

Ansiedad en practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia Sede Amalfi

JUDY ALEXANDRA JIMENEZ LÓPEZ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

AMALFI

2015

Ansiedad en practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia Sede Amalfi

JUDY ALEXANDRA JIMENEZ LÓPEZ

Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga

Asesora

Nathaly Berrío García

Psicóloga

Esp. Gestión de Proyectos

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

AMALFI

2015

### ***Agradecimientos***

*A Nathaly Berrio, mi asesora, por todo lo que he aprendido, por las horas dedicadas a resolver mis dudas y por su eterna paciencia.*

*A mis padres, que a pesar de la distancia siempre estuvieron atentos a saber cómo iba mi proceso de formación.*

*A mis hermanas, porque ustedes son el motor que impulsa a ser mejor cada día.*

*A Augusto Cano, mi novio, por su paciencia y horas dedicadas, que espero compensar.*

*A mis maestros por su pasión en la actividad docente, que se vieron reflejados en sus conocimientos compartidos, sus palabras de aliento y sus consejos para convertirme en una profesional.*

*A mis compañeros y compañeras, por los buenos momentos que hemos compartido. Creo que me llevo algo de cada uno, tanto para crecimiento profesional como personal. Siento que ningún otro compañero de este pregrado tenga la suerte de tener a la mejor compañera, Aura María Vásquez, mi amiga.*

*A los que me han demostrado su apoyo y brindado sus ánimos y consejos durante toda mi carrera.*

***Gracias infinitas***

## Contenido

	<b>Pág.</b>
Planteamiento del problema	11
Justificación	15
Objetivos	18
Marco teórico	19
Metodología	62
Resultados	72
Discusión	94
Conclusiones	96
Recomendaciones	97
Referencias	98
Apéndices	103

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Número de Practicantes de Psicología, de la Universidad Antioquia sede Amalfi, por niveles y sexo.	14
<b>Tabla 2.</b> Antecedentes de investigación.	14
<b>Tabla 3.</b> Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM IV TR	33
<b>Tabla 4.</b> Criterios para el diagnóstico de angustia	35
<b>Tabla 5.</b> Criterios para el diagnóstico de agorafobia	36
<b>Tabla 6.</b> Criterios para el diagnóstico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]	38
<b>Tabla 7.</b> Criterios para el diagnóstico de F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]	39
<b>Tabla 8.</b> Criterios para el diagnóstico de F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]	40
<b>Tabla 9.</b> Criterios para el diagnóstico de F40 Fobia específica [300.29]	41
<b>Tabla 10.</b> Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social [300.23]	43
<b>Tabla 11.</b> Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo- compulsivo [300.3]	45
<b>Tabla 12.</b> Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]	48
<b>Tabla 13.</b> Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3]	51
<b>Tabla 14.</b> Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]	54

<b>Tabla 15.</b> Criterios para el diagnóstico de F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica [293.89]	56
<b>Tabla 16.</b> Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias	57
<b>Tabla 17.</b> Descripción de las variables de análisis	66
<b>Tabla 18.</b> Datos válidos para las variables en general	72
<b>Tabla 19.</b> Frecuencia por género	73
<b>Tabla 20.</b> Frecuencia por edad	75
<b>Tabla 21.</b> Frecuencia por Nivel de Práctica	77
<b>Tabla 22.</b> Datos estadísticos generales para las variables demográficas	79
<b>Tabla 23.</b> Datos estadísticos generales de las subescalas	79
<b>Tabla 24.</b> Resumen del procesamiento de casos para estadísticos de fiabilidad	80
<b>Tabla 25.</b> Índice de confiabilidad general	80
<b>Tabla 26.</b> Resumen del procesamientos de casos para el Total de Ansiedad – Rasgo y Ansiedad- Estado por género.	81
<b>Tabla 27.</b> Discriminación de medias para Total de Ansiedad – Rasgo y Total de Ansiedad- Estado por género.	82
<b>Tabla 28.</b> Resumen del procesamientos de casos para el Total de Ansiedad – Rasgo y Ansiedad- Estado por edad.	85
<b>Tabla 29.</b> Discriminación de medias para Total de Ansiedad – Rasgo y Total de Ansiedad- Estado por edad.	85
<b>Tabla 30.</b> Resumen del procesamientos de casos para el Total de Ansiedad – Rasgo y Ansiedad- Estado por Nivel de Práctica.	90

**Tabla 31.** Discriminación de medias para Total de Ansiedad – Rasgo y Total de Ansiedad- Estado por Nivel de Práctica. 90

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b> Frecuencia por género	74
<b>Figura 2.</b> Frecuencia por edad	76
<b>Figura 3.</b> Frecuencia por nivel de práctica	78
<b>Figura 4.</b> Nivel de ansiedad-Estado por género	83
<b>Figura 5.</b> Nivel de ansiedad- Rasgo por género	84
<b>Figura 6.</b> Nivel de ansiedad- Estado por edad	88
<b>Figura 7.</b> Nivel de ansiedad- Rasgo por edad	89
<b>Figura 8.</b> Nivel de ansiedad- Estado por Nivel de Práctica	92
<b>Figura 9.</b> Nivel de ansiedad- Rasgo por Nivel de Práctica	93

## Lista de apéndices

	<b>Pág.</b>
<b>Apéndice A.</b> Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	103
<b>Apéndice B.</b> Formato de consentimiento informado	107

## Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de ansiedad en los practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi. El estudio se realizó en una muestra de 48 universitarios, con un rango de edad entre los 20 a los 49 años, quienes realizaron sus prácticas de psicología en el semestre 2014-2. El instrumento aplicado es el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Cada subescala tiene 20 items. En el IDARE-E, hay 10 items positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 items negativos. En la escala Rasgo hay 13 items positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. Como factores de estudio se utilizaron variables como el sexo, la edad y el nivel de práctica.

Los resultados señalan diferencias significativas en los niveles de ansiedad según el género, puesto que las mujeres obtuvieron la mayor puntuación en Ansiedad Estado y Ansiedad-Rasgo. En cuanto a la edad se encontró los más altos puntajes entre los 20 a 25 años de edad y los menores puntajes entre los 35 a 45 años de edad tanto en Ansiedad - Estado como Ansiedad - Rasgo. De igual manera se evidenció que los Niveles de Practica con mayor puntaje en el Inventario fueron el 1 y 2 a diferencia del 3 en Ansiedad -Estado y en Ansiedad -Rasgo la puntuación más alta fue el Nivel de Práctica 1 y el menor se encontró en el nivel 3, siendo estos resultados significativos.

**Palabras clave:** Ansiedad- Rasgo, Ansiedad -Estado, Practicantes, Psicología, Universidad.

## **Planteamiento del problema**

En el proceso de formación profesional, cuando inicia la práctica, se deben poner en escena las competencias y los conocimientos teóricos, los cuales son cruciales para un buen desarrollo en el campo profesional.

Numerosos son los trabajos en los que se estudia la ansiedad en universitarios, dado el gran tamaño de la población afectada por las problemáticas en este ámbito que conllevan a un bajo rendimiento, a la deserción estudiantil, a una mala realización de práctica profesionales, entre otras circunstancias, las cuales se encuentran relacionadas con el avance curricular y el afrontamiento de situaciones de mayor dificultad que evidentemente afectan el bienestar individual.

Pero es de notarse que las prácticas en el área de psicología demandan mucho más que un saber, se perciben una serie de movimientos y cambios, aumento de responsabilidades que pueden obstaculizar el cumplimiento de una buena práctica profesional, de modo que puede dar pie para que surja la ansiedad.

Así mismo, según Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2011), en Bucaramanga, en la Universidad Industrial de Santander (UIS) se reportó a través de las consultas atendidas en el Departamento de Bienestar Universitario, que en el año 2004, uno de los trastornos que más se diagnosticó fue el trastorno de ansiedad en un 9% de la población estudiantil.

El origen de esta tensión podría existir en el transcurso del proceso educativo, puesto que la mayor parte de la carrera contienen un curriculum más teórico que práctico y cuando llega el momento de confrontar los conocimientos adquiridos, se desconoce cómo articularlos con la

realidad y esto genera altos niveles de ansiedad durante su ejercicio. Además a esto se añade la cantidad de situaciones potencialmente estresoras que existen en el medio de las prácticas psicológicas, que solo se descubren cuando se avanza en ellas, por lo que surgió la iniciativa de indagar por los asuntos que convergen en este proceso de transición.

Por tanto, cabe señalar que “la ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente” (Virues, 2005, p.1).

En este sentido, a nivel internacional teniendo en cuenta la proporción de individuos que alguna vez en su vida ha sufrido enfermedades mentales, en cuanto a los trastornos de ansiedad, según Urrego y Cocomo (1999) “los trastornos de ansiedad son frecuentes en la población general y pueden llegar a una prevalencia de 4 a 8%” (p.62).

Por otro lado algunos teóricos relacionan la ansiedad con otras enfermedades como el estrés (Holmes y Rahe, como se cita en Carbonell, Castellanos, Cobo, Rodríguez, Sánchez y Vivo, 2009; Riveros, Hernández & Rivera, 2007;) depresión, (Castro & Carrillo; Riveros, et al., 2007) rasgos de personalidad (Martínez, Sáiz & García, 2008 como se cita en Siabato, Forero y Paguay, 2013; Castro & Carrillo).

Igualmente la ansiedad puede relacionarse con otros factores como el sexo y la edad. Según Balanza, Morales y Guerrero (2009), en un estudio realizado en una muestra de 700 alumnos, de todas las variables, el sexo es la variable que presenta una mayor asociación con los trastornos de ansiedad, el 57,5% de las mujeres frente al 36,3% de los hombres.

De la misma manera Agudelo et al. (2008) estudiaron a 259 alumnos, 227 de los cuales eran mujeres (87.6%) y 32 eran hombres (12.4%), que cursaban de primero a séptimo semestre de la facultad de psicología en la Universidad Pontificia Bolivariana, con una rango de edad de 16 a 26 años, hallando que las mujeres tienden a puntuar más alto que los hombres en los síntomas ansiosos.

Respecto a la edad, uno de los datos más importantes que obtuvo el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia sobre los trastornos de ansiedad según distribución por edad, el 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Por otra parte, los trastornos de ansiedad se están presentando en edades tempranas, con lo cual la edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años en el trastorno de fobia específica y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático (Posada, Buitrago, Medina y Rodríguez, 2006).

Por lo anterior, se puede mencionar que la ansiedad en los universitarios se convierte en algo más que una simple sintomatología pasajera, debido a que la ansiedad como se piensa no sólo perjudica al rendimiento académico, sino que también afecta la salud de las personas que la padecen.

De esta manera se realizó un rastreo sobre investigaciones respecto a la ansiedad en los estudiantes practicantes de psicología de la Universidad de Antioquia Sede Amalfi, en la cual no se encontraron estudios de ninguna índole en la población universitaria. Esta sede cuenta con una población de 308 estudiantes (matriculados en programas de pregrado presenciales y virtuales) de los cuales 48 son estudiantes practicantes de psicología en los niveles I, II, Y III (J. F. Vélez, Secretario Sede Amalfi, 8 de agosto, 2014).

**Tabla 1.** Número de Practicantes de Psicología, de la Universidad Antioquia sede Amalfi, por niveles y sexo.

<b>Nivel de Práctica</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
I	5	19
II	2	21
III	1	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>40</b>

Para finalizar, a nivel municipal se indagó en el Hospital el Carmen, en la Oficina de Salud Pública y los hallazgos no mostraron indicios de estudios que hagan referencia a la ansiedad en la población amalfitana, ni de ninguna otra problemática relacionada con el tema en cuestión (I. Pacheco, Psicóloga de Salud Pública, 12 de agosto, 2014).

Por lo anteriormente expuesto se realizó el trabajo de investigación sobre ansiedad en estudiantes practicantes de Psicología, teniendo en cuenta la pregunta de interés: ¿Cuál es el nivel de ansiedad en los practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi?

## Justificación

El proceso de prácticas profesionales constituye una situación novedosa, altamente ansiógena, que implica demandas al psicólogo practicante, pudiendo suscitar en algunas ocasiones que no solo pongan a prueba la formación personal, académica, sino también la salud mental.

De esta manera confirmando lo anterior Iruarrizaga y Manzano (1999, como se cita en Rojo, Tifner & Albanesi, 2014), expresaron que “toda persona en algún momento de su vida se ve inmersa en situaciones donde se someten a valoración las cualidades personales del individuo, pudiéndose cuestionar sus capacidades y conocimientos, lo cual genera un considerable monto de ansiedad” (p.109).

Respecto a la variable ansiedad de acuerdo con Castellanos, Guarnizo y Salamanca (2011, como se cita en Siabato, et al., 2013), hallaron en su investigación realizada con estudiantes que inician sus prácticas profesionales de psicología de una Universidad de la ciudad de Tunja, niveles elevados de ansiedad.

En esta línea De la Ossa, Martínez, Herazo y Campo (2009, como se cita en Castellanos, Guarnizo & Salamanca ,2011), “la ansiedad es una emoción psicobiológica básica, una respuesta adaptativa normal a la amenaza o a los estresores, que en la mayoría de los casos condiciona el desempeño del individuo” (p.50). Cabe resaltar que la ansiedad se expresa en diferentes dominios tales como el cognitivo, el conductual, el emocional y el fisiológico. Respecto al momento que un individuo está experimentando ansiedad, los síntomas cognitivos, es decir, los pensamientos, juegan siempre un papel relevante en la aparición de esta, pero se le suele dar una mayor

importancia a los síntomas fisiológicos, dejando relegados las otras formas de expresión de la ansiedad.

En concordancia con lo anterior, no se puede dejar de considerar que la ansiedad difiere en los individuos dependiendo de la habilidad para hacer frente a las situaciones de presión de modo que se debe diferenciar una ansiedad normal, que todos alguna vez en un momento importante pueden tener, de aquella ansiedad que puede aparecer de forma prolongada y excesiva generando conductas y pensamientos poco adaptativos. Este último tipo de ansiedad, sí supone una gran dificultad porque puede impedir alcanzar los objetivos que se han propuesto (Álvarez, Aguilar & Lorenzo, 2012).

En esta misma línea, podemos hallar que la ansiedad se puede presentar anticipatoriamente o situacionalmente (rasgo-estado). De esta manera si el sentimiento de malestar se produce a la hora de pensar en qué pasará en un evento cualquiera (ansiedad anticipatoria), o si por el contrario la ansiedad solo acontece durante el propio evento (ansiedad situacional) (Álvarez et al., 2012).

Por tales motivos y considerando la gravedad de la problemática surgió el interés de conocer y realizar un estudio para conocer los índices de ansiedad en los practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi, puesto que finalmente, a nivel municipal, no se disponen estudios que hagan referencia a la ansiedad en los universitarios.

De modo que la investigación planteada contribuirá a evaluar el nivel de ansiedad mostrando una aproximada dimensión de dicho problema entre los mencionados estudiantes.

Para culminar, la información que se obtenga puede servir por un lado para sugerir ideas, recomendaciones o hipótesis para futuros estudios que se realicen en el municipio en relación con los niveles de ansiedad en los estudiantes de la Universidad Antioquia sede Amalfi; asimismo, contar con información de esta índole posibilita estructurar planes de apoyo, abordaje y mecanismos de promoción, prevención e intervención, desde Bienestar Universitario para mejorar la calidad de vida y en consecuencia el desempeño académico de sus estudiantes.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar el nivel de ansiedad en los practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi.

### **Objetivos específicos**

- Seleccionar la población y la muestra apropiada para la investigación.
- Seleccionar instrumentos que sean válidos y confiables para la medición.
- Aplicar el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), para obtener las puntuaciones de las variables que son de interés para el estudio.
- Analizar los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento.

## Marco teórico

### Antecedentes de investigación

A continuación se presenta una recopilación de investigaciones relacionadas con el tema del actual estudio, las cuales están organizadas cronológicamente:

**Tabla 2.** Antecedentes de investigación.

Estudio	Lugar	Muestra	Medidas	Resultados
Amézquita, Gonzales y Zuluaga (2000)	Colombia	625 estudiantes de diferentes programas académicos de la Universidad de Caldas	Inventarios de ansiedad y depresión de Beck y una encuesta semiestructurada	Se encontró alta prevalencia de depresión (49,8%), ansiedad (58,1%) e ideación suicida (41%). De las situaciones del ambiente universitario que contribuían más a la ansiedad, fueron las dificultades en las relaciones con los compañeros, los docentes y las responsabilidades

				académicas.
Celis, Bustamante, Cabrera, Cabrera, Alarcón & Monge (2001)	Lima	98 estudiantes, 53 del primero y 45 del sexto año de la Facultad de Medicina – Universidad Nacional Mayor de San Marcos.	Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo y el Inventario de Estrés Académico	Se encontró mayores niveles de ansiedad en alumnos de primer año que en alumnos de sexto año, siendo estos resultados significativos.
Hernández , Rivera y Riveros (2007)	Lima	500 estudiantes universitarios de la UNMSM, distribuidos por género y por bloque académico	Escala HADS	La ansiedad es mayor en mujeres que en hombres, con una medida de 9,25 frente a 8,97.
Araujo, Cerezo,	México	22 estudiantes de una	Tarea de discriminación	Los alumnos con los promedios más bajos,

<p>Coronado y Hernández (2008)</p>		<p>universidad publica</p>	<p>basada en el paradigma de Stroop modificado</p>	<p>presentaron indicadores más elevados de ansiedad conductual. Adicionalmente, se encontró que los alumnos que de manera sistemática se encontraron más bajo en su índice de estudio, mostraron mayor ansiedad escolar.</p>
<p>Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2008)</p>	<p>Colombia</p>	<p>259 estudiantes de primero a séptimo semestre de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia</p>	<p>Inventario de Depresión de Beck (BDI), cuestionario de Depresión de Estado-Rasgo (ST / DEP) y cuestionario de Ansiedad Estado/</p>	<p>Aunque los resultados no evidencian la gravedad de los síntomas ansiosos y depresivas en los participantes, si indica la presencia de estos dos cuadros, siendo las mujeres más</p>

		Bolivariana	Rasgo (STAI)	vulnerables que los hombres frente a su presentación.
Balanza, Guerrero y Morales (2009)	España	700 alumnos de la Universidad Católica San Antonio de Murcia	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)	El 47,1% de los estudiantes sufrían trastornos de ansiedad. En el análisis multivalente, el sexo femenino son quienes presentan mayor riesgo de ansiedad
Furlan, Sánchez, Heredia, Piemontesi y Illbele (2009)	Argentina	816 estudiantes universitarios	Ansiedad ante los exámenes (GTAI-A) y adaptaciones de algunas escalas del MSLQ	Los estudiantes con elevada ansiedad utilizaron más frecuentemente estrategias de repetición y búsqueda de ayuda académica y los de baja ansiedad, estrategias de estudio reflexivo.

Bustos, Corsini y Fuentes (2012)	Temuco- Chile	269 alumnos de primer a quinto semestre	Cuestionario IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado)	La ansiedad aparece como fenómeno frecuente en nuestros estudiantes con tendencia al aumento según su avance curricular. La relación de estos niveles con sexo y edad no fue significativa.
Martínez, García e Ingles (2013)	España	1409 estudiantes	Inventario de Ansiedad escolar (IAES), Inventario de ansiedad Estado- Rasgo (STAI y STAIC) y el Inventario de Depresión infantil (CDI)	Los resultados muestran correlaciones positivas
Albanesi, Rojo y Tifner (2014)	Argentina	60 estudiantes de Licenciatura	Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE)	Los resultados ponen de manifiesto que las instancias de

		en Psicología de la Universidad de San Luis		exámenes orales son experimentadas por muchos alumnos con elevados montos de ansiedad, independientemente del grado de avance que poseen en su carrera.
--	--	--	--	---

## **Ansiedad**

Definiciones sobre la ansiedad existen muchas, aquí se darán a conocer unas de las más clarificadoras, para una mayor comprensión del constructo.

Según Vila (1984, como se cita en Casado, 1994):

La ansiedad es una emoción normal cuya función es activadora y por lo tanto, facilita la capacidad de respuesta del individuo; pero cuando ésta es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, o aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo, produciendo alteraciones en el funcionamiento emocional y funcional del individuo, se considera una manifestación patológica (p.10).

Igualmente Papalia (1994), define la ansiedad como un situación que tiene como característica la presencia de sentimientos de difusos desagradable y de tensión, que se da

consecuentemente cuando se antepone una verdadera o falsa amenaza (Álvarez, Aguilar & Lorenzo, 2012).

En la misma línea, Lang (2002, como se cita en Virues, 2005), considera que la ansiedad es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

En el intento de definir la ansiedad de forma más concreta recogiendo las distintas posturas, Miguel-Tobal (1990, como se cita en Casado, 1994), propone la siguiente definición: La ansiedad es una respuesta emocional que engloba aspectos cognitivos, fisiológicos y emocionales. La respuesta de ansiedad puede ser inducida tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, entre otras, que son percibidos por los individuos como peligrosos y amenazantes.

### **Sintomatología**

Lang (1968, como se cita en Oblitas, 2004), propone la *Teoría Tridimensional de la Ansiedad*, la cual plantea que la reacción emocional de la ansiedad puede contemplarse en tres niveles (Álvarez et al., (2012):

A nivel *cognitivo*, “la ansiedad se manifiesta en sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, dificultad para decidir, presencia de pensamientos negativos sobre uno mismo...” (p.6). Lo cognitivo en este sentido hace referencia a la experiencia.

A nivel *fisiológico*, hace referencia a los cambios corporales:

La ansiedad se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros como el Sistema Nervioso Central, el Sistema Endocrino y el Sistema Inmune. De estos cambios o alteraciones los sujetos sólo perciben algunos como son el aumento en la frecuencia cardiaca (palpitaciones), el aumento en la frecuencia respiratoria, presencia de sudoración, entre otros síntomas, que a su vez, pueden acarrear una serie de cambios psicofisiológicos transitorios, tales como dolores de cabeza, insomnio, náuseas, mareos, disfunción eréctil (Álvarez et al., 2012, p.6).

Por último a nivel *motor*, haciendo referencia a las conductas observables, Álvarez et al. (2012) plantean que la ansiedad se manifiesta como movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), elevado consumo de alimentos o sustancias (como café y/o tabaco), evitación de situaciones temidas, entre otras.

### **Tipos de ansiedad**

Por otro lado, teóricos han relacionado la ansiedad con la personalidad, en tal caso proponen que la ansiedad pueda ser reconocida en términos de rasgo y de estado. (Álvarez, et al., 2012):

La ansiedad rasgo se define como una predisposición a interpretar, de forma relativamente estable, las situaciones como amenazantes; esta propensión hará elevar la ansiedad estado de los sujetos. La ansiedad estado es una condición transitoria, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, inquietud y preocupación, así como una

hiperactividad del sistema nervioso autónomo; puede variar en intensidad y fluctuar en el tiempo (p. 6).

En otras palabras, si una persona es más propensa a la ansiedad frente a una situación, entonces la ansiedad puede tomarse como rasgo de personalidad, pero si por el contrario es considerado solo un estado, cuando la ansiedad está presente de forma pasajera en una situación puesto que puede interferir de forma negativa en otro campo (Álvarez, et al., 2012).

### **Teorías sobre ansiedad**

A continuación, se realizará un breve recorrido por los distintos enfoques que han contribuido a crear un concepto teórico sobre las causas de la ansiedad:

**Teorías psicoanalíticas.** La teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad es un signo del ego, que algún impulso inaceptable está presionando para hacerse consciente, propuesto en 1926, en la última obra de Freud “Inhibiciones, Síntomas, y Ansiedad”. Este autor identifica elementos fenomenológicos, subjetivos y fisiológicos, completando que es el componente subjetivo el que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Según Sierra, et al. (2003), se identifican tres teorías sobre la ansiedad dentro del enfoque psicoanalítico:

1) “La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior”, (p. 23) esta se presenta como una advertencia para el individuo, de esta manera le avisa de un peligro real que hay en el ambiente en el que se encuentra.

2) La ansiedad neurótica, se concibe de igual manera como una señal de peligro, pero su origen se debe indagar en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis.

3) “La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el súper-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos” (p.24).

**Teorías conductuales.** Las teorías conductuales o basadas en el aprendizaje sobre la ansiedad han proporcionado algunos de los tratamientos más efectivos para los trastornos de este tipo. “El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso que provoca la conducta del organismo” (Sierra, et al., 2003, p.24), es decir, las teorías conductuales afirman que la ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos.

Además cabe resaltar que esta escuela (conductista) maneja en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor con gran frecuencia. De esta manera, en las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos ambientales específicos condicionados o incondicionados, todo indicando que se puede concebir la conducta de ansiedad como un aprendizaje por observación y el proceso de modelado (Sierra, et al., 2003).

**Teorías existenciales.** Las corrientes humanistas y existencialistas también se han ocupado del constructo de ansiedad, siendo el elemento común de las mismas la consideración de “la ansiedad como el resultado de la percepción de peligro por parte del organismo” (Casado 1994, p.16).

Casado (1994), destaca algunos autores, entre ellos:

Sullivan (1953) “conceptualiza la ansiedad como la percepción de una evaluación negativa por parte de personas significativas en nuestras vidas” (p.16).

Para Epstein (1967), “la ansiedad es un estado de impulso emocional que aparece tras la percepción de un peligro, como una situación de miedo sin resolver o como un estado de arousal no dirigido a la percepción de amenaza” (p.17).

**Teorías situacionistas.** Frente a las teorías rasgo-estado aparecen un grupo de autores entre los que según Casado (1994), se destaca Mischel, quien en su obra “Personalidad y evaluación” (1968) “argumenta que la respuesta de ansiedad depende directamente de las características de la situación más que de las variables de personalidad del sujeto” (p.30).

El modelo situacionista, se centra en el estudio de la conducta misma y no en la conducta como manifestación de una estructura o estado interno del individuo. Este enfoque sugiere que la conducta es principalmente aprendida, siendo este aprendizaje (por condicionamiento clásico, operante o por aprendizaje vicario) el responsable del desarrollo y mantenimiento de las misma conducta (Casado, 1994).

**Teorías cognitivas.** Aunque se han postulado diversas teorías sobre la ansiedad que fundamentan en la creencia de que existen estructuras cognitivas relacionadas con los trastornos de ansiedad, vale la pena destacar cuatro orientaciones básicas que han generado la mayor parte de la investigación sobre esta cuestión.

***Modelo de expectativa de la ansiedad: Reiss.***

Tal vez uno de los modelos cognitivos de mayor impacto sobre la psicopatología actual de la ansiedad según Belloch, Sandín y Ramos es el de Reiss (1980). Este autor distingue entre expectativas de ansiedad y expectativas de peligro, de la misma manera aunque el modelo es pavloviano-cognitivo, integra aspectos operantes: reforzamiento negativo y autorreforzamiento.

Reiss reformula la teoría de expectativa introduciendo el concepto de sensibilidad a la ansiedad como elemento central de su modelo cognitivo (anteriormente era el concepto de expectativa de ansiedad), planteando así que el modelo gira en torno a los siguientes seis conceptos fundamentales (Belloch, et al., 2009):

- **Expectativa de peligro:** Tener la expectativa de sufrir un peligro o daño del medio físico externo.
- **Sensibilidad al daño:** Sensibilidad al daño físico y personal.
- **Expectativa de ansiedad:** Hace referencia a la posibilidad de experimentar estrés o ansiedad.
- **Sensibilidad a la ansiedad:** Sensibilidad a experimentar ansiedad.
- **Expectativa de evaluación social:** Tener la expectativa de reaccionar de manera que se le evalúe de manera negativa.
- **Sensibilidad a la evaluación social:** Sensibilidad a ser evaluado negativamente.

Reiss se basa en cinco hipótesis para establecer su modelo, formulándolas así (Belloch, et al., 1980, p.107):

*Hipótesis 1.* Algunos miedos están motivados parcialmente o en su totalidad por expectativas y sensibilidades a la ansiedad.

*Hipótesis 2.* La sensibilidad a la ansiedad es una variable de diferencias individuales que se evalúa a través del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad.

*Hipótesis 3.* Un índice de sensibilidad a la ansiedad elevado se asocia fuertemente con tendencia a experimentar miedo. La gente con alta sensibilidad a la ansiedad debería tener miedos a diferentes objetos o situaciones, mientras que la gente con baja sensibilidad a la ansiedad debería tener relativamente pocos miedos.

*Hipótesis 4.* La sensibilidad a la ansiedad no se encuentra exclusivamente en la agorafobia.

*Hipótesis 5.* La sensibilidad a la ansiedad es un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad.

### ***Emoción e imagen: procesamiento bioinformacional.***

Lang (1979), propone “que las imágenes emocionales son conceptuadas como estructuras preposicionales, y no como representaciones sensoriales” (Belloch, Sandín & Ramos, 2009, p.112). Es de importancia resaltar que aunque el modelo fue concebido inicialmente como una teoría sobre las imágenes emocionales, en sucesivos desarrollos el autor lo aplicó específicamente a la ansiedad y a los trastornos de ansiedad.

Según Lang (1968, como se cita en Oblitas 2004), en su teoría tridimensional de la ansiedad, asevera que estos sucesos tienen una directa relación con la memoria emocional, puesto que contienen tres tipos de información (Chávez, 2004):

1. Información sobre estímulos externos y sus características físicas;
2. Información sobre las respuestas asociadas a los estímulos, pudiendo incluir sobre expresiones faciales, conductas verbales, respuestas de aproximación y evitación, respuestas viscerales asociadas y somáticas, entre otras;
3. Información sobre proporciones semánticas, las cuales definen el significado de los estímulos de las respuestas asociadas con ellos (p.13).

Lo anteriormente planteado originan un estado de hipervigilancia en el individuo, el cual se encuentra en una firme búsqueda de estímulos ambientales para captar cualquier amenaza, lo que produce tanto a nivel fisiológico, como cognitivo y conductual sentimientos de malestar (Chávez, 2004).

### ***Sesgos cognitivos y ansiedad.***

Según Belloch, et al. (2009), tanto Bower como Beck, asumen que en los pacientes con algún trastorno de ansiedad debe existir una estructura cognitiva disfuncional que les lleva a producir ciertos sesgos en todos los aspectos del procesamiento de la información y en último, al desarrollo de un proceso emocional alterado. Aunque ambos autores han desarrollado su teoría pensando más en la depresión que en la ansiedad, sus implicaciones se extienden también a los problemas de ansiedad.

Beck propuso que “tanto la depresión como la ansiedad están asociadas a un sesgo congruente con el estado de ánimo en todos los aspectos del procesamiento”. De acuerdo con lo representado con el modelo de Beck, existe un esquema disfuncional que es primordial en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y la ansiedad.

La diferencia entre la depresión y la ansiedad, es que ambos trastornos es explicada en términos de contenido de los sesgos del procesamiento, es decir, los individuos con trastornos de ansiedad poseen un sesgo sistemático para procesar selectivamente la información relevante al peligro personal, como resultado de una activación selectiva del esquema asociado representado en la memoria a largo plazo (Belloch, et al., 2009).

### **Criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad**

A continuación se presenta la clasificación de los trastornos de ansiedad, de acuerdo con el DSM IV TR.

**Tabla 3.** Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM IV TR

Crisis de angustia
Agorafobia
Trastorno de angustia Trastorno de angustia sin agorafobia Trastorno de angustia con agorafobia
Agorafobia sin historia de trastorno de pánico
Fobia específica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo animal</li> <li>• Tipo ambiental (alturas, tormentas, agua, etc.)</li> <li>• Tipo sangre-inyecciones-daño</li> <li>• Tipo situacional (aviones, ascensores,</li> </ul>

etc.)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro tipo</li> </ul>
Fobia social (trastorno de ansiedad social)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo generalizado</li> <li>• Tipo no generalizado</li> </ul>
Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno de estrés postraumático
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo agudo</li> <li>• Tipo crónico</li> </ul>
Trastorno de estrés agudo
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad por condición médica general
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
Trastorno de ansiedad no especificado

A continuación se presentan los criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad, tal y como se describen en la DSM-IV TR.

**Crisis de angustia.** Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar

torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.477).

**Tabla 4.** Criterios para el diagnóstico de 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]

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 hormiguelo)

(13) escalofríos o sofocaciones

**Agorafobia.** Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.477).

**Tabla 5.** Criterios para el diagnóstico de 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] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22])

**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).

**Trastorno de angustia sin agorafobia.** Se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.477).

**Tabla 6.** Criterios para el diagnóstico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]

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

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes.

(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

**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).

**Trastorno de angustia con agorafobia.** Se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.477).

**Tabla 7.** Criterios para el diagnóstico de F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]

**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

**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 por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

**Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.** Se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.477).

**Tabla 8.** Criterios para el diagnóstico de F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]

**A.** Aparición de agorafobia 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
- 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.

**Fobia específica.** Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.477).

**Tabla 9.** Criterios para el diagnóstico de F40 Fobia específica [300.29]

- 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.

**La fobia social.** Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad) (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.477).

**Tabla 10.** Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social [300.23]

**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).

**Trastorno obsesivo- compulsivo.** Se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad) (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.477).

**Tabla 11.** Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo- compulsivo [300.3]

**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.

**Trastorno por estrés postraumático.** Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.477).

**Tabla 12.** Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

**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

**Trastorno por estrés agudo.** Se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.478).

**Tabla 13.** Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3]

**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 re-experimentado 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

**Trastorno de ansiedad generalizada.** Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.478).

**Tabla 14.** Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

**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.

**Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.** Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.478).

**Tabla 15.** Criterios para el diagnóstico de F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica [293.89]

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

**Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.** Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.478).

**Tabla 16.** Criterios para el diagnóstico de 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.

**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 :**

**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.

**Trastorno de ansiedad no especificado.** Se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

Debido a que el trastorno por ansiedad de separación se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección «Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia»

La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual» (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2002, p.478).

## **Ámbito universitario**

La universidad conlleva a un paso de gran trascendencia en la vida de todo estudiante, puesto que implica nuevos y desafiantes retos. De esta manera, aunque el estudiante venga dotado de unas habilidades y valores familiares que de cierta forma le permitan enfrentar con autonomía este nuevo ciclo, para desempeñarse apropiadamente en el contexto se requiere analizar y evaluar recursos cognitivos-motivacionales y sociales de los cuales debe disponer para hacer más enriquecedor el tránsito entre el colegio y la educación superior (Dapelo, Cabrera, González & Lillo, 2013).

Apoyando lo anterior Cardona, Ramírez y Tamayo (s.f.), plantean que esta etapa de transición, está considerada como:

La más reveladora por las implicaciones que tiene para el plan de vida de la persona y caracterizada por exigir a los estudiantes nuevas actitudes y desarrollos personales, de acuerdo con las demandas surgidas relacionadas con cambios culturales y con el propio sistema educativo de las instituciones de educación superior a las que acceden (p. 87).

De la misma manera es importante rescatar que los jóvenes reconocen no solamente las aulas de clase como parte del escenario universitario, sino otros ambientes lúdicos que les puedan permitir interactuar con sus compañeros en espacios no académicos (Cardona, et al., s. f).

Por otro lado Ferro, Martínez y Otero (2009), comparten un aspecto muy evidente en el ámbito de la educación superior. Estos autores señalan que un entorno cambiante como lo es la universidad exige una constante actualización en el dominio de conocimientos y habilidades, en la cual se ha hecho necesaria una nueva reconceptualización de la formación académica superior,

basada en el aprendizaje del alumno y en el diseño de herramientas metodológicas llamadas las TICs, las cuales favorecen la adquisición de habilidades y estrategias para la gestión, análisis, evaluación y recuperación de información, tanto electrónica como convencional.

En la misma línea, Dubet (2005), expone que cada vez se hace más fácil el ingreso al mundo universitario, puesto que se ha ido masificando el acceso a los estudios superiores, multiplicándose así sus instituciones educativas, diversificando la oferta universitaria (carreras) y su curriculum formativo.

Además, Conte (1993, como se cita en Dubet, 2005) expresa reforzando lo anteriormente esbozado:

Los estudiantes no sólo son cada vez más numerosos, sino que también realizan estudios cada vez más largos, incluidos los estudiantes de las carreras cortas que desean mejorar su preparación escolar y prolongar un poco más el tiempo de la juventud. El temor al desempleo, el deseo de mejorar la propia formación en un contexto que tiende a la rentabilidad cada vez menor de los títulos y el de prolongar la vida de estudiante, se conjugan para alargar el tiempo de los estudios (p.8).

Finalmente, se debe tener en cuenta, que en el ámbito de la educación superior, el individuo está obligado a adaptarse a la organización de los estudios, a los exámenes, a las lecciones, es decir, obliga a priorizar y cambiar necesidades, cambios que indican una orientación precisa en los resultados que se deben obtener como buena formación y productividad del estudiante.

## **Metodología**

### **Enfoque**

Según Pérez (1994, como se cita en López, 2001), las características más importantes del enfoque empírico-analítico, que el autor denomina paradigma cuantitativo (o positivista, o tradicional, o clásico) son:

La teoría positivista busca un conocimiento sistemático, comprobable y comparable, medible y replicable; la preocupación fundamental de esta línea de investigación es la búsqueda de la eficacia y el incrementar el corpus de conocimiento; la metodología sigue el modelo hipotético – deductivo; la realidad es observable, medible y cuantificable; parte de una muestra significativa para generalizar los resultados.

El enfoque metodológico de la investigación propuesta es el empírico analítico, estrategia que se utilizó para cumplir con los objetivos de esta investigación, puesto que trata de explicar mejor el fenómeno que se quiere entender (la ansiedad), lo cual necesita de la objetividad en el análisis de la información proporcionada por la población universitaria, de manera que los datos se evaluaran de forma neutral y libre de valores. De este modo, se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), una técnica cuantitativa, con la intención de alcanzar la mayor precisión y exactitud en los resultados.

### **Diseño**

Para la presente investigación se utilizó el diseño cuantitativo, el cual según Hernández, Fernández y Batista (2010), es un esquema deductivo y lógico, busca formular preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas, confía en la medición estandarizada y

numérica, utiliza el análisis estadístico, pretende generalizar los resultados de los estudios mediante muestras representativas.

El test aplicado a los psicólogos practicantes posee una estandarización por parte de los creadores para diferentes tipos de población, por lo cual se pueden aplicar de forma universal. La elección de dicho instrumento de medición se fundamenta en la practicidad de aplicación y calificación que posee.

Para la sistematización de la información se utilizó un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales llamado Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y una sencilla interfaz para la mayoría de los análisis.

### **Tipo**

De acuerdo con la lógica de la investigación el tipo de investigación que se empleó es descriptivo, el cual busca establecer las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un estudio (Hernández et al., 2010).

La presente investigación corresponde y se fundamentó metodológicamente en un tipo descriptivo, que buscó describir las variables de estudio (sexo, edad, nivel de práctica, ansiedad estado, ansiedad rasgo). A través de la información recogida en un solo momento, en un tiempo único, permitieron de acuerdo con los datos obtenidos, dar una descripción detallada y específica de las variables.

## **Población y muestra**

La población comprende a los practicantes de Psicología de los niveles I, II y III de la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi, evaluados en el semestre 2014-2. Puesto que el objetivo de este estudio es identificar el nivel de ansiedad en los practicantes de Psicología, se aplicó el instrumento de investigación a la totalidad de los estudiantes matriculados en Práctica (48), de los cuales 8 de ellos son varones y 40 mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 49 años.

## **Instrumentos de recolección de la información**

El instrumento que será utilizado para llevar a cabo este trabajo es el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), 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). (Véase Apéndice A).

**Autores:** C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene.

**Descripción:** El IDARE es un inventario auto evaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), auto-aplicada.

Cada una de ellas tiene 20 ítems. En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la Escala Rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas.

**Aplicación:** Evidentemente, en todas las escalas que son autodescriptivas, como ésta, el sujeto puede tergiversar la información, por lo que se necesita un buen rapport, de manera que el sujeto

describa sus verdaderos sentimientos y comportamientos. Por otro lado, es necesario que el sujeto tenga una escolaridad de 9º. Grado para que pueda comprender las proposiciones cuando se aplica de manera auto - administrada. No obstante, es posible utilizarla de manera hetero aplicada (el examinador lee los ítems y las alternativas de respuestas) en cuyo caso se ha utilizado con éxito en pacientes con menos escolaridad, ancianos con deterioro cognitivo leve, pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, etc. De manera convencional, se aplica primero la escala Ansiedad como estado y luego la escala Ansiedad como rasgo; pero es posible aplicar solamente una de las subescalas, en función de los intereses del examinador.

**Áreas de aplicación:** Ha sido sometido a numerosos procesos de validación y es una de las pruebas que más se utiliza actualmente para la evaluación de la ansiedad, tanto en personas "sanas", como en la escala 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 Estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos, pacientes psiquiátricos y personas con problemas de enfermedades crónicas o dolor.

**Corrección e Interpretación:** Para calificar se debe conocer el puntaje alcanzado en cada ítem. Se debe utilizar la clave, a manera de saber que grupos de anotaciones se suman, a partir de que algunas proposiciones están formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad y otras de manera inversa. Se utiliza posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permite ubicar al

sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo Baja, Moderada o Alta. Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. Los sujetos deben contestar a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala tipo Likert que va de 1 a 4. En la escala A-Estado son las siguientes: 1. No en Absoluto; 2. Un Poco; 3. Bastante; 4. Mucho y en la escala A-Rasgo la constituyen: 1. Casi Nunca; 2. Algunas Veces; 3. Frecuentemente; 4. Casi Siempre.

### Operacionalización de variables

A continuación se encuentra la descripción detallada de las variables de análisis, las cuales hacen parte del estudio en cuestión.

**Tabla 17.** Descripción de las variables de análisis

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>Sexo</b>	Género de los sujetos participantes en la investigación.	Cualitativo	Masculino (1) y femenino (2).
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona.	Cualitativo	20 a 49 años
<b>Nivel de Práctica</b>	Nivel de práctica profesional en el que están matriculados los participantes.	Cualitativo	Niveles I, II y III
<b>Ansiedad Estado</b>	Condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos	Cuantitativo	Sumatoria de los puntajes obtenidos en los ítems 1 al 20 del IDARE.

	conscientemente percibidos.		
<b>Ansiedad Rasgo</b>	Diferencias individuales relativamente estables en propensión a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado.	Cuantitativo	Sumatoria de los puntajes obtenidos en los ítems 21 al 40 del IDARE.

### **Criterios de confiabilidad y validez**

#### **Confiabilidad**

Para Martínez (1996, como se cita en Argibay, 2006), la confiabilidad es “la consistencia en un conjunto de medidas de un atributo. Podríamos también definir la confiabilidad como la proporción de la variabilidad verdadera respecto de la variabilidad obtenida” (p.17).

Para garantizar la confiabilidad en el presente estudio se tuvo en cuenta:

- Acordar la hora para la prueba.
- El ambiente en el cual se administró tenía buena iluminación.
- Se dieron las mismas instrucciones a todos los participantes.
- Se aseguró que en cada protocolo recibido todos ítems estuviera correctamente respondidos.

-Se confirmó que los datos sociodemográficos (edad, sexo) se encontraran debidamente diligenciados.

### **Validez**

“La validez tiene que ver con poder determinar si el instrumento está midiendo realmente el atributo que dice medir” (Argibay, 2006, p.26). En esta medida, en la presente investigación se tuvo en cuenta para asegurar la validez:

- Que el test psicométrico (IDARE) fuera estandarizado y de una fuente confiable.
- Examinar que los ítems que componen la prueba, estuvieran en concordancia con lo que se pretende medir.

### **Criterios éticos**

Según la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, los principios éticos a tener en cuenta para la investigación son:

**Consentimiento informado.** Es un deber del profesional de la psicología y un derecho del usuario de sus servicios profesionales y del participante en sus investigaciones. Es obligación del profesional de la psicología informar a su usuario, y asegurarse de que éste entienda, acerca de los procedimientos, las técnicas y estrategias que seguirá en sus actividades de evaluación, investigación o intervención psicológica, en su respectiva área de ejercicio profesional. (Véase Apéndice B).

**Secreto profesional.** En la práctica de la psicología, mantener el secreto profesional, definido como la obligatoria reserva que debe tener todo profesional frente al conocimiento que en función de su trabajo llegare a conocer (Hernández y Espinosa, 2011), resulta de suma importancia. Si el psicólogo no puede garantizar la reserva de lo que sus consultantes le comunican, así como de los resultados de sus evaluaciones, sería imposible el ejercicio de la psicología, y los consultantes no tendrían confianza en el psicólogo como terapeuta ni como consultor. La psicología, al igual que las demás profesiones que tienen que ver con la información personal, íntima, privada y secreta de las personas, debe garantizar la confidencialidad de sus consultantes.

**Confidencialidad.** Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

**Evaluación de técnicas.** En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones. Se esforzarán por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Harán lo posible para garantizar por parte de otros el uso debido de las técnicas de evaluación.

**Investigación con participantes humanos.** La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

#### **CAPITULO VI. Del uso de material psicotécnico**

-El 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.

-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.

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

-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.

-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.

## Resultados

En la aplicación del Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (IDARE) en los practicantes de psicología se hallaron diversos resultados referentes a la evaluación de Ansiedad- Estado, Ansiedad –Rasgo.

Entre estos resultados se hace especial énfasis en el índice de confiabilidad general de la prueba, así como una descripción de los resultados con referencia al género, la edad y el nivel de práctica.

El tamaño de la muestra fue de 48 universitarios practicantes quienes realizaron sus prácticas de psicología en el semestre 2014-2, en la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi.

La confiabilidad del Inventario fue de 0,775, lo cual indica que los resultados son confiables.

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

**Tabla 18.** Datos válidos para las variables en general

		Género	Edad	Nivel de Práctica
N	Válidos	48	48	48
	Perdidos	0	0	0
Media		1,83	25,27	1,48

		Género	Edad	Nivel de Práctica
N	Válidos	48	48	48
	Perdidos	0	0	0
	Media	1,83	25,27	1,48
	Desv. típ.	,377	6,542	,545

### Análisis de Frecuencias

#### Frecuencia por género

La selección de la muestra fue por conveniencia. El número total de mujeres fue de 40 y de hombres fue 8, para un total de 48 practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi.

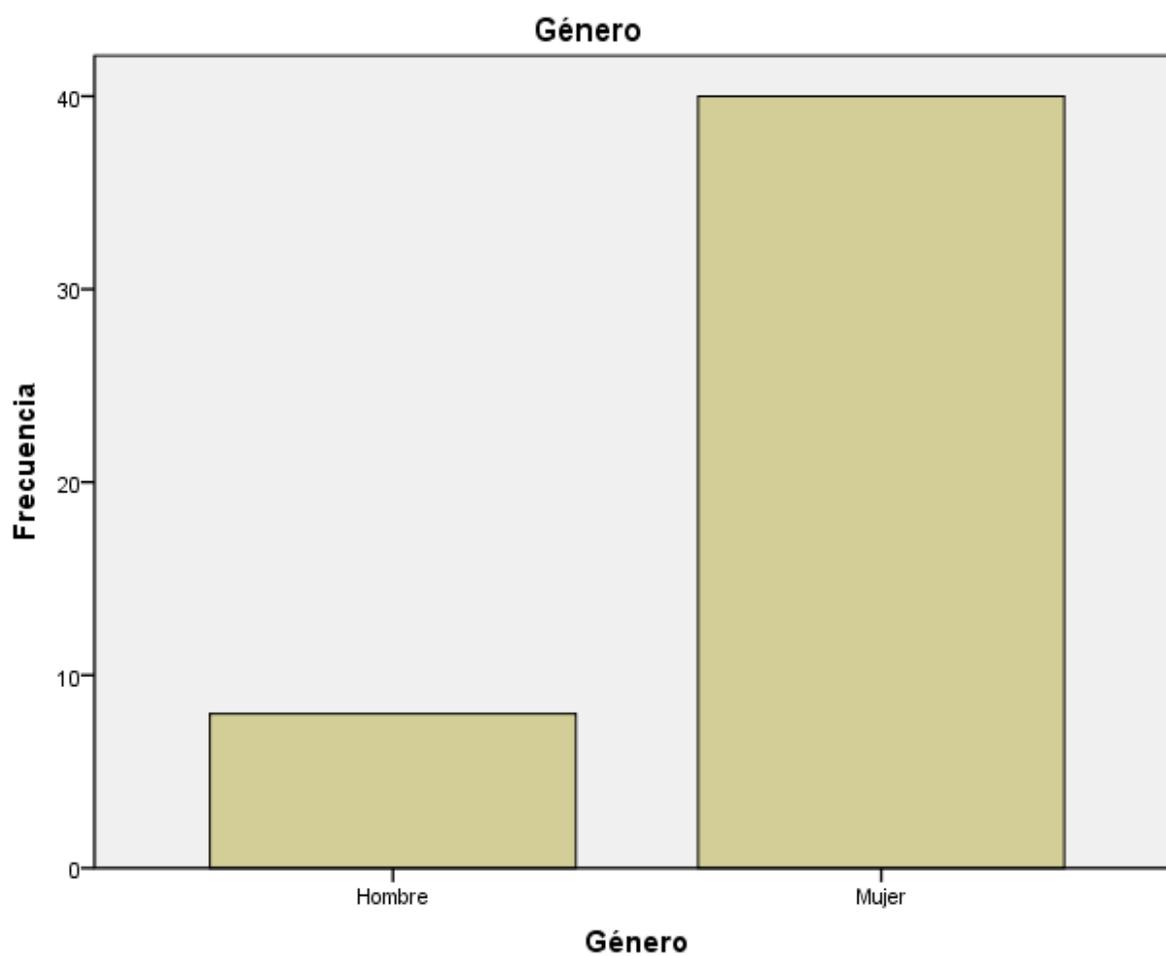
**Tabla 19.** Frecuencia por género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	8	16,7	16,7	16,7

s	Mujer	40	83,3	83,3	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

El porcentaje de participantes fue de 83,3 % mujeres y 16,7 % hombres.

**Figura 1.** Frecuencia por género



### Frecuencia por edad

Los estudiantes que participaron de la investigación tenían una edad entre 20 y 49 años.

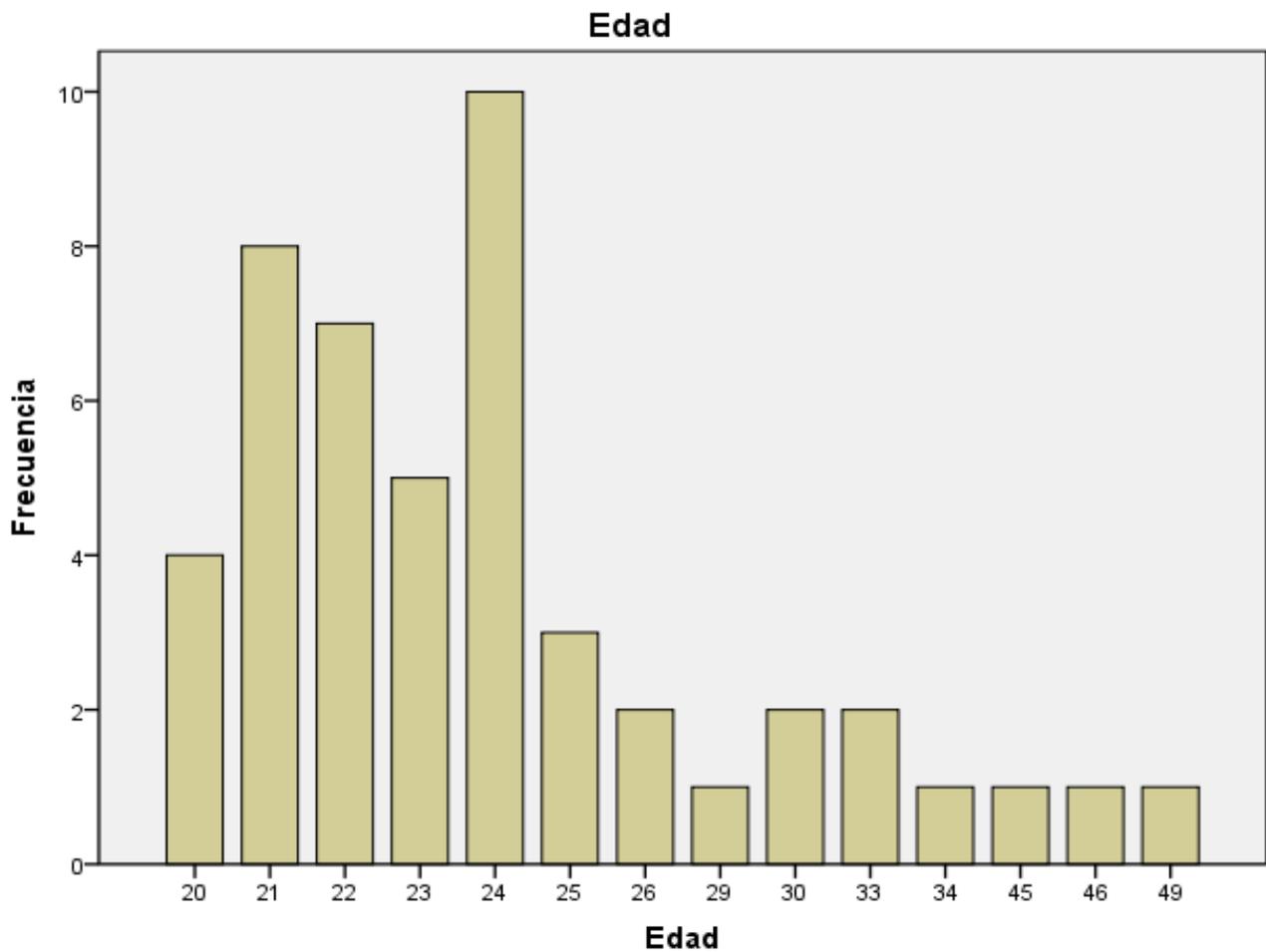
**Tabla 20.** Frecuencia por edad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20	4	8,3	8,3	8,3
	21	8	16,7	16,7	25,0
	22	7	14,6	14,6	39,6
	23	5	10,4	10,4	50,0
	24	10	20,8	20,8	70,8
	25	3	6,3	6,3	77,1
	26	2	4,2	4,2	81,3
	29	1	2,1	2,1	83,3
	30	2	4,2	4,2	87,5
	33	2	4,2	4,2	91,7
	34	1	2,1	2,1	93,8
	45	1	2,1	2,1	95,8

46	1	2,1	2,1	97,9
49	1	2,1	2,1	100,0
Total	48	100,0	100,0	

La edad con mayor participación fue la de 24 años, con un porcentaje de 20,8 % y las de menor frecuencia fueron de 29, 34, 45, 46 y 49 con 2,1 % respectivamente.

**Figura 2.** Frecuencia por edad



### Frecuencia por nivel de práctica

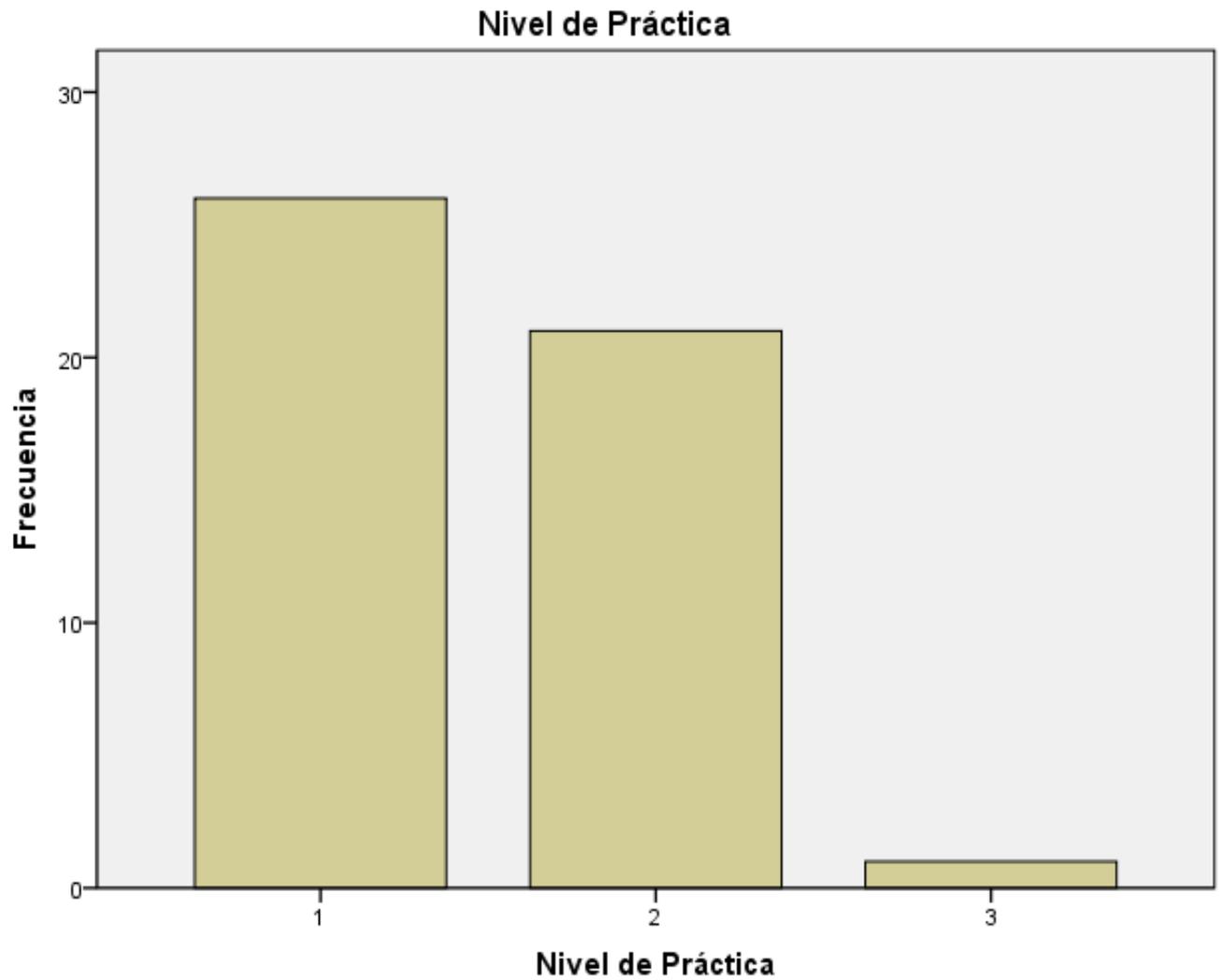
Los niveles de práctica de los universitarios que participaron en la investigación fueron del 1 al 3.

**Tabla 21.** Frecuencia por Nivel de Práctica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	26	54,2	54,2	54,2
2	21	43,8	43,8	97,9
3	1	2,1	2,1	100,0
Total	48	100,0	100,0	

El mayor porcentaje de participación fue de los universitarios de nivel práctica 1 con el 54,2 % y el de menor porcentaje fue el nivel de practica 3 con el 2,1 %.

**Figura 3.** Frecuencia por nivel de práctica



### **Estadísticos descriptivos**

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

**Tabla 22.** Datos estadísticos generales para las variables demográficas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	48	20	49	25,27	6,542
Nivel de Práctica	48	1	3	1,48	,545
N válido (según lista)	48				

**Tabla 23.** Datos estadísticos generales de las subescalas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total Estado	48	22	70	42,71	12,216
Total Rasgo	48	22	63	41,71	9,356
N válido (según lista)	48				

### Confiabilidad

La evaluación de la confiabilidad de la prueba se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS.

Al realizar el análisis de fiabilidad general se identificó un Alfa de Cronbach de 0,775, lo que indica que el instrumento tiene un grado alto de confiabilidad, validando su uso para la recolección de datos.

El siguiente reporte presenta dichos valores:

**Tabla 24.** Resumen del procesamiento de casos para estadísticos de fiabilidad

	N	%
Casos Válidos	48	100,0
Excluidos	0	,0
Total	48	100,0

- a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

**Tabla 25.** Índice de confiabilidad general

Alfa de Cronbach	N de elementos
,775	2

La confiabilidad del total de ítems del test es alta, lo cual indica que el instrumento utilizado para medir la ansiedad es confiable.

### Análisis de medias

**Análisis de medias por género.** Al procesar la información para determinar el nivel de ansiedad en los practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi de acuerdo con el género de los estudiantes, se identificó lo siguiente:

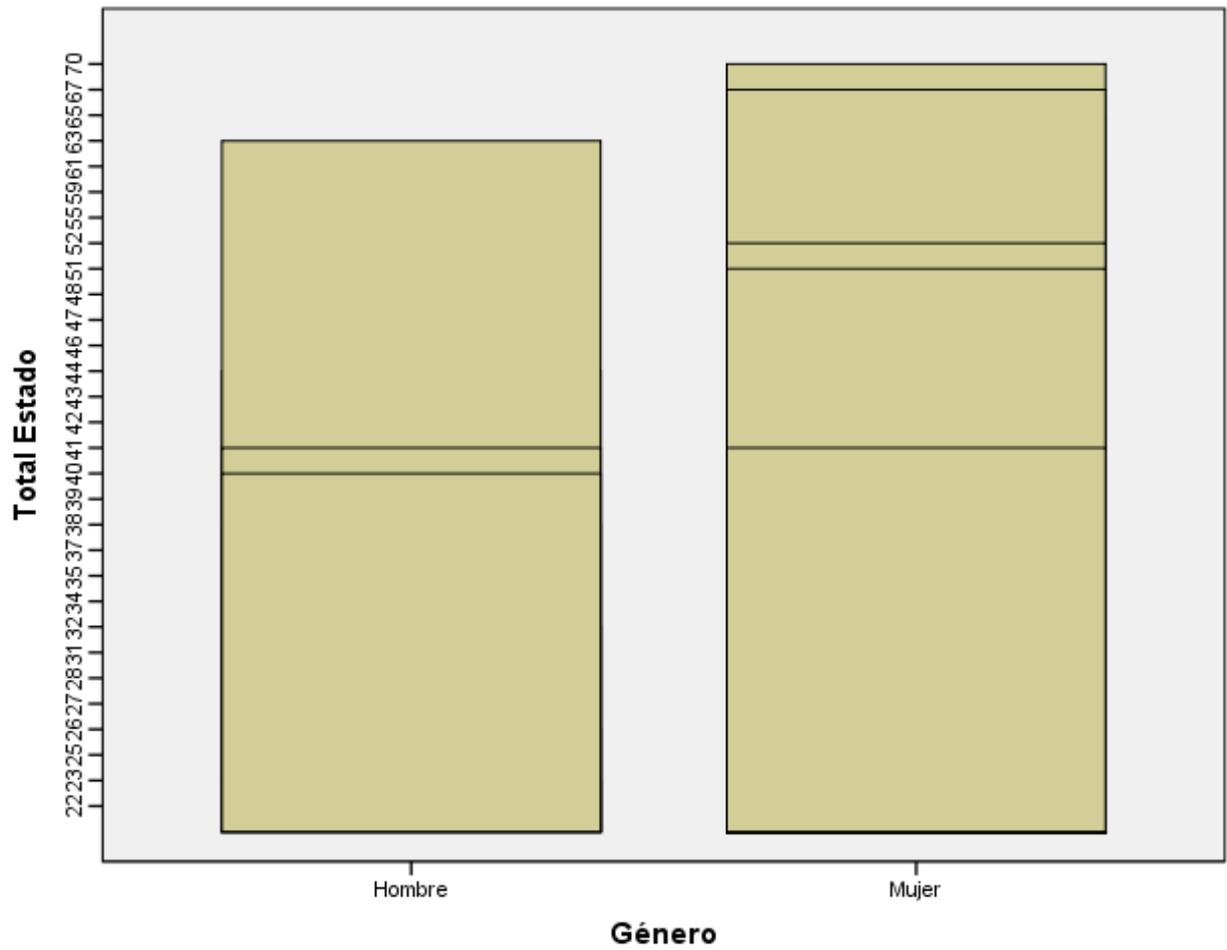
**Tabla 26.** Resumen del procesamiento de casos para el Total de Ansiedad – Rasgo y Ansiedad- Estado por género.

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Total Rasgo *	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%
Género						
Total Estado *	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%
Género						

**Tabla 27.** Discriminación de medias para Total de Ansiedad – Rasgo y Total de Ansiedad- Estado por género.

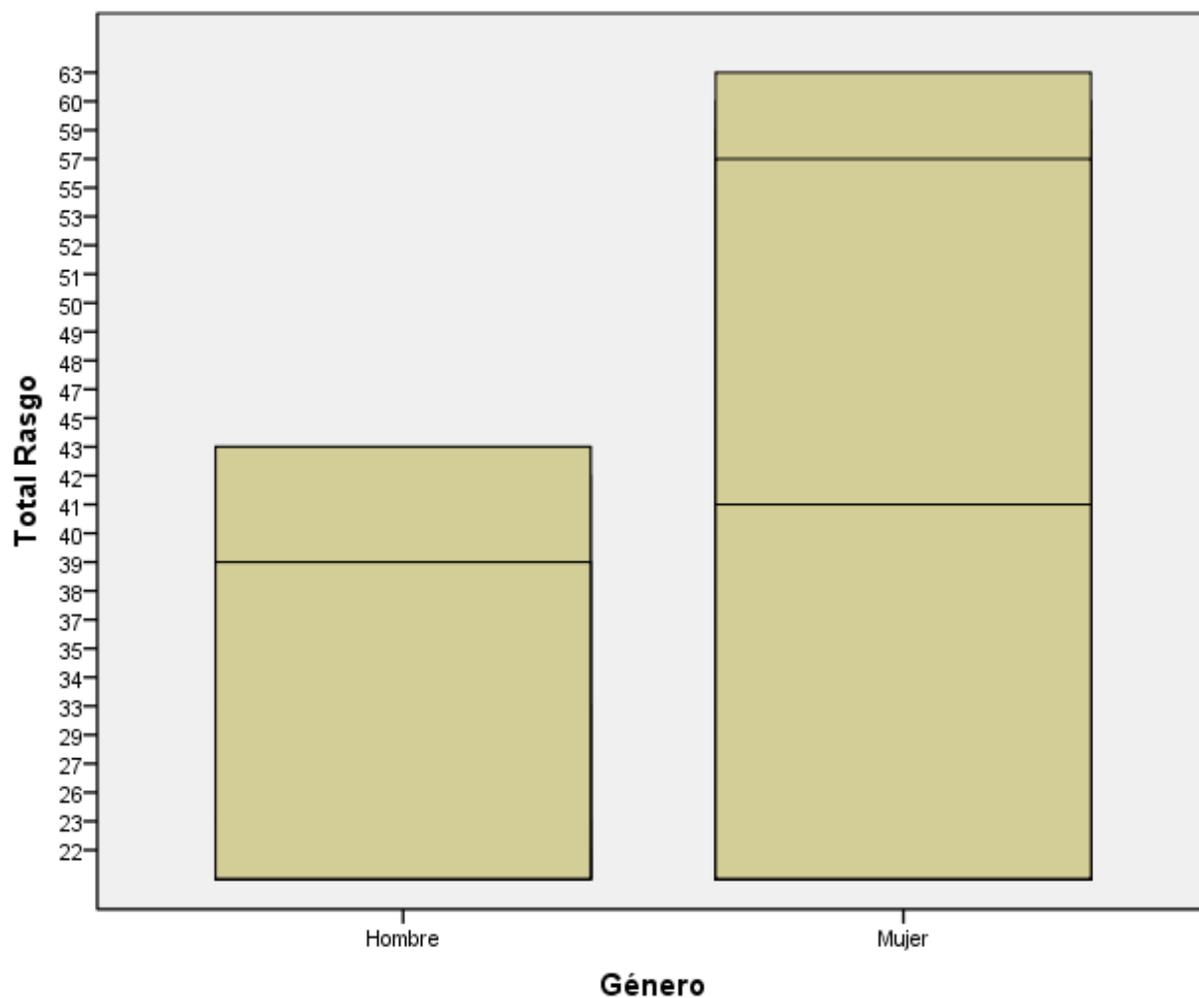
Género		Total Rasgo	Total Estado
Hombre	Media	35,50	38,38
	N	8	8
	Desv. típ.	8,652	12,409
Mujer	Media	42,95	43,58
	N	40	40
	Desv. típ.	9,086	12,148
Total	Media	41,71	42,71
	N	48	48
	Desv. típ.	9,356	12,216

**Figura 4.** Nivel de Ansiedad-Estado por género



En este gráfico se puede evidenciar que las mujeres obtuvieron mayor nivel de Ansiedad-Estado, que los hombres.

**Figura 5.** Nivel de ansiedad- Rasgo por género.



En el gráfico se identifica que las mujeres tuvieron mayor nivel de Ansiedad- Rasgo que los hombres.

**Análisis de medias por edad.** En los resultados del Inventario IDARE, se evidenció que los universitarios entre los 20 a 25 años de edad, obtuvieron mayor puntaje de Ansiedad-Rasgo y Ansiedad- Estado y el menor puntaje se encontró entre los 25 a 45 años de edad en Ansiedad-

Rasgo y Ansiedad- Estado. Lo cual se puede interpretar como que los Practicantes de Psicología entre 20 y 25 años de edad obtuvieron un alto nivel de ansiedad.

**Tabla 28.** Resumen del procesamiento de casos para el Total de Ansiedad – Rasgo y Ansiedad- Estado por edad.

	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Total Rasgo *	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%
Edad						
Total Estado *	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%
Edad						

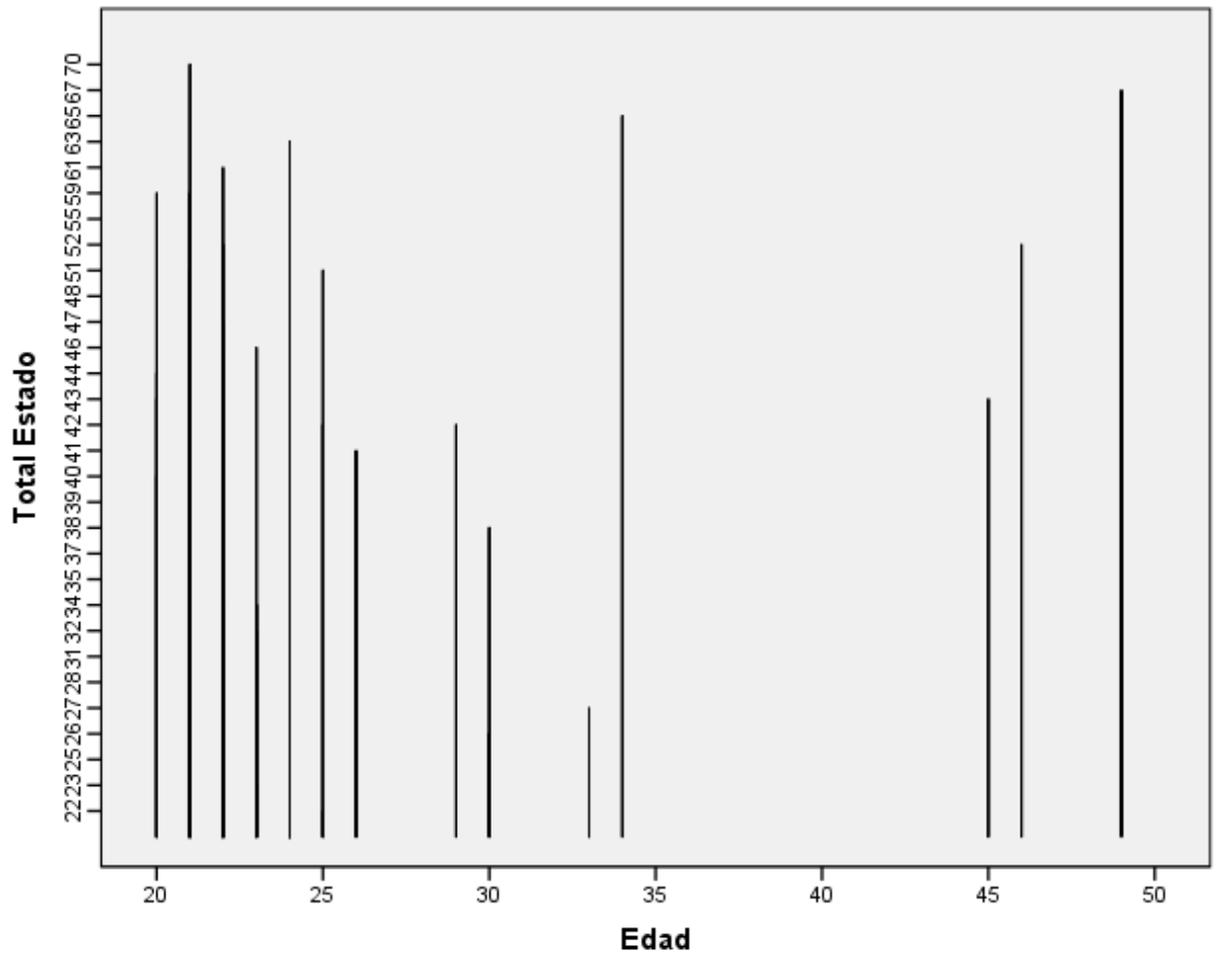
**Tabla 29.** Discriminación de medias para Total de Ansiedad – Rasgo y Total de Ansiedad- Estado por edad.

Edad	Total Rasgo	Total Estado
Media	44,50	46,50
20 N	4	4
Desv. típ.	16,663	8,505

	Media	44,63	44,88
21	N	8	8
	Desv. típ.	11,488	14,750
	Media	44,57	42,71
22	N	7	7
	Desv. típ.	10,374	12,107
	Media	33,80	33,80
23	N	5	5
	Desv. típ.	6,760	8,198
	Media	43,30	46,50
24	N	10	10
	Desv. típ.	5,229	9,525
	Media	36,00	38,33
25	N	3	3
	Desv. típ.	6,245	14,844
	Media	47,50	36,00
26	N	2	2
	Desv. típ.	,707	7,071
	Media	45,00	42,00
29	N	1	1
	Desv. típ.	.	.
	Media	34,00	32,00
30	N	2	2

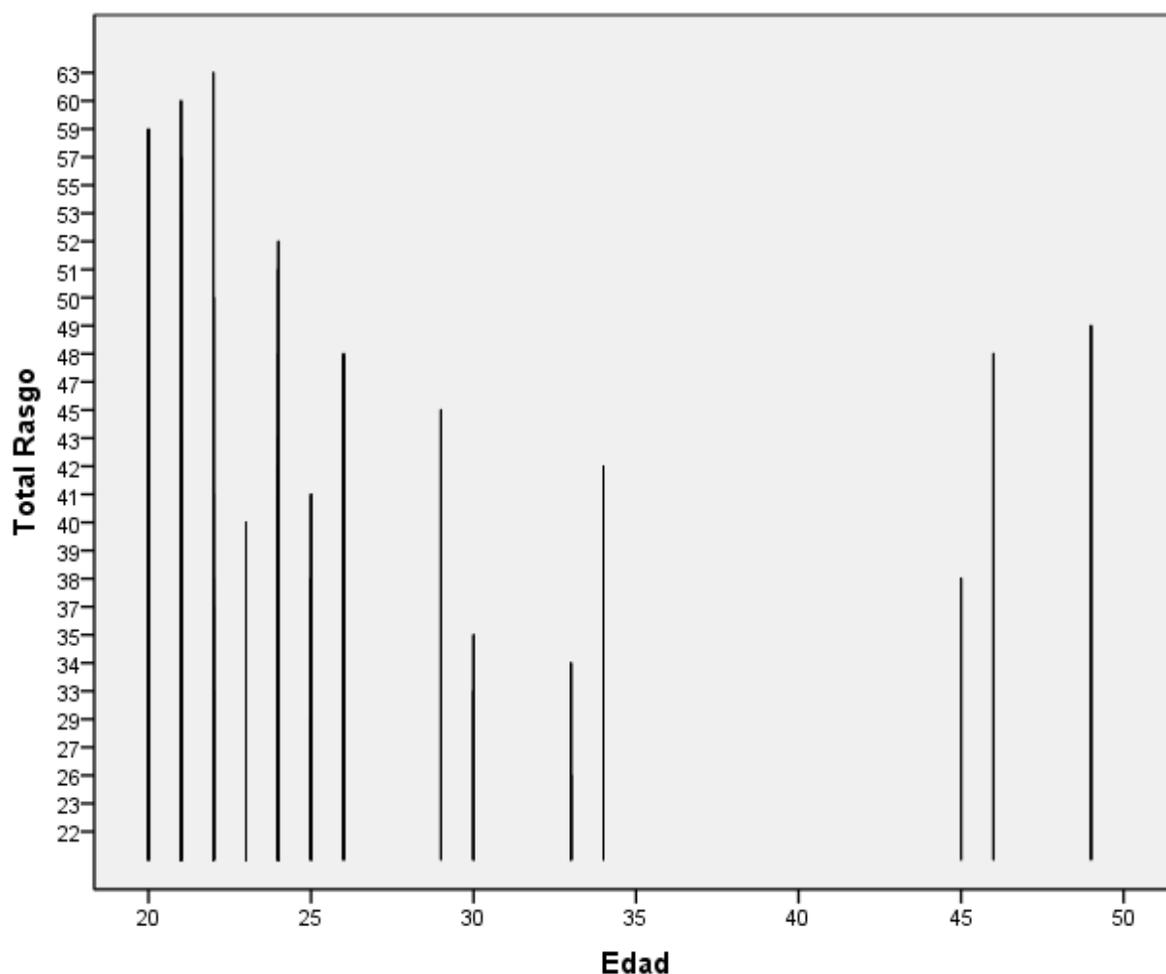
	Desv. típ.	1,414	8,485
	Media	30,00	26,00
33	N	2	2
	Desv. típ.	5,657	1,414
	Media	42,00	65,00
34	N	1	1
	Desv. típ.	.	.
	Media	38,00	43,00
45	N	1	1
	Desv. típ.	.	.
	Media	48,00	52,00
46	N	1	1
	Desv. típ.	.	.
	Media	49,00	67,00
49	N	1	1
	Desv. típ.	.	.
	Media	41,71	42,71
Total	N	48	48
	Desv. típ.	9,356	12,216

**Figura 6.** Nivel de ansiedad- Estado por edad.



En este gráfico se puede establecer que entre las 20 a 25 años de edad se obtuvo mayor nivel de Ansiedad-Estado y el menor nivel se encontró entre los 35 a 45 años de edad.

**Figura 7.** Nivel de ansiedad- Rasgo por edad.



En este gráfico se puede identificar que entre los 20 a 25 años de edad, se obtuvo mayor nivel de Ansiedad-Rasgo y el menor nivel se encontró entre los 35 a 45 años de edad.

**Análisis de medias por grado.** Se observó que los Niveles de Práctica con más alta puntuación en la subescala de Ansiedad-Estado son los Niveles 1 y 2 pero la diferencia entre estos no es significativa. Frente al nivel de Ansiedad- Rasgo se evidencio mayor puntaje en el Nivel de Práctica 1.

Y la menor puntuación en las subescalas de Ansiedad- Rasgo y Ansiedad-Estado se obtuvo en el Nivel de Práctica 3.

**Tabla 30.** Resumen del procesamiento de casos para el Total de Ansiedad – Estado y Ansiedad-Rasgo por Nivel de Práctica.

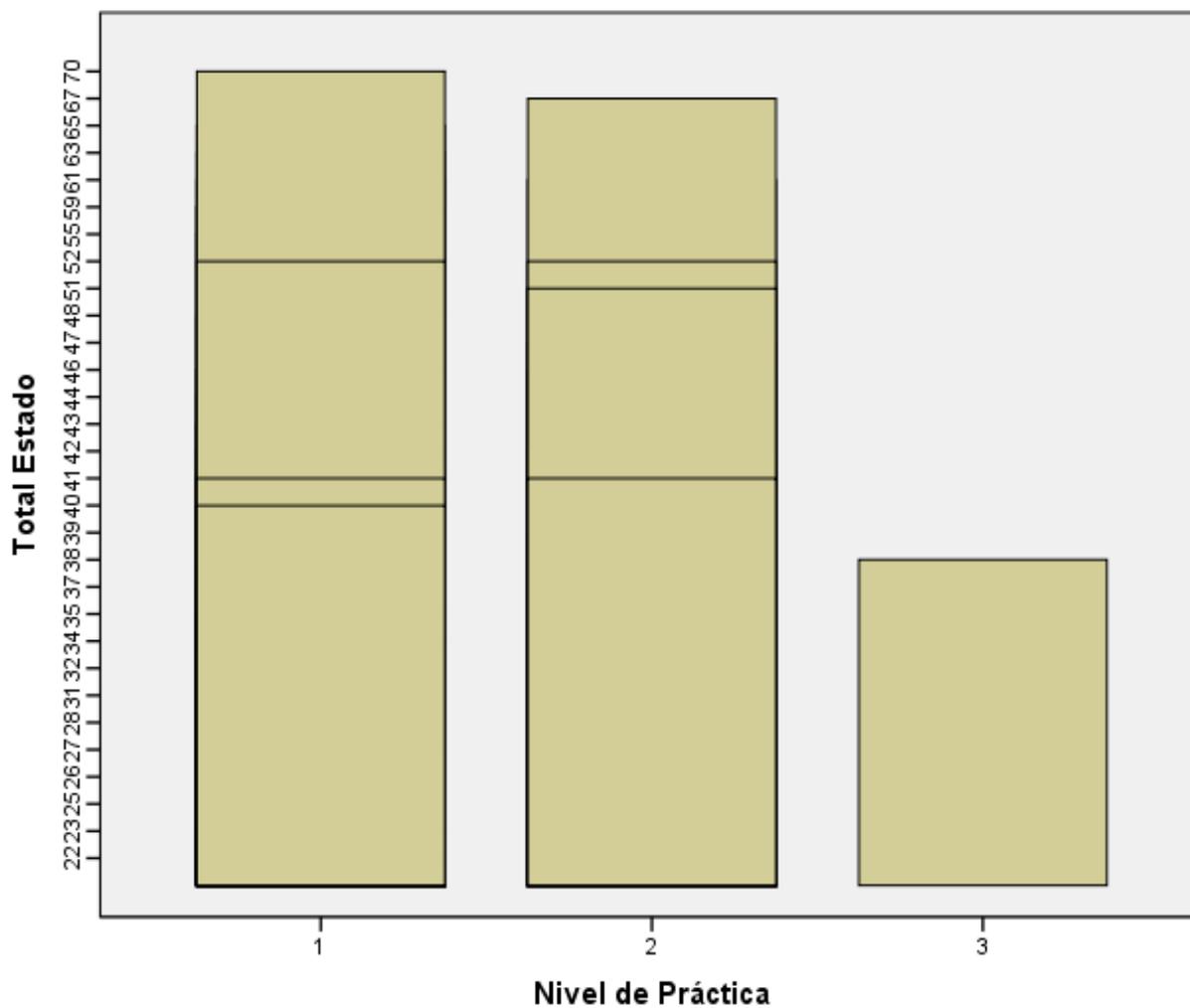
	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Total Rasgo * Nivel de Práctica	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%
Total Estado * Nivel de Práctica	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%

**Tabla 31.** Discriminación de medias para Total de Ansiedad – Rasgo y Total de Ansiedad-Estado por Nivel de Práctica.

Nivel de Práctica		Total Rasgo	Total Estado
1	Media	42,42	45,15
	N	26	26
	Desv. típ.	10,572	12,534

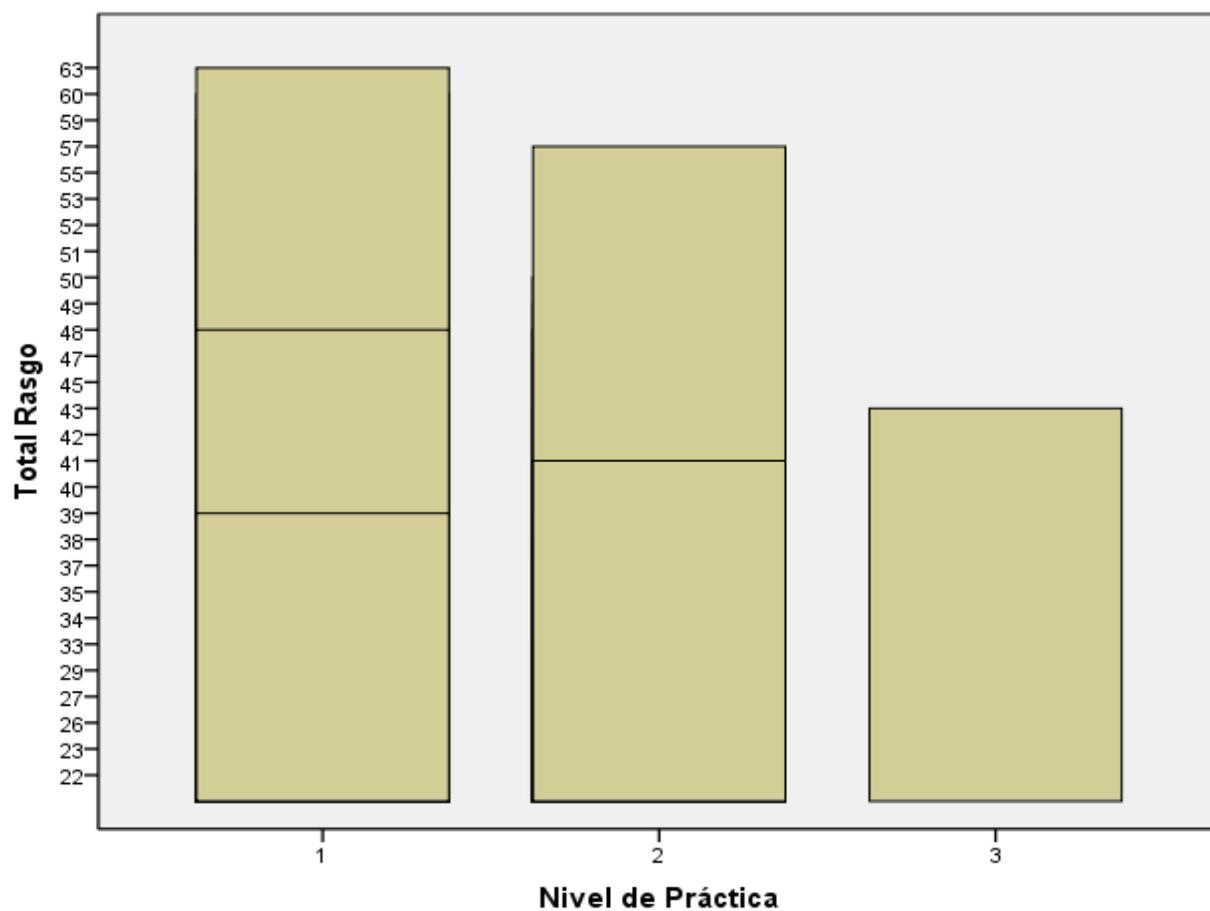
	Media	40,76	39,90
2	N	21	21
	Desv. típ.	8,018	11,713
	Media	43,00	38,00
3	N	1	1
	Desv. típ.	.	.
	Media	41,71	42,71
Total	N	48	48
	Desv. típ.	9,356	12,216

**Figura 8.** Nivel de ansiedad- Estado por Nivel de Práctica.



La diferencia de los Niveles de Práctica 1 y 2 frente al puntaje de Ansiedad-Estado es significativa, pero se puede observar que el Nivel de Práctica 1 es mayor que el de Nivel 2 y el menor nivel se encontró en el nivel de Práctica 3.

**Figura 9.** Nivel de ansiedad- Rasgo por Nivel de Práctica.



En este gráfico se puede identificar que se presentó mayor puntaje de Ansiedad-Rasgo en el Nivel de Práctica 1 y el menor puntaje se encontró en el nivel de Práctica 3.

## Discusión

Los resultados anteriormente descritos presentan datos concernientes a los niveles de Ansiedad en los practicantes de psicología de Universidad de Antioquia, Sede Amalfi.

Se evaluaron las variables de Ansiedad – Estado, Ansiedad –Rasgo, teniendo en cuenta el género, la edad y el nivel de práctica de los universitarios que participaron en la investigación.

El Inventario IDARE tuvo un Alfa de Cronbach de 0,775, lo que evidencia su confiabilidad, validando así su uso para la recolección de datos.

En cuanto a los resultados obtenidos se encontró que las mujeres tuvieron una mayor participación, la cual fue de 83,3 % mujeres y 16,7 % hombres.

También se observó que en las mujeres la media fue de 43,58 para Ansiedad-Estado y de 42,95 en Ansiedad - Rasgo, y en hombres la media fue de 38,38 en Ansiedad - Estado y 35,50 Ansiedad - Rasgo, lo que indica que hay diferencias significativas en cuanto a esta variable entre géneros.

De igual manera, se evidenció que los practicantes de Psicología entre los 20 a 25 años de edad, obtuvieron mayor puntaje de Ansiedad- Estado y Ansiedad-Rasgo, y el menor puntaje se encontró entre los 35 a 45 años de edad en Ansiedad- Estado y Ansiedad-Rasgo. Lo cual quiere decir que los practicantes entre 20 a 25 años de edad obtuvieron un alto nivel de Ansiedad – Estado y Ansiedad –Rasgo.

En cuanto al nivel de práctica, el 1 fue el que obtuvo una mayor puntuación en Ansiedad- Estado, aunque la diferencia del Nivel de Práctica 1 y 2 no es significativo, en este caso la menor

puntuación se encontró en el nivel de Práctica 3. Igualmente en Ansiedad-Rasgo la puntuación más alta fue el Nivel de Práctica 1 y el menor se encontró en el nivel 3.

Finalmente, el análisis del Inventario permitió registrar un nivel de ansiedad alto en los practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi, evidenciando los mayores resultados en la población femenina.

## Conclusiones

Los niveles de confiabilidad de la prueba resultan altamente satisfactorios, lo que indica consistencia interna de los resultados. El Inventario de Ansiedad - Estado Y ansiedad Rasgo (IDARE) es apropiado para los Practicantes del Pregrado de Psicología del municipio de Amalfi, ya que tiene un índice alto de confiabilidad, y es válido para evaluar la variable de estudio en dicha población.

Se observó que la mayoría de los Practicantes a los cuales se les aplicó el Inventario tenían niveles altos de ansiedad tanto de Estado como Rasgo, lo cual confirma que los practicantes de Psicología de la universidad de Antioquia, sede Amalfi, presentan Ansiedad.

En cuanto la variable género, se pudo observar una diferencia significativa, concluyendo que el género femenino es el más afectado en cuanto a la Ansiedad. De igual manera se perciben diferencias importantes en Ansiedad- Estado y Ansiedad-Rasgo en los practicantes de Psicología entre los 20 a 25 años de edad y entre los 35 a 45 años de edad.

Los resultados de la investigación fueron los esperados, puesto que permitió identificar el nivel de Ansiedad en los practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi, lo cual se confirmó con el test aplicado.

Los datos identificados con referencia al nivel de Ansiedad en los practicantes de psicología del municipio de Amalfi, sede Amalfi, permitieron identificar resultados significativos para la investigación.

## **Recomendaciones**

Se recomienda ampliar la investigación sobre niveles de Ansiedad en los Practicantes de Psicología de la Universidad, sede Amalfi a todos los estudiantes de la Universidad de Antioquia de las diferentes carreras, con el fin de abarcar una mayor población.

Así mismo, es recomendable elaborar un protocolo de promoción y prevención para la Ansiedad a partir de los datos proporcionados por el presente Inventario de Ansiedad Estado – Ansiedad Rasgo.

De la misma forma, se propone diseñar estrategias de intervención que permitan reconocer dificultades puntuales, aprender a manejar la ansiedad de manera más adecuada y así disminuir síntomas en la población de pregrado, de tal modo que se vean plasmadas en el desempeño académico del estudiante.

Por último, se propone hacer comparaciones no sólo entre Psicólogos Practicantes, como en el presente estudio, sino también por unidades académicas, instituciones universitarias, regiones del país.

## Referencias

- 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. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 32 (4), p.341-356. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80632404>
- Álvarez, J., Aguilar, J. M., & Lorenzo, J. J. (2012). La ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, (10), p.333-354. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293123551017>
- Argibay, C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y procesos cognitivos*.p.15-33. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/765/T%C3%A9cnicas%20psicom%C3%A9tricas.pdf?sequence=1>
- Balanza, S., Morales, I., & Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una Población de estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 20 (2), 177-187. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613879006>
- Cardona, B., Ramírez, M., & Tamayo, M. (2011). El estudiante recién llegado en el escenario universitario. *Lasallista de investigación*, 8 (2), 76-88. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/695/69522607008.pdf>

- Casado, M. I.(1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiologicos.*(Tesis). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. p.2-431. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4005801.pdf>
- Castro, A; Carrillo, I;(s.f). *Convergencias entre ansiedad y depresión en universitarios.* Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Comité Universitario de Salud. 1-8. Recuperado de
- Celis, J; Bustamante, M; Cabrera, D; Cabrera, M; Alarcón, W; Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de Medicina Humana del primer y sexto año *Universidad Nacional Mayor de San Marcos.* 62(1) Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v62\\_n1/ansiedad.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v62_n1/ansiedad.htm)
- Chávez, G. (2004). *Estrategias de afrontamiento a la ansiedad de evaluación y su relación con el desempeño académico en estudiantes universitarios incorporados a modelos educativos innovadores.* (Tesis para obtener el título de Maestría en Psicología Aplicada.Universidad de Colima. Recuperado de [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/ELSA\\_GUADALUPE\\_CHAVEZ\\_DE\\_ANDA.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ELSA_GUADALUPE_CHAVEZ_DE_ANDA.pdf)
- Cobo, A. I., Gómez, R. C., Rodríguez, C., Ortega, I. V., Castellanos, R. M., & Sánchez, A. (2009). Estresores y ansiedad de los estudiantes de Enfermería en sus primeras prácticas. *Nure Investigación* (49), 1-13. Recuperado de [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/NURE4\\_9\\_proyecto\\_estresoresp.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE4_9_proyecto_estresoresp.pdf)

- Corsini, G., Bustos, L., Fuentes, J., & Cantín. (2012). Niveles de Ansiedad en la comunidad estudiantil odontológica. *Universidad de La Frontera*, 6 (1), 51-57. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2012000100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2012000100007)
- Dapelo, B., Cabrera, K., González, T., & Lillo Zúñiga. (2013). Familia y universidad, contextos relevantes para un desarrollo integral. *Orientación Educativa*, 27 (51), 31-43. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4554639.pdf>
- Dubet, F. (2005). Los estudiantes. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, 1, 1-78. Recuperado de <https://www.uv.mx/cpue/num1/inves/completos/Dubet.pdf>
- Ferro, C., Martínez, A.I. & Otero, M.C. (2009). Ventajas del uso de las TICs en el proceso de enseñanza-aprendizaje desde la óptica de los docentes universitarios Españoles. *EDUTEC, Revista electrónica de tecnología educativa*, (29), 1-12. Recuperado de [http://edutec.rediris.es/Revelec2/revelec29/articulos\\_n29\\_pdf/5Edutec-E\\_Ferro-Martinez-Otero\\_n29.pdf](http://edutec.rediris.es/Revelec2/revelec29/articulos_n29_pdf/5Edutec-E_Ferro-Martinez-Otero_n29.pdf)
- Furlan, A., Sánchez, J., Heredia, D., Piemontesi, S., & Illbele, A. (2009). Estrategias de aprendizaje y ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 117-124. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899009>
- Hernández, M., Coronado, O., Araújo, V., & Cerezo, S. (2008). Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (1), 13-23. Recuperado de [http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23\\_3219\\_v11n1-art1.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_3219_v11n1-art1.pdf)

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed.). México: McGraw-Hill.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2002). *DSM-IV-TR* (1 ed.). España: Elsevier España SL.
- Posada, J., Buitrago, J., Medina, Y., & Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *NOVA - publicación científica*, 4 (6), 33-41. Recuperado de [http://www.unicolmayor.edu.co/invest\\_nova/NOVA/NOVA6\\_ARTORIG2.pdf](http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA6_ARTORIG2.pdf)
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depreción y ansiedad en estudiantes de Lima Meropolitana. *Revista IIPSI*, 10 (1), 91-102. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v10n1/v10n1a05.pdf>
- Rojo, V., Tifner, S., & Albanesi, S. (2014). Ansiedad ante exámenes orales en estudiantes de la licenciatura en Psicología. *Revista diáLogos*, 4 (1), 109-120. Recuperado de <http://www.dialogos.unsl.edu.ar/articulos/pdfs/8/Ansiedad%20ante%20ex%C3%A1menes%20orales%20en%20estudiantes%20de%20la%20licenciatura%20en%20psicolog%C3%A1.pdf>
- Siabato, E. F., Forero, I. X., & Paguay, O. C. (2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de Psicología. 7 (2), 1-18. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862013000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862013000200007&script=sci_arttext)

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar e subjetividade*, 3 (1), p.10-59. Recuperado de

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>

Urrego, D. Z., & Cocoma, J. P. (1999). Por la salud mental. *Revista de Salud Pública*, 1 (1), p.58-

67. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/22343/1/18940-61789-1-PB.pdf>

Virues, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Psicología Clínica y Psicoterapia*, p.1-11.

Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

## Apéndices

### Apéndice A

#### 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 \_\_\_\_\_

#### 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, en lo absoluto 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. Spielberg, versión de A. Martínez, F. González, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero,  
modificada por J. Grau, B. Castellanos y M. Martín)

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

### 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°	Frases	Casi nunca 1	Algunas veces 2	Frecuente- 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

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con C.C. \_\_\_\_\_, he sido informado (a) sobre las generalidades del proceso de investigación titulado **Ansiedad en practicantes de Psicología de la Universidad de Antioquia, Sede Amalfi**, 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 Participante \_\_\_\_\_

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

Judy Alexandra Jiménez López \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_