alta.

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
Ávila-Toscano, Hoyos, González y Cabrales, 2011	Colombia	200 estudiantes escogidos por muestreo accidental y cuya participación fue voluntaria	Cuestionario de datos sociodemográficos Cuestionario de Evaluación de Ansiedad ante los Exámenes	22.5% de los participantes presentó manifestaciones cognitivas, las manifestaciones fisiológicas fueron reportadas por 18.5% y las manifestaciones motoras también en un 18.5%.
Cabrera, 2011	México	17 alumnos que cursaban el 3° cuatrimestre de la Licenciatura en Psicología	Cuestionario de Datos Sociodemográficos Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS)	La elevación leve de la ansiedad ante los exámenes tiene un 35%, ésta probablemente los motive y es raro que perjudique el desempeño. También con el 35% reporta una

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
				<p>ansiedad ante los exámenes esperada, es decir existen los niveles normales de preocupación relacionada con la solución de los exámenes.</p>
<p>Álvarez, Aguilar y Lorenzo 2012</p>	<p>España</p>	<p>1021 estudiantes desde primero hasta quinto año de la Universidad de Almería</p>	<p>El Inventario de Estrés Académico (I.E.A.)  Cuestionario "ad hoc"</p>	<p>Se encontró que los estudiantes tienen más manifestaciones de tipo cognitivo que de tipo fisiológico o motor.</p>

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
Pitoni y Rovella, 2013	Argentina	65 alumnos de la Licenciatura en Psicología.	Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS)  Cuestionario de Ansiedad ante Exámenes (CAEX)	No se encontró una correlación significativa entre la puntuación total de CAEX y el factor de perfeccionismo referido a las preferencias por el orden y la organización, por lo que estos no incidieron en la ansiedad ante los exámenes.
Martínez, García e Inglés, 2013	España	1792 estudiantes de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) a 2º de Bachillerato	Inventario de Ansiedad Escolar (IAES)  State-Trait Anxiety Inventory (STAI)  State-Trait Anxiety	Los resultados revelaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la totalidad de los factores de

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
			Inventory for Children (STAIC)  Children's Depression Inventory (CDI)	ansiedad escolar y la ansiedad rasgo, la ansiedad estado y la depresión.
Bautista, 2013	México	30 estudiantes universitarios	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	Se encontró que un porcentaje mayor de los evaluados experimenta más ansiedad cuando está en la semana de exámenes que antes del periodo de exámenes, mientras que un porcentaje menor experimenta mayor ansiedad antes del período de exámenes por la preocupación de estudiar y la entrega

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
				de trabajos.

## Ansiedad

Etimológicamente el concepto de ansiedad proviene del término latino *anxietas*, que se refiere a la situación en la que las personas entran en estado de conmoción, nerviosismo e intranquilidad.

Definir el constructo ansiedad es complejo, ya que diversos autores han acuñado su teoría al respecto. Uno de ellos es Walter Riso (2011), quien afirma que la ansiedad es miedo anticipado y se esquematiza bajo dos contenidos, la percepción de la amenaza y el sentimiento de incapacidad.

Por otro lado, Alonso (s.f.) la define como un patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión, respuestas fisiológicas como el alto grado de activación del sistema nervioso central mediante sudoración, tensión muscular, incremento de la actividad cardiaca, temblor.

La ansiedad puede aparecer junto a otras enfermedades y su principal manifestación es no permitirle al sujeto la relajación y el descanso (Alonso, s.f.), además de que causa pérdida de sueño y una amplificación de la respuesta emocional, principalmente (Golstein, et al., 2012). Incluso Devereux (2003) afirma que cuanto mayor es la ansiedad que genera cualquier tipo de fenómeno es más difícil de ser observado, pensarlo y de crear métodos para pronosticarlo y controlarlo.

En un principio, la ansiedad se produce en los seres humanos como un mecanismo para preservar la vida, es decir, como un mecanismo de supervivencia, de acuerdo a las adversidades de la naturaleza y la vida diaria, se da por la estimulación del sistema nervioso central en la que se proporciona una señal de huida o de lucha (Alonso, s.f.).

Según su sintomatología y el período de duración, la ansiedad puede ser normal o patológica, y la diferencia básica radica en que esta última se basa en una valoración irreal de la amenaza, una manifestación más frecuente, intensa y persistente (Virues, 2005).

Se puede afirmar entonces, que la ansiedad es una respuesta fóbica ante un estímulo determinado, sea un objeto o una situación específica (Bertoglia, 2005) y que se da de acuerdo con las condiciones predisposicionales de los sujetos, la manera como han aprendido a enfrentar el mundo, incluyendo los conceptos bioquímicos y neurológicos que posean, y además las características filogenéticas evidencian factores hereditarios que pueden ser considerables a la hora de definir el grado de ansiedad que manifiesten algunos sujetos (Belloch, 1995).

La ansiedad se puede entender como una necesidad necesaria para los individuos o bien como una manifestación desadaptativa cuando se manifiesta en ansiedad patológica, la cual es más frecuente, intensa y persistente que la ansiedad normal (Spielberger y cols., 1984), esta ansiedad clínica puede generar una mayor disfuncionalidad en el desarrollo de la vida normal de los sujetos.

Sandin y Chorot (1986) proponen que la ansiedad no es un fenómeno unitario, sino que tiene manifestaciones con al menos tres sistemas de respuesta, el subjetivo cognitivo, la cual incluye la experiencia individual de cada sujeto y su respuesta está sujeta a las experiencias únicas de cada persona. El segundo sistema de respuesta que exponen, es el fisiológico somático, el cual está compuesto por las manifestaciones biológicas involuntarias del organismo, como la

sudoración excesiva y el aumento del ritmo cardíaco y la agudización de algunos sentidos. La percepción individual de estos cambios son los que dictan la forma de cómo cada sujeto percibe la ansiedad. La otra forma que se propone es la manifestación motora conductual, la cual evidencia la dirección visible de la respuesta del individuo por los movimientos corporales que este evidencia o su conducta de huida o lucha.

Se concluyó también que hay una carga genética relevante en algunas de las manifestaciones de trastornos de ansiedad, exceptuando en algunos puntos el trastorno de ansiedad generalizada, y así el componente hereditario podría tener una influencia relevante en el diagnóstico de trastornos de ansiedad. (Sandin 1990)

El DSM IV clasifica los problemas de ansiedad según sus criterios diagnósticos, de la siguiente manera:

**Tabla 2.** Crisis de angustia

**Nota:** No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la crisis de angustia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411]).

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudoración
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
  
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones

**Tabla 3.** Agorafobia

**Nota:** No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22] [pág. 414]).

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

**Nota:** Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

**Tabla 4.** Trastorno de angustia sin agorafobia

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes (v. pág. 403)

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia (v. pág. 404).

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

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

**Tabla 5.** Trastorno de angustia con agorafobia

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes (v. pág. 403)

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia (v. pág. 404).

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

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

**Tabla 6.** Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

A. Aparición de agorafobia (v. pág. 404) en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia (v. pág. 411).

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

**Tabla 7.** Fobia específica

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

*Especificar tipo:*

**Tipo animal**

**Tipo ambiental** (p. ej., alturas, tormentas, agua)

**Tipo sangre-inyecciones-daño**

**Tipo situacional** (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

**Otros tipos** (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas)

**Tabla 8.** Fobia social (trastorno de ansiedad social)

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

**Nota:** En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

**Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

**Nota:** En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio

A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

*Especificar si:*

**Generalizada:** si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

**Tabla 9.** Trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

*Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):*

(1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos

(2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real

(3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos

(4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

*Las compulsiones se definen por (1) y (2):*

(1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. **Nota:** Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

*Especificar si:*

**Con poca conciencia de enfermedad:** si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

**Tabla 10.** Trastorno por estrés postraumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

**Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

**Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

**Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

(7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

**Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses

**Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más

*Especificar si:*

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

**Tabla 11.** Trastorno por estrés agudo

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han (1) y (2):

- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

- (1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
- (2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
- (3) desrealización
- (4) despersonalización
- (5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) (p. ej.,

dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

**Tabla 12.** Trastorno de ansiedad generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil)

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

**Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- (1) inquietud o impaciencia
  - (2) fatigabilidad fácil
  - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
  - (4) irritabilidad
  - (5) tensión muscular
  - (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

**Tabla 13.** Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

**Con ansiedad generalizada:** cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades

**Con crisis de angustia:** cuando predominan las crisis de angustia (v. pág. 403)

**Con síntomas obsesivo-compulsivos:** cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

**Tabla 14.** Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) o (2):
- (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente
- (2) el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Nota:** Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

*Código* para el trastorno de ansiedad inducido por (sustancia específica)

(F10.8 Alcohol [291.8]; F16.8 Alucinógenos [292.89]; F15.8 Anfetamina [o sustancias similares] [292.89]; F15.8 Cafeína [292.89]; F12.8 *Cannabis* [292.89]; F14.8 Cocaína [292.89]; F19.8 Fenciclidina [o derivados] [292.89]; F18.87 Inhalantes [292.89]; F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]; F19.8 Otras sustancias [o desconocidas] [292.89])

*Especificar si:*

**Con ansiedad generalizada:** si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades

**Con crisis de angustia:** si predominan las crisis de angustia (v. pág. 403)

**Con síntomas obsesivo-compulsivos:** si predominan las obsesiones o las compulsiones

**Con síntomas fóbicos:** si predominan síntomas de carácter fóbico

*Especificar si* (v. tabla de pág. 183 para la aplicabilidad de las sustancias):

**De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios diagnósticos de

intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación

**De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.

## Teorías sobre ansiedad

Beck (1985) define la ansiedad como un “estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo y con síntomas fisiológicos como palpitaciones cardiacas, temblor, náuseas, vértigo”. También afirma que el elemento decisivo en los estados de ansiedad, “es un proceso que puede tomar la forma de un pensamiento automático o imagen que aparece rápidamente, como un reflejo, después de un estímulo inicial por ejemplo: respiración entrecortada, aparentemente creíble y seguida por una ola de ansiedad”.

El enfoque cognitivo diferencia la ansiedad del miedo proponiendo la ansiedad como un proceso emocional y el miedo como un proceso cognitivo. El miedo involucra una apreciación intelectual de un estímulo amenazante; y la ansiedad involucra una respuesta emocional a esa apreciación (Beck, 1985).

La ansiedad, entonces, entendida desde la posición de Clark y Beck en su libro, *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad* (2012), es una interpretación exagerada que realiza un individuo frente a un estímulo o amenaza.

La ansiedad presenta algunos rasgos en su manifestación, que serán detallados a continuación, con base en lo propuesto por dichos autores:

**Fisiológicos.** Aumento del ritmo cardiaco; respiración entrecortada o acelerada; dolor o presión en el pecho; sensación de asfixia; aturdimiento, mareo; sudores, sofocos y escalofríos; náuseas, dolor de estómago y diarrea; temblores; adormecimiento en brazos y piernas; debilidad; rigidez; sequedad en la boca.

**Cognitivos.** Miedo a perder el control; miedo al daño físico o a la muerte; miedo a enloquecer; miedo a la evaluación negativa de los demás; pensamientos o recuerdos atemorizantes; percepciones irreales; distracción, ; hipervigilancia hacia la amenaza; poca memoria; pérdida de la objetividad.

**Conductuales.** Evitación de las situaciones de amenaza; huida; obtención de seguridad; inquietud y agitación; hiperventilación; quedarse paralizado; dificultad para hablar.

**Afectivos.** Nerviosismo; temor; inquietud; frustración, impaciencia (Clark y Beck, 2012).

La ansiedad tiene la característica de que puede ser normal o anormal dependiendo de su manifestación y duración.

Existen muchos factores que influyen en que se produzca una ansiedad no adaptativa o anormal, entre estos están los factores ambientales (Clark & Beck, 2012). Los factores ambientales tienen importancia, en tanto la ansiedad se da como respuesta a un estímulo externo que provoca, como se mencionó anteriormente, una valoración exagerada de la amenaza, entrando en un estado alto de vulnerabilidad al sentirse en peligro inminente.

La ansiedad “anormal” tiene la particularidad de provocar una interferencia en la cotidianidad del ser humano, es decir, produce conductas y pensamientos que hacen que el individuo tenga dificultades para tener una vida plena y normal.

A continuación se nombrarán ciertos rasgos que diferencian la *ansiedad anormal* de la *ansiedad normal*.

**Ansiedad normal.** Evitación atencional de los estímulos que representan una amenaza baja; (Comprensión de las propias estrategias de afrontamiento; Pocos pensamientos o recuerdo de imágenes de amenaza; Preocupación más controlada y orientada hacia el problema, encontrando soluciones con mayor facilidad.

**Ansiedad anormal.** Se intensifica la evaluación negativa de sus propios recursos de afrontamiento, además del estado de vulnerabilidad; Se ve bloqueado el tipo de pensamiento racional y reflexivo, impidiendo ver soluciones al problema; Menos control de la preocupación ya que está centrada en la amenaza (Clark & Beck, 2012).

Igualmente, Clark y Beck (2012) indican que la ansiedad puede asociarse con el miedo, ya que, según su teoría, uno provoca al otro. “El miedo es una valoración automática de un peligro inminente” (p. 23). “La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo” (p. 23) y tiene la característica de que es de forma exagerada.

En este sentido, la intervención de la ansiedad debe tener características importantes y conducirla con cuidado, pues no es deseable ni posible que se dé una eliminación total de la ansiedad, sino que es necesario que se lleve a sus límites normales, (Clark & Beck, 2012), teniendo en cuenta que ésta es necesaria como mecanismo de defensa en la vida de todo individuo.

### **Contexto universitario**

El inicio en la vida universitaria genera diferentes reacciones fisiológicas y mentales que producen ansiedad y otras manifestaciones en los sujetos que recién ingresan a la vida universitaria, ya que, están abandonando el último año de colegio e ingresando a un mundo totalmente nuevo llamado universidad.

En la universidad se generan necesidades nuevas para los individuos, como el hecho de tener que adaptarse a los nuevos requerimientos académicos, cambiar sus horarios, tener que realizar nuevas amistades, hallar nuevos lugares de aceptación, y en algunas ocasiones la situación económica es un punto importante que presenta un cambio significativo.

Además, la adquisición de conocimiento si la metodología es vivencial y las estrategias para la comprensión no son adecuadas en un principio, la adaptación progresiva en donde se comienza a implementar estrategias de aprendizaje evidencian factores que generan en los individuos tensión en diferentes episodios de la vida universitaria y sobre todo en su ingreso (Aguilar, 2010).

Todo esto sumado a su conjunto de expectativas genera grandes expresiones de ansiedad en los estudiantes nuevos de las diferentes universidades. Las consecuencias de esto se verán manifestadas en bajo rendimiento académico, el malestar durante el transcurrir de su vida universitaria y por último en la tasa de deserción escolar.

Por lo tanto, las universidades deben generar espacios para ayudar a los estudiantes a sensibilizarse con el cambio en la vida universitaria, espacios de inclusión social y académica, además de ofrecer a las familias el conocimiento del cambio drástico que la vida del estudiante y su contexto van a tener y así lograr una mejor estadía en la universidad en donde la deserción no es una opción para el individuo.

En la Sede Norte a los estudiantes se les ofrecen variados servicios para tratar de disminuir la deserción y el malestar que puede generar la vida universitaria. Ya que no hay estudios que evidencien la ansiedad como un factor responsable del abandono académico, la universidad brinda programas de Bienestar Universitario en los cuales se busca sensibilizar y formar a los estudiantes, mediante talleres de diferentes temáticas los cuales brindan herramientas que enriquecen su vida universitaria y con el acompañamiento constante de un Psicólogo de planta, el cual realiza procesos de psicoorientación y gracias a un diagnóstico semestral por medio de encuestas se identifican las opciones temáticas para desarrollar las actividades grupales e acompañamiento. Todo esto lo brinda la sede para afianzar en los estudiantes, las estrategias de permanencia en la universidad.

Por otra parte, por estas diferentes razones que demuestran que el ingreso a la vida universitaria es una etapa crucial que desencadena múltiples maneras de respuestas en los individuos, las universidades ofrecen programas de introducción a la vida universitaria, como el programa de la Universidad de Antioquia llamado Expediciones por la U, en el cual los estudiantes antes de entrar a la universidad a cursar su primer semestre tienen la oportunidad de participar en procesos de inserción a la vida académica, el cual es fundamental para un inicio en la vida universitaria sin muchas complicaciones negativas.

Finalmente, la Universidad de Antioquia Sede Norte no realiza intervenciones enfocadas en la ansiedad de los estudiantes de primer semestre por que no existen unos resultados que evidencien la presencia significativa de ansiedad en esta población, pero sí interviene en la ansiedad detectada en las pruebas académicas y por eso ofrece talleres en los que se prioriza sobre el manejo de la ansiedad en esta situación.

## **Metodología**

El presente informe corresponde a una investigación cuantitativa, con un enfoque empírico-analítico y de tipo descriptivo.

El enfoque empírico-analítico se vale de datos estadísticos y busca explicar, controlar y predecir, además de permitir una explicación desde la estadística del tema a evaluar, en este caso la ansiedad en estudiantes de primer semestre de Psicología en la Sede Norte.

Utilizando este enfoque, se pretende identificar el número de estudiantes que presentan algún grado de ansiedad y determinar en qué nivel se encuentra el mismo.

En la investigación cuantitativa se recogen y analizan datos sobre variables, además estudia la relación entre ellas (Pita & Pértegas, 2002) y se basa en el uso de técnicas estadísticas con un determinado tipo de población (Hueso & Cascant, 2012) ya que se aplicará un test que mide ansiedad Rasgo-Estado y sus resultados serán expuestos de forma numérica.

Finalmente, el tipo de investigación es descriptivo ya que se tiene como fin obtener la descripción de un evento dentro de un contexto determinado, es decir, pretende medir de manera independiente un concepto o variable.

## **Población**

La población elegida para la realización del estudio son los estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Yarumal, consta de 22 estudiantes, 6 hombres y 16 mujeres, con edades que oscilan entre los 17 y 30 años de edad.

## **Instrumento**

Se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) construido por Spielberger, Gorsuch y Lusheneen (1970), con el objetivo de medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente).

La escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de 20 afirmaciones en las que se pide a los examinandos describir cómo se sienten generalmente.

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

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

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

### **Confiabilidad y validez**

La validez nos brinda un acercamiento a la verdad que busca demostrar la prueba y así conocer si es adecuada para obtener conclusiones y resultados válidos que demuestren y respalden los resultados que se obtienen con la prueba. (Martinez, s.f)

La validez de contenido la cual demuestra los rasgos de ansiedad que pueden estar presentes en los estudiantes de primer semestre de la universidad evidencia que los resultados del test son congruentes con el contexto en el cual se desarrolló, dado que es un contexto natural, el

aula de clases y la heterogeneidad de la población lo respalda, también que estos resultados pueden servir como referencia general respecto a otras aplicaciones en otras instituciones educativas de educación superior a los alumnos de primer semestre, en los cuales se pueden presentar niveles de ansiedad considerables que afecten el proceso formativo.

Se entiende por confiabilidad el elemento que indica que la prueba, aplicada bajo las mismas condiciones arroje resultados similares y adecuados. La confiabilidad es una medida que determina la estabilidad y consistencia interna de la prueba. (Martinez, s.f)

La confiabilidad tiene como garantía de la aplicación, que se realizó en el aula de clases siguiendo el orden de los ítems de la prueba, ambos aplicadores fueron los calificadores, se realizó una sola aplicación en una sesión de evaluación de una hora acordada con los participantes, los cuales estaban informados un día antes de la aplicación de la prueba, se verificó la comprensión de la instrucción para desarrollar la prueba

**Confiabilidad por mitades:** La prueba se divide en dos mitades equivalentes. El IDARE mide ansiedad Rasgo y ansiedad Estado. El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) tiene una confiabilidad de 0,94 en ansiedad de estado calculada por el método de división de dos mitades.

### **Criterios éticos**

Para realizar la investigación por medio del uso de pruebas psicotécnicas, es necesario tener en cuenta que existe una reglamentación en Colombia que rige la utilización y manipulación de las mismas y de la información obtenida, dicha reglamentación está presente en la Ley 1090 de 2006.

## **Capítulo VI**

### **Del uso de material psicotécnico**

**Artículo 45:** Del material psicotécnico es de uso exclusivo de los profesionales en Psicología. Los estudiantes podrán aprender su manejo con el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología.

**Artículo 47:** El psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. No son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los solos tests psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundo e integral. (Toro, 2006)

## **Capítulo VII**

### **De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones**

**Artículo 49:** Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

**Artículo 50:** Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

**Artículo 51:** Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones:

- a) Que el problema por investigar sea importante;
- b) Que solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información;
- c) Que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación.

**Artículo 52:** En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

**Artículo 55:** Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos.

**Artículo 56:** Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores. (Lizcano, s.f)

## **Resultados**

Los evaluados en el presente estudio fueron los estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Yarumal.

A continuación se presentan los resultados estadísticos generales de la investigación:

### Frecuencia por género

La selección de la muestra fue por conveniencia o intencional. El número total de mujeres fue de 16 mujeres y de hombres fue 6, para un total de 22 estudiantes.

**Tabla 15.** Datos válidos para la variable género.

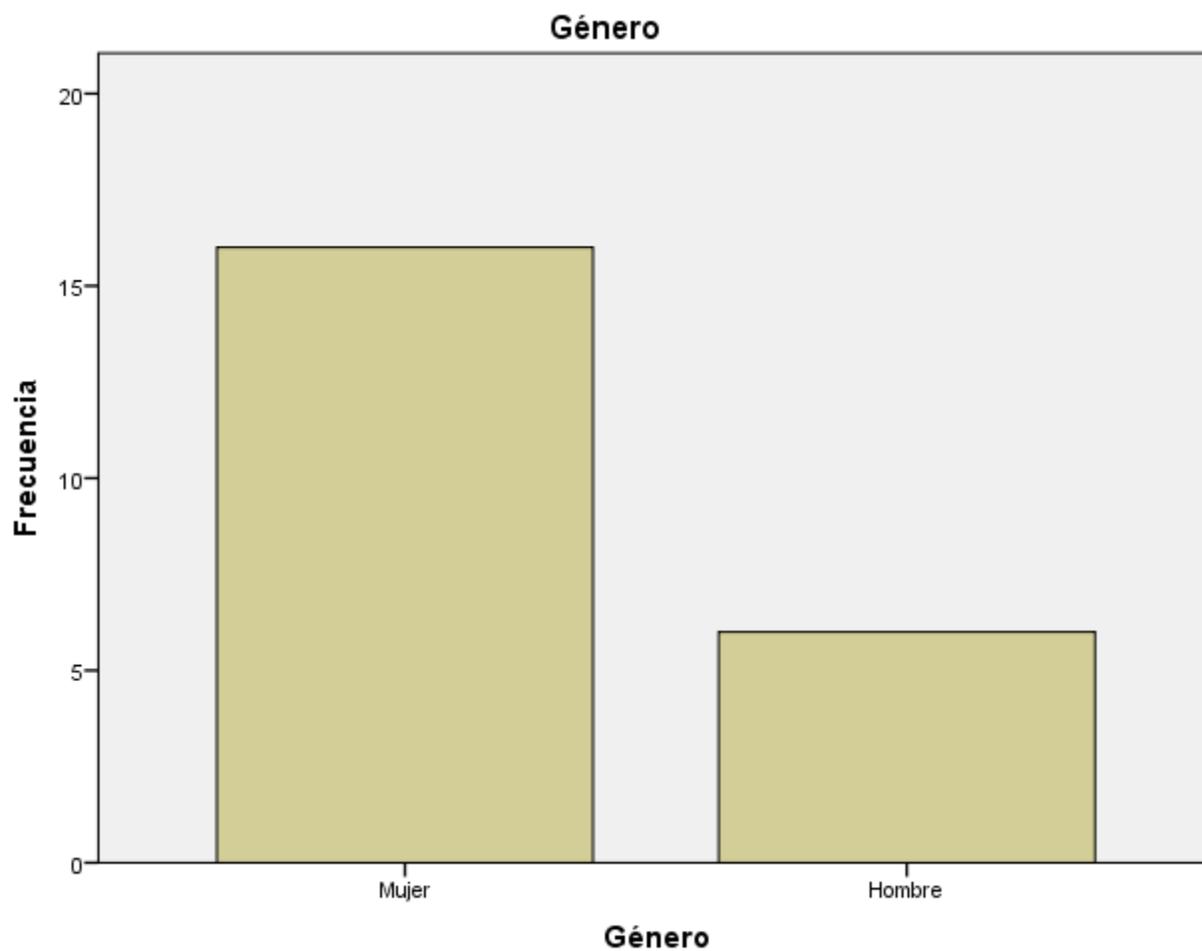
N	Válidos	22
	Perdidos	0

**Tabla 16.** Frecuencia por género.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	16	72,7	72,7	72,7
	Hombre	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

El porcentaje de participantes fue de 72.7% en mujeres y 27.3% en hombres.

**Figura 3.** Frecuencia por género.



### **Frecuencia por edad.**

Los estudiantes que participaron de la investigación tenían una edad entre 17 y 30 años de edad.

**Tabla 17.** Datos válidos para la variable edad.

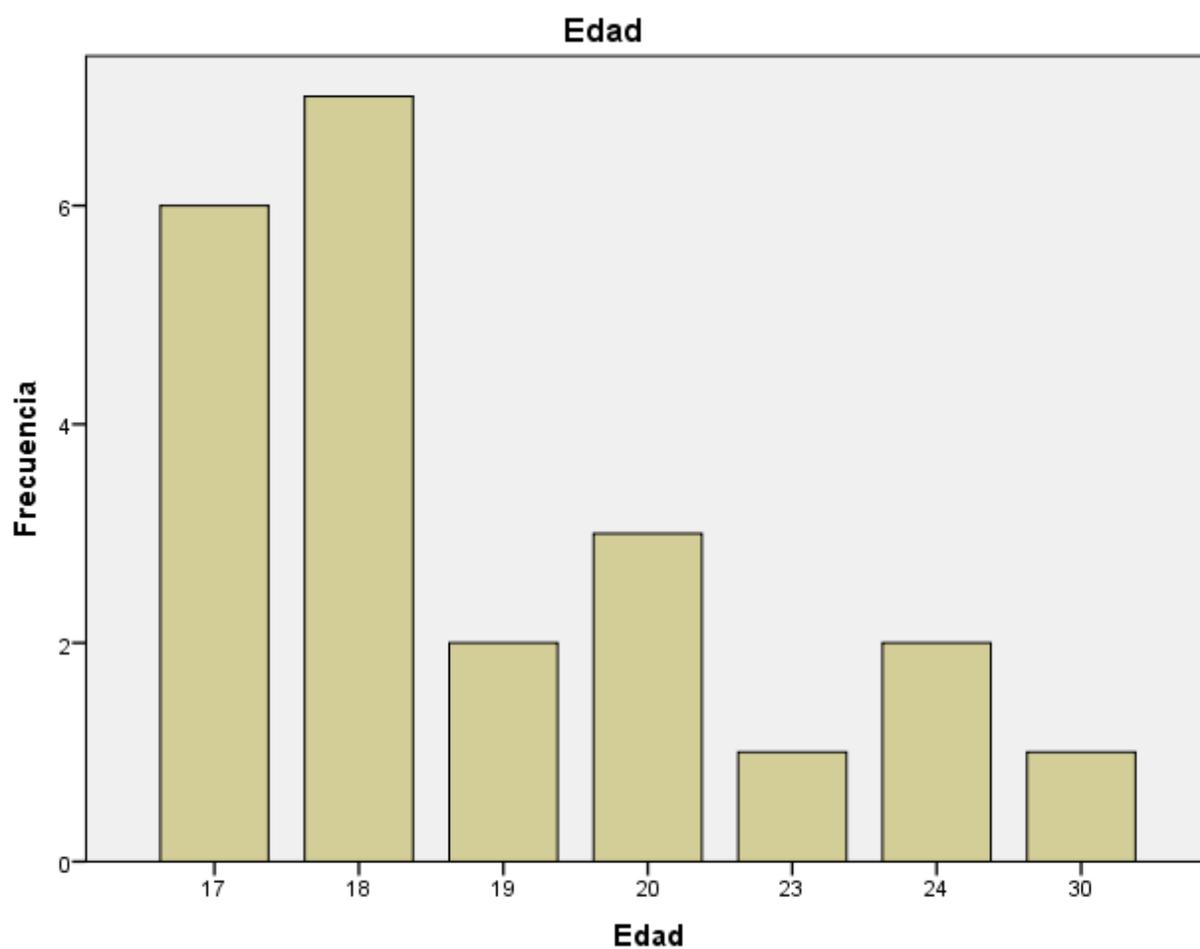
N	Válidos	22
	Perdidos	0

**Tabla 18:** Frecuencia por edad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	17	6	27,3	27,3	27,3
	18	7	31,8	31,8	59,1
	19	2	9,1	9,1	68,2
	20	3	13,6	13,6	81,8
	23	1	4,5	4,5	86,4
	24	2	9,1	9,1	95,5
	30	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

La edad con mayor participación fue la de 18 años, con un porcentaje de 31.8% y las de menor frecuencia fueron de 23 y 30 con 4.5% respectivamente.

**Figura 2.** Frecuencia por edad.



### **Estadísticos descriptivos**

A continuación se presentan los resultados estadísticos generales de la prueba:

**Tabla 19.** Datos estadísticos generales del IDARE.

	N	Media	Desv. típ.
Total Estado	22	38,36	7,429
Total Rasgo	22	44,00	8,378
N válido (según lista)	22		

### Confiabilidad

La evaluación de la confiabilidad de la prueba se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS, con un total de 44 pruebas aplicadas, cada una conformada por 40 ítems divididos en dos variables que miden Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado.

Al realizar el análisis de fiabilidad general se identificó un Alfa de Cronbach de 0,432, lo que indica que la aplicación del instrumento tuvo un grado de confiabilidad bajo, teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra es pequeño, y por ello se hace necesario un estudio de validación, para mejorar los índices de confiabilidad en posteriores aplicaciones.

El siguiente reporte presenta dichos valores:

**Tabla 20.** Resumen del procesamiento de los casos para análisis de confiabilidad.

		N	%
Casos	Válidos	22	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	22	100,0

**Tabla 21.** Estadísticos de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,040
		N de elementos	20 <sup>a</sup>
	Parte 2	Valor	,324
		N de elementos	20 <sup>b</sup>
	N total de elementos		40
Correlación entre formas			,376
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,546
	Longitud desigual		,546
Dos mitades de Guttman			,525

**Tabla 22.** Índice de confiabilidad general.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,432	40

Como se observa en la tabla 21, la confiabilidad del total de ítems del test es baja, lo cual indica que los resultados de la investigación son poco confiables, y por ende se recomienda para futuras investigaciones sobre el tema, ampliar el número de la muestra, emplear instrumentos adicionales, y realizar los respectivos estudios de validación.

**Tabla 23.** Índice de confiabilidad Ansiedad-Estado.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,324	20

**Tabla 24.** Índice de confiabilidad Ansiedad-Rasgo.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,040	20

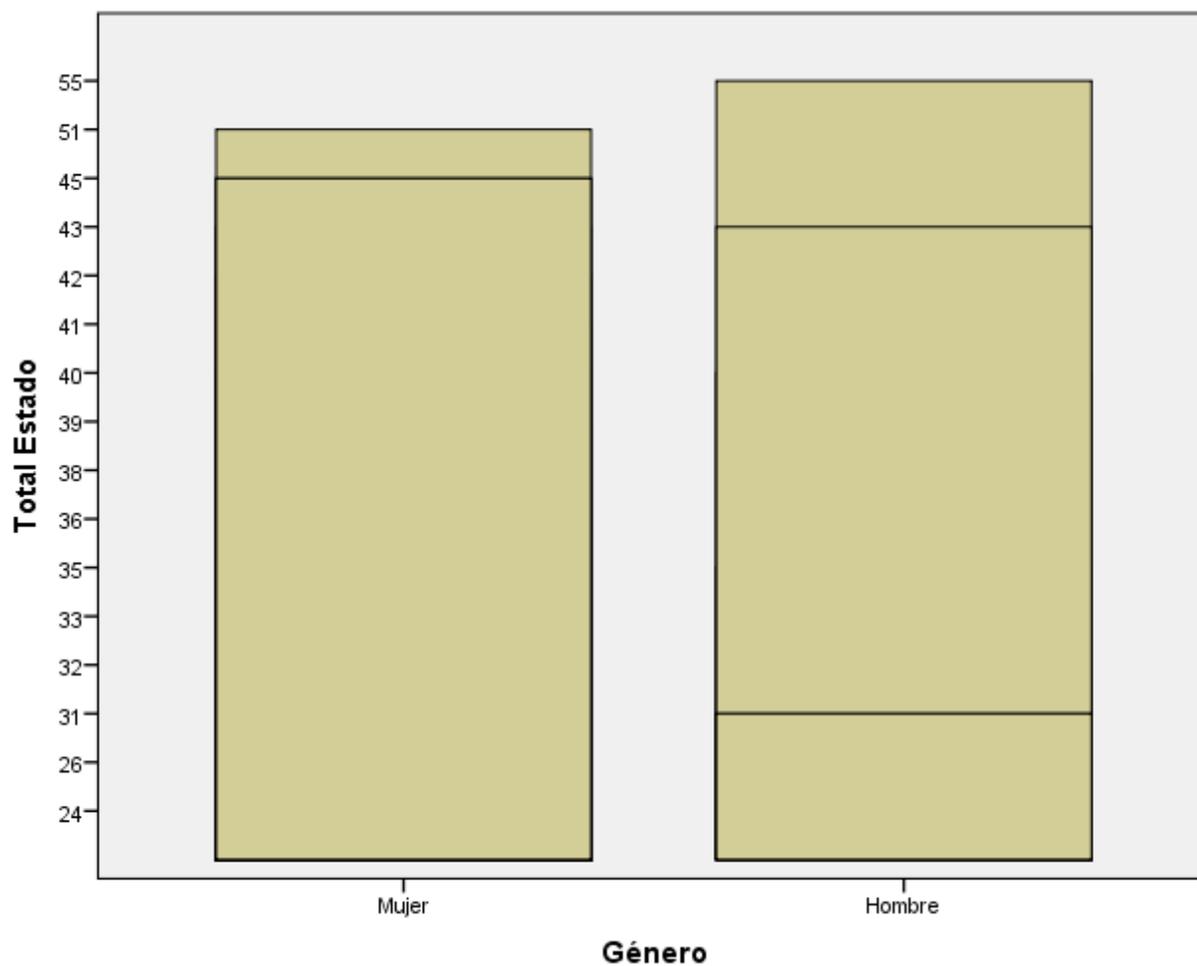
**Tabla 25.** Resumen del procesamiento de casos para subescalas de total Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-estado por género

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Total Estado *	22	100,0%	0	0,0%	22	100,0%
Género						
Total Rasgo *	22	100,0%	0	0,0%	22	100,0%
Género						

**Tabla 26.** Discriminación de medias para subescalas de total Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado por género.

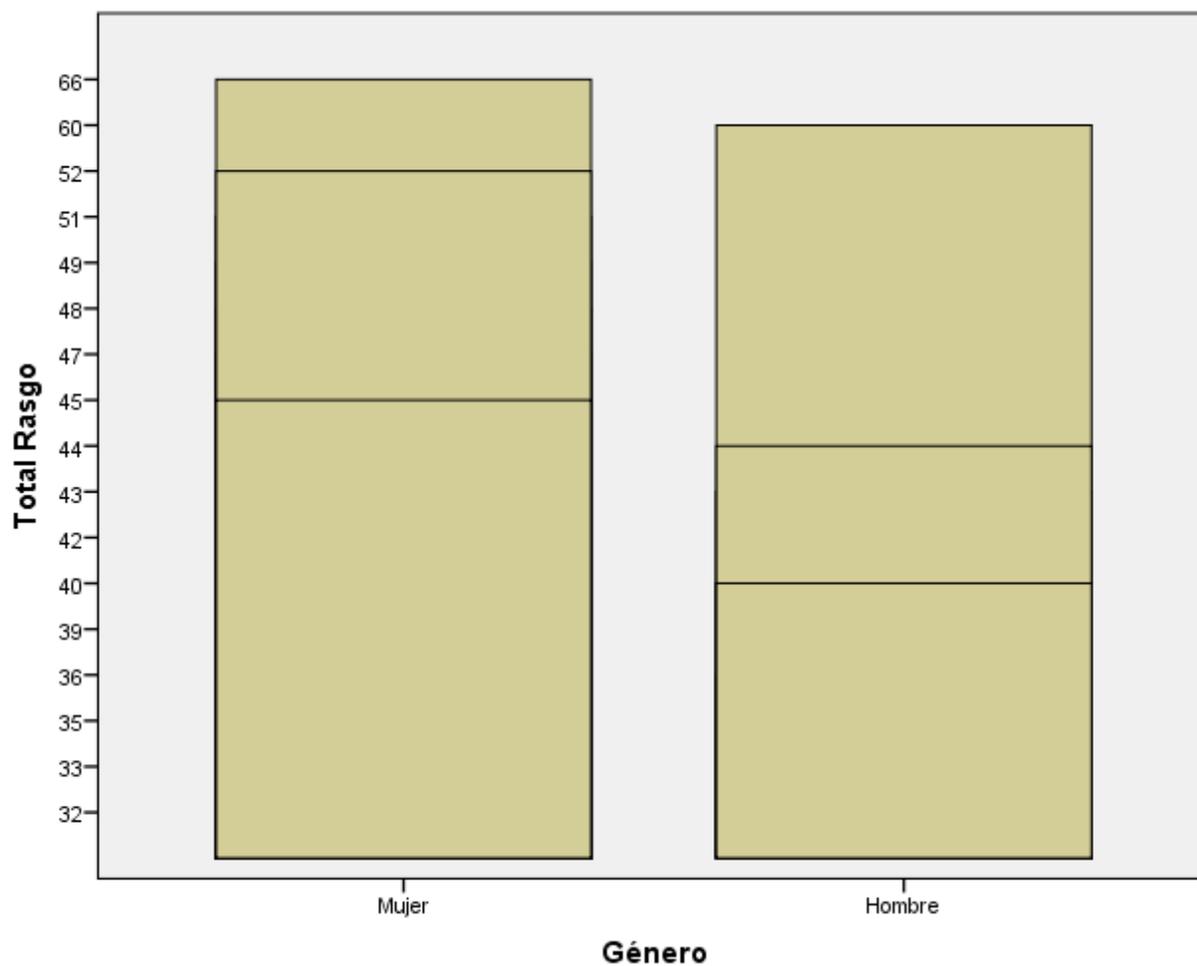
Género		Total Estado	Total Rasgo
	Media	38,06	44,06
Mujer	N	16	16
	Desv. típ.	7,009	8,645
	Media	39,17	43,83
Hombre	N	6	6
	Desv. típ.	9,131	8,400
	Media	38,36	44,00
Total	N	22	22
	Desv. típ.	7,429	8,378

**Figura 3.** Total Ansiedad-Estado por género.



En éste gráfico se identifica que los hombres son más propensos a presentar Ansiedad-Estado que las mujeres.

**Figura 4.** Total Ansiedad-Rasgo por género.



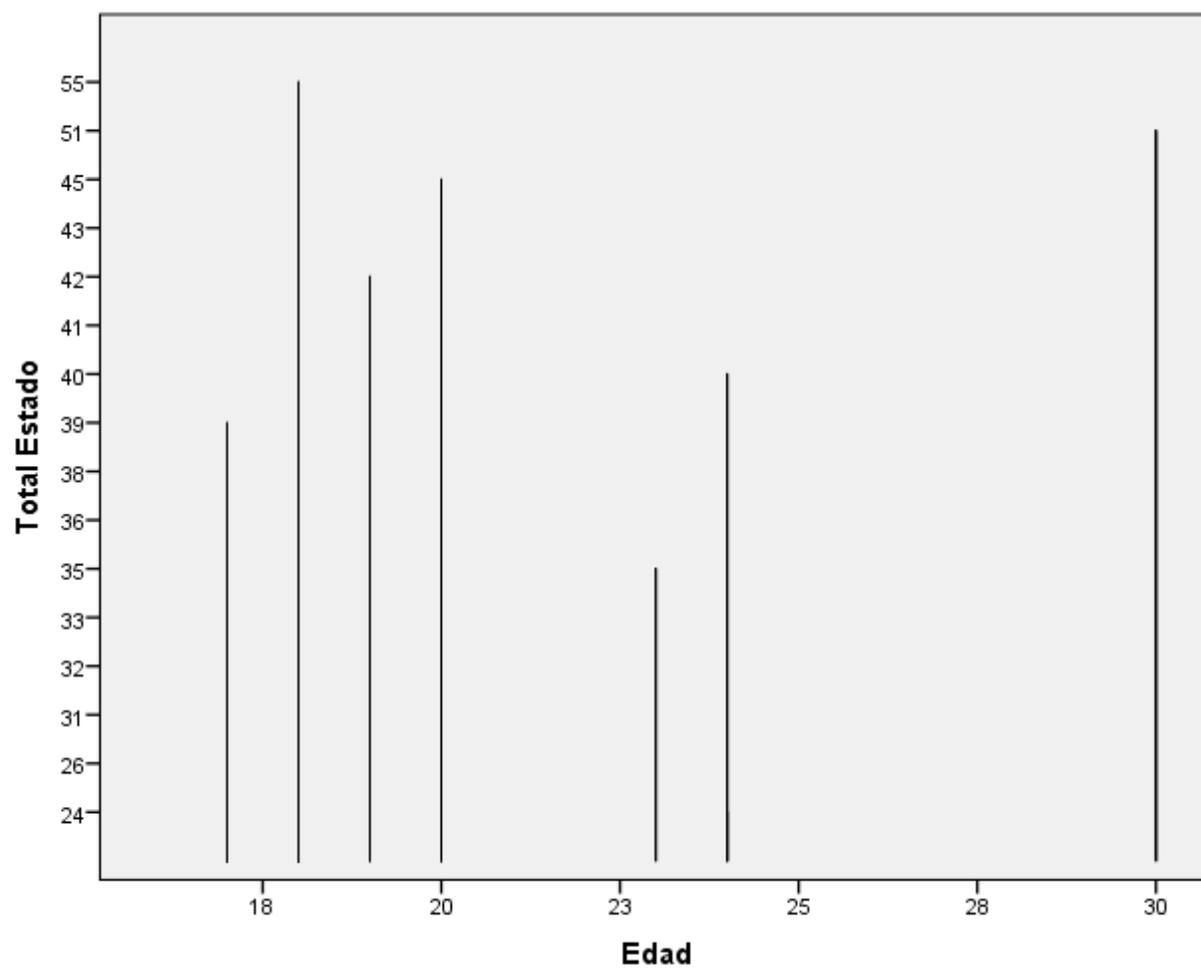
En el gráfico se identifica que las mujeres son más propensas a presentar Ansiedad-Rasgo que los hombres.

**Tabla 27.** Resumen del procesamiento de casos para subescalas de total Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-estado por edad.

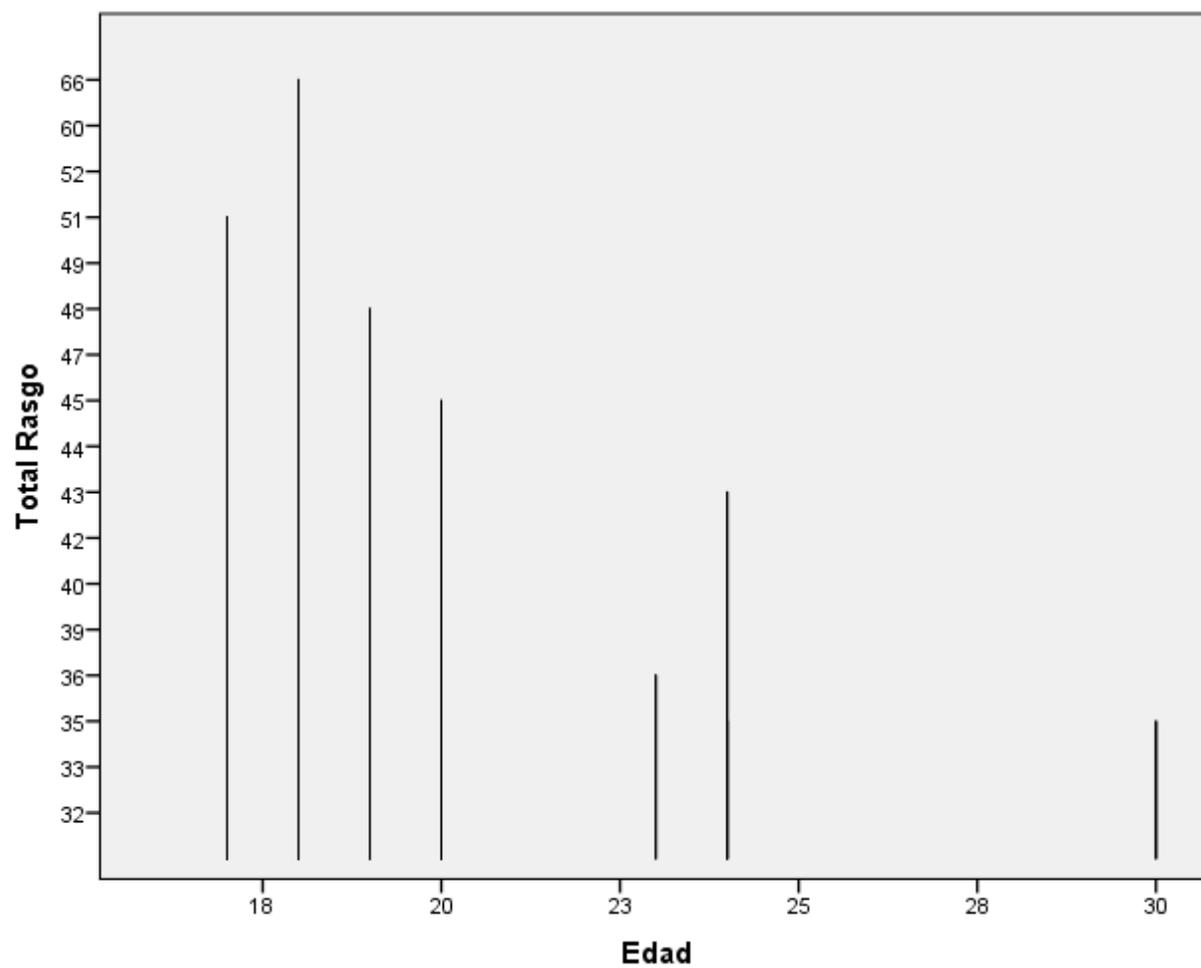
	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Total Estado *	22	100,0%	0	0,0%	22	100,0%
Edad						
Total Rasgo *	22	100,0%	0	0,0%	22	100,0%
Edad						

**Tabla 28.** Discriminación de medias para subescalas de total Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado por edad.

Edad		Total Estado	Total Rasgo
	Media	35,50	41,50
17	N	6	6
	Desv. típ.	2,739	7,994
	Media	39,14	50,14
18	N	7	7
	Desv. típ.	10,172	9,974
	Media	41,00	45,00
19	N	2	2
	Desv. típ.	1,414	4,243
	Media	41,67	43,00
20	N	3	3
	Desv. típ.	3,055	1,732
	Media	35,00	36,00
23	N	1	1
	Desv. típ.	.	.
	Media	32,00	39,00
24	N	2	2
	Desv. típ.	11,314	5,657
	Media	51,00	35,00
	N	1	1
	Desv. típ.	.	.
	Media	38,36	44,00
Tota	N	22	22
	Desv. típ.	7,429	8,378

**Figura 5.** Total Ansiedad-Estado por edad.

**Figura 6.** Total Ansiedad-Rasgo por edad.



## Discusión

Los resultados anteriormente descritos presentan datos concernientes a los niveles de ansiedad de los 22 estudiantes de Psicología en primer semestre de la Universidad de Antioquia, Sede Norte, Yarumal.

Se evaluaron las variables de Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado. Teniendo en cuenta el género y la edad de los estudiantes que participaron en la investigación, aplicándoles el test IDARE el cual evalúa los niveles de ansiedad, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0,432, lo que evidencia bajo grado de confiabilidad en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra es mínimo.

En cuanto a los resultados obtenidos se encontró que las mujeres tuvieron una mayor participación la cual fue de 72.7% y la menor participación fue la de los hombres con un 27.3%, lo que indica que hay diferencias significativas en cuanto a esta variable entre géneros.

También se observó que las mujeres son más propensas a presentar Ansiedad-Rasgo que los hombres y que los hombres son más propensos a presentar Ansiedad-Estado que las mujeres.

Asimismo, se evidenció que los estudiantes de menor edad, es decir, entre los 17 y 18 años presentan un grado mayor de ansiedad que los estudiantes de mayor edad.

## Conclusiones

Los niveles de confiabilidad de la aplicación resultan poco satisfactorios, lo que indica poca consistencia interna de los resultados. Esto sugiere que para posteriores investigaciones se debe ampliar el tamaño de la muestra, emplear instrumentos adicionales (tests y entrevistas clínicas), y realizar los respectivos estudios de validación en la población evaluada.

Se observó que los 22 estudiantes a los cuales se les aplicó el cuestionario IDARE, presentan niveles de ansiedad promedio, es decir, se encuentran entre la media según los resultados ya descritos.

Seguidamente se evidenció que los participantes de menor edad fueron quienes obtuvieron un mayor nivel de ansiedad.

Además, se pudo observar, en cuanto a la variable género, una diferencia poco significativa, concluyendo que ambos géneros (masculino y femenino) presentan niveles similares de ansiedad, siendo las mujeres las que exhiben mayor grado de ansiedad.

Finalmente se evidenció que las mujeres son más propensas a presentar Ansiedad-Rasgo que los hombres y que los hombres son más propensos a presentar Ansiedad-Estado que las mujeres.

## **Recomendaciones**

Principalmente es recomendable que desde las Instituciones Educativas se realice un acercamiento de los estudiantes de grado once a la vida Universitaria y las exigencias que ésta acarrea, con el fin de minimizar la ansiedad en estudiantes universitarios que apenas comienzan.

Igualmente se recomienda ampliar la investigación sobre niveles de ansiedad en estudiantes de Psicología en primer semestre de la Universidad de Antioquia, Sede Norte, Yarumal, con el fin de abarcar una mayor población, y de igual manera crear a futuro estrategias de intervención.

También, se recomienda que se extienda el la investigación de manera general a los diferentes programas que oferte la Sede Norte de la Universidad de Antioquia, para garantizar el bienestar de sus estudiantes y por ende seguir teniendo buena calidad en cuanto a lo académico.

Además, se propone crear estrategias de intervención que permitan tener un seguimiento más de cerca a aquellos estudiantes que presentaron índices de ansiedad altos.

Es recomendable que los estudiantes con niveles significativos de ansiedad se beneficien de los recursos disponibles, como el practicante de Psicología y el profesional de psicología que realiza sus viajes semanales a la Sede, con el fin de fortalecer tanto el área académica y personal.

Por último, es importante que en posteriores investigaciones se amplíe el tamaño de la muestra, se empleen instrumentos adicionales (tests y entrevistas clínicas), y se realicen los respectivos estudios de validación en la población evaluada, para obtener mayores índices de confiabilidad en los resultados.

## Referencias

- Agudelo, D.M. et al. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1 (1), 34-39. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023503006>
- Aguilar, M. (2010). Jóvenes aspirantes a la vida universitaria sus estilos y estrategias de aprendizaje. *Revista de Psicología*.28 (2), 207-226. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4637499.pdf>
- Álvarez, J., Aguilar, J. & Lorenzo, J. (2012). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10 (26), 333-354. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293123551017>
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Amézquita, M.E.; González, R.E. & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (4), 341-356. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80632404>
- Aragón, L; Contreras, O & Tron, R. (2011). Ansiedad y Pensamiento Constructivo en Estudiantes Universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3 (1), 43-56. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221799005>
- Ávila, J. et al. (2011). Relación Entre Ansiedad Ante Los Exámenes, Tipos de Pruebas y Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios. *Psicogente*, 14 (26), 255-268. Recuperado de:

[http://www.academia.edu/1875628/Relaci%C3%B3n\\_entre\\_ansiedad\\_ante\\_los\\_examenes\\_Almenos\\_tipos\\_de\\_pruebas\\_y\\_rendimiento\\_academico\\_en\\_estudiantes\\_universitarios](http://www.academia.edu/1875628/Relaci%C3%B3n_entre_ansiedad_ante_los_examenes_Almenos_tipos_de_pruebas_y_rendimiento_academico_en_estudiantes_universitarios)

Bautista, R. (2013). *Ansiedad en Estudiantes Universitarios Antes del Periodo de Exámenes*.

Recuperado de:

[http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Ansiedad%20universitarios\\_04\\_CS0\\_PSI\\_C\\_PICSJ\\_E.pdf](http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Ansiedad%20universitarios_04_CS0_PSI_C_PICSJ_E.pdf)

Belloch, A; Sandín, B & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología. Volumen II*. Madrid: Aravaca.

Bertoglia, L. (2005). La Ansiedad y su Relación con el Aprendizaje. *Psicoperspectivas*, 5 (1), 13-18. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171016577003>

Buitrago, D. & Sierra, N. (2008). *Ansiedad en los Psicólogos Practicantes*. Informe de Investigación. Universidad de Antioquia. Colombia.

Castro, A; Carrillo, I. (2007). *Convergencias Entre Ansiedad y Depresión en Universitarios*.

Recuperado de:

<http://www2.uacj.mx/UniversidadSaludable/memorias/documentos/PDF%20Resumenes/-CONVERGENCIAS%20ENTRE%20ANSIEDAD%20Y%20DEPRESION%20EN%20UNIVERSITARIOS.pdf>

Celis, J et al. (2001). Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto Año. *Anales de la Facultad de Medicina* 62 (1), 25-30. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37962105>

Clark, A. & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.

Gantiva, C.A. et al. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia*, 4 (1), 63-72. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224086006>

Lizcano, A. (s.f). Proyecto de Ley 064 del 2003 Cámara. Recuperado de:

[http://www.infopsicologica.com/documentos/ley\\_064.doc](http://www.infopsicologica.com/documentos/ley_064.doc)

Martínez, M; García, J & Inglés, C. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13 (1), 47-64. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56025664004>

Martínez, A. (s.f). Validez y confiabilidad. Recuperado de:

[http://www.arnaldomartinez.net/enfermeria/validez\\_y\\_confiabilidad.pdf](http://www.arnaldomartinez.net/enfermeria/validez_y_confiabilidad.pdf)

Montañés, J. & Latorre, J. (2004). Ansiedad, Inteligencia Emocional y Salud en la Adolescencia.

*International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 111-125.

Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1154264>

Pitoni, D. & Rovella, A. (2013). Ansiedad y Perfeccionismo: Su Relación con la Evaluación Académica Universitaria. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 18 (2), 329-341.

Recuperado de: [http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP\\_18\\_2/329.pdf](http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_18_2/329.pdf)

Riso, W. (2011). *Ansiedad*. Recuperado de: <http://www.walter-riso.com/>

Riveros, Q. Hernández, V. & Rivera, B. (2007). Niveles de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. *IIPSI*, 10 (1), 91-102. Recuperado de:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1609-74752007000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1609-74752007000100005&script=sci_arttext)

Toro, D.F. et al. (2006). Ley 1090 del 2006. Recuperado de:

[http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Ley\\_1090\\_2006\\_-\\_Psicologia.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia.pdf)

## Apéndices

### Apéndice A

#### Formato de aplicación de la prueba

#### IDARE - E

#### Inventario de Autoevaluación

(Ch. Spielberger, versión de A. Martínez, F. González, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero, modificada por J. Grau, B. Castellanos y M. Martín)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

#### Instrucciones

Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y haga una cruz en el espacio que indique **cómo se siente ahora mismo**; o sea, **en estos momentos**. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar su respuesta lo mejor posible y **que mejor describa sus sentimientos ahora**.

N°	Frases	No 1	Un poco 2	Bastante 3	Mucho 4
1	Me siento calmado(a)				

2	Me siento seguro(a)				
3	Estoy tenso(a)				
4	Estoy contrariado(a)				
5	Me siento a gusto				
6	Me siento alterado(a)				
7	Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado(a)				
9	Me siento ansioso(a)				
10	Me siento cómodo(a)				
11	Me siento con confianza en mí mismo(a)				
12	Me siento nervioso(a)				
13	Estoy agitado(a)				
14	Me siento a punto de explotar				
15	Me siento relajado(a)				
16	Me siento satisfecho(a)				
17	Estoy preocupado(a)				
18	Me siento muy excitado(a) y aturdido(a)				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

**Para uso del examinador:**

**VALORACIÓN**

Puntuación:	Diagnóstico:
-------------	--------------

## IDARE - R

### Inventario de Autoevaluación

(Ch. Spielberger, versión de A. Martínez, F. González, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero,  
modificada por J. Grau, B. Castellanos y M. Martín)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

### Instrucciones

Algunas de las expresiones que las personas utilizan para describirse aparecen más abajo. Lea cada frase y haga una cruz en el espacio que indique **cómo se siente generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta lo mejor posible que describa **cómo se siente generalmente**.

N°	Frasas	Casi nunca 1	Algunas veces 2	Frecuent e- mente 3	Casi siempre 4
1	Me canso rápidamente				
2	Siento ganas de llorar				
3	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo				
4	Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente				
5	Me siento descansado				
6	Me siento bien				
7	Soy una persona tranquila, serena, sosegada				
8	Siento que las dificultades se me amontonan, al				

	punto de no poder superarlas				
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
10	Soy feliz				
11	Me inclino a tomar las cosas muy a pecho				
12	Me falta confianza en mí mismo(a)				
13	Me siento seguro(a)				
14	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad				
15	Me siento melancólico(a)				
16	Estoy satisfecho(a)				
17	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
18	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
19	Soy una persona estable				
20	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos, me pongo tenso(a) y alterado(a)				

**Para uso del examinador:**

**VALORACIÓN**

Puntuación:	Diagnóstico:
-------------	--------------

## Apéndice B

### Formato de consentimiento informado para menores de edad

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con C.C. \_\_\_\_\_, en calidad de representante legal de \_\_\_\_\_ identificado (a) con T.I. \_\_\_\_\_, he sido informado (a) sobre las generalidades del proceso de investigación titulado **Ansiedad en estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad de Antioquia Sede Yarumal**, sus objetivos y prueba a aplicar.

Los resultados de la investigación serán tratados de modo meticoloso, en atención a la obligatoriedad de la confidencialidad, en los procedimientos psicológicos en Colombia (Ley 1090 de 2006).

Firma Representante Legal: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Laura Cristina Atehortúa Echavarría: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Estudiante de Psicología Universidad de Antioquia

Jhon David López Zuluaga: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Estudiante de Psicología Universidad de Antioquia

**Asesora Académica:** Nathaly Berrío García

Firma \_\_\_\_\_

T.P. 120908

Testigo 1: \_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

## Apéndice C

### Formato de consentimiento informado para mayores de edad

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con C.C. \_\_\_\_\_, he sido informado (a) sobre las generalidades del proceso de investigación titulado **Ansiedad en estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad de Antioquia Sede Yarumal**, sus objetivos y prueba a aplicar.

Los resultados de la investigación serán tratados de modo meticulado, en atención a la obligatoriedad de la confidencialidad, en los procedimientos psicológicos en Colombia (Ley 1090 de 2006).

Firma Participante \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Laura Cristina Atehortúa Echavarría \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Estudiante de Psicología Universidad de Antioquia

Jhon David López Zuluaga \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Estudiante de Psicología Universidad de Antioquia

**Asesora Académica:** Nathaly Berrío García

Firma \_\_\_\_\_

T.P. 120908

Testigo 1: \_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_