

**FACTORES DE PREDISPOSICIÓN Y DE PROTECCIÓN ASOCIADOS A LA
PRESENCIA Y AUSENCIA DE ANSIEDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD DE NARIÑO, SEDE PASTO**

CRUZ STELLA IZQUIERDO GARCÍA

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2004

**FACTORES DE PREDISPOSICIÓN Y DE PROTECCIÓN ASOCIADOS A LA
PRESENCIA Y AUSENCIA DE ANSIEDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD DE NARIÑO, SEDE PASTO**

CRUZ STELLA IZQUIERDO GARCÍA

Trabajo de Grado

Asesor

Ps. Fredy Hernán Villalobos Gálvis

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2004

NOTA DE ACEPTACIÓN

ASESOR

JURADO

JURADO

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos a:

El psicólogo Fredy Villalobos, quien con su experiencia y conocimiento me brindó su valiosa orientación y oportuna colaboración en todo el proceso investigativo.

A los Jurados Margarita Chávez y Seneida Ceballos, por sus importantes aportes encaminados al fortalecimiento de la investigación.

Y en especial a mi familia y amigos, por su respaldo y motivación.

A mi madre, quien me ha enseñado a luchar y a creer en mis sueños,

Le agradezco, por su comprensión y por su amor incondicional

A mi padre, por creer en mis capacidades y por su constante apoyo

A mi hija,, por su maravillosa existencia y por regalarme cada día su

alegría y entusiasmo

A Diego, quien me ha brindado su ayuda y compañía

Le agradezco, por sus palabras de aliento, por su cooperación y

tolerancia

Cruz Stella

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| ABSTRACT | 1 |
| RESUMEN | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| TEMA | 5 |
| PROBLEMA | 5 |
| Planteamiento del Problema | 5 |
| Formulación del Problema | 9 |
| Sistematización del Problema | 9 |
| JUSTIFICACIÓN | 10 |
| OBJETIVOS | 15 |
| Objetivo General | 15 |
| Objetivos Específicos | 15 |
| MARCO TEÓRICO | 16 |
| Salud – Enfermedad | 16 |
| Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud | 17 |
| Prevención Primaria | 18 |
| Prevención Secundaria | 18 |
| Prevención Terciaria | 19 |
| Salud Mental | 24 |
| ¿Qué es la Ansiedad? | 27 |
| Dimensiones de la Ansiedad | 29 |

| | |
|--|----|
| Ansiedad como Estado y como Rasgo | 31 |
| Aspectos Biológicos de la Ansiedad | 34 |
| Trastornos de Ansiedad | 36 |
| Orientaciones Teóricas sobre la Ansiedad | 40 |
| Los Tres Grandes Modelos Conductuales de la Ansiedad | 40 |
| Enfoques Cognitivos de la Ansiedad | 42 |
| El Modelo de la Diátesis de la Tensión | 45 |
| Vulnerabilidad Genética | 48 |
| Vulnerabilidad Fisiológica | 50 |
| Vulnerabilidad Psicosocial | 52 |
| Vulnerabilidad en el Desarrollo | 55 |
| MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL | 66 |
| Ansiedad | 66 |
| Ansiedad Estado | 66 |
| Ansiedad Rasgo | 66 |
| Factores de Riesgo | 66 |
| Factores de protección | 66 |
| Prevención | 67 |
| Prevención Primaria | 67 |
| Prevención Secundaria | 67 |
| Promoción de la Salud | 67 |
| MÉTODO | 68 |

| | |
|---|----|
| Tipo de Investigación | 68 |
| Diseño | 68 |
| Participantes | 68 |
| Instrumentos | 70 |
| Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo: STAI | 70 |
| Encuesta de Factores de Predisposición y de Protección asociados a la Presencia y Ausencia de Ansiedad: EFAPA | 71 |
| Validez del Instrumento | 73 |
| Confiabilidad del Instrumento | 74 |
| Variables | 75 |
| Hipótesis de Trabajo | 80 |
| Hipótesis Nula | 80 |
| Procedimiento | 80 |
| RESULTADOS | 85 |
| Factores de Predisposición Ansiedad Estado | 87 |
| Factores Demográficos | 87 |
| Género | 87 |
| Edad | 88 |
| Factores de Predisposición Fisiológica | 89 |
| Hipertiroidismo | 89 |
| Traumatismos Craneales | 90 |
| Consumo de Estimulantes | 90 |

| | |
|---|-----|
| Consumo de Cafeína | 91 |
| Consumo de Medicamentos contra la tos | 92 |
| Consumo de Antidepresivos | 93 |
| Consumo de Analgésicos | 93 |
| Factores de Predisposición Psicosocial | 94 |
| Acontecimientos Vitales Estresantes | 94 |
| Sucesos Diarios Negativos | 94 |
| Factores de Predisposición en el Desarrollo | 94 |
| Vínculo Afectivo Ansioso Resistente | 94 |
| Vínculo Afectivo Ansioso Elusivo | 95 |
| Violencia Intrafamiliar | 95 |
| Alteraciones Psicosomáticas | 95 |
| Percepción Negativa del Estado de Salud | 95 |
| Enuresis | 96 |
| Problemas de Lenguaje | 97 |
| Estilos de Pensamiento Erróneos | 97 |
| Factores de Predisposición Ansiedad Rasgo | 98 |
| Factores Demográficos | 98 |
| Género | 98 |
| Edad | 98 |
| Factores de Predisposición Fisiológica | 100 |
| Hipertiroidismo | 100 |
| Traumatismos Craneales | 100 |

| | |
|--|-----|
| Consumo de Estimulantes | 100 |
| Consumo de Cafeína | 101 |
| Consumo de Medicamentos contra la tos | 102 |
| Consumo de Antidepresivos | 103 |
| Consumo de Analgésicos | 103 |
| Factores de Predisposición Psicosocial | 104 |
| Acontecimientos Vitales Estresantes | 104 |
| Sucesos Diarios Negativos | 104 |
| Factores de Predisposición en el Desarrollo | 104 |
| Vínculo Afectivo Ansioso Resistente | 104 |
| Vínculo Afectivo Ansioso Elusivo | 105 |
| Violencia Intrafamiliar | 105 |
| Alteraciones Psicósomáticas | 105 |
| Percepción Negativa del Estado de Salud | 105 |
| Enuresis | 106 |
| Problemas de Lenguaje | 106 |
| Estilos de Pensamiento Erróneos | 107 |
| Factores de Protección Ansiedad Estado | 108 |
| Ajuste Social | 108 |
| Soporte Social Afectivo | 108 |
| Soporte Social Económico | 108 |
| Establecimiento de Vínculo Afectivo | 109 |
| Establecimiento de Vínculo Afectivo con: Padres, | 109 |

| | |
|---|-----|
| Abuelos, Tíos, Hermanos y Otros | |
| Factores de Protección Ansiedad Rasgo | 110 |
| Ajuste Social | 110 |
| Soporte Social Afectivo | 111 |
| Soporte Social Económico | 111 |
| Establecimiento de Vínculo Afectivo | 111 |
| Establecimiento de Vínculo Afectivo con: Padres, Abuelos, Tíos, Hermanos y Otros | 112 |
| Lineamientos para el Diseño de una Propuesta de Prevenición de la Ansiedad y Promoción de Factores de Protección | 116 |
| Prevenición Primaria | 116 |
| Prevenición Secundaria | 120 |
| DISCUSIÓN | 126 |
| CONCLUSIONES | 139 |
| Recomendaciones | 141 |
| REFERENCIAS | 143 |
| ANEXOS | 148 |
| Anexo A. Encuesta de Factores de Predisposición y de Protección asociados a la presencia y ausencia de Ansiedad, EFAPA | 149 |
| Anexo B. Validez por Jueces de la Encuesta de Factores de Predisposición y de Protección asociados a la presencia y ausencia de Ansiedad, EFAPA | 161 |

Lista de Tablas

| | | |
|----------|---|----|
| Tabla 1 | Prevalencia de los Trastornos Mentales en Colombia en 1997 | 11 |
| Tabla 2 | Frecuencia de las Problemáticas Psicológicas en los Estudiantes de la Universidad de Nariño en el periodo B de 2002 | 13 |
| Tabla 3 | Composición de la Muestra de acuerdo a cada estrato | 68 |
| Tabla 4 | Plan de Prueba de la EFAPA | 72 |
| Tabla 5 | Confiabilidad de la EFAPA | 74 |
| Tabla 6 | Caracterización de la Muestra según Género y Edad | 85 |
| Tabla 7 | Caracterización de la Muestra según el nivel de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo | 86 |
| Tabla 8 | Nivel de A/E y A/R según el Género | 86 |
| Tabla 9 | Nivel de A/E y A/R según la Edad | 87 |
| Tabla 10 | Tabla de Frecuencias para Género (A/E) | 88 |
| Tabla 11 | Tabla de Frecuencias para Edad (A/E) | 89 |
| Tabla 12 | Tabla de Frecuencias para Hipertiroidismo (A/E) | 90 |
| Tabla 13 | Tabla de Frecuencias para el Consumo de Estimulantes (A/E) | 91 |
| Tabla 14 | Tabla de Frecuencias para el Consumo de Cafeína | 91 |

| | | |
|----------|--|-----|
| | (A/E) | |
| Tabla 15 | Tabla de Frecuencias para el Consumo de Medicamentos contra la tos (A/E) | 92 |
| Tabla 16 | Tabla de Frecuencias para el Consumo de Analgésicos (A/E) | 93 |
| Tabla 17 | Tabla de Frecuencias para la Percepción Negativa del Estado de Salud (A/E) | 96 |
| Tabla 18 | Tabla de Frecuencias para Enuresis (A/E) | 96 |
| Tabla 19 | Tabla de Frecuencias para Problemas de Lenguaje (A/E) | 97 |
| Tabla 20 | Tabla de Frecuencias para Género (A/R) | 99 |
| Tabla 21 | Tabla de Frecuencias para Edad (A/R) | 99 |
| Tabla 22 | Tabla de Frecuencias para Hipertiroidismo (A/R) | 100 |
| Tabla 23 | Tabla de Frecuencias para el Consumo de Estimulantes (A/R) | 101 |
| Tabla 24 | Tabla de Frecuencias para el Consumo de Cafeína (A/R) | 102 |
| Tabla 25 | Tabla de Frecuencias para el Consumo de Medicamentos contra la tos (A/R) | 102 |
| Tabla 26 | Tabla de Frecuencias para el Consumo de Analgésicos (A/R) | 103 |
| Tabla 27 | Tabla de Frecuencias para la Percepción Negativa del Estado de Salud (A/R) | 106 |

| | | |
|----------|---|-----|
| Tabla 28 | Tabla de Frecuencias para Enuresis (A/R) | 106 |
| Tabla 29 | Tabla de Frecuencias para Problemas de Lenguaje (A/R) | 107 |
| Tabla 30 | Tabla de Frecuencias para el Establecimiento de un Vínculo Afectivo (A/E) | 109 |
| Tabla 31 | Tabla de Frecuencias para el Establecimiento de un Vínculo Afectivo con padres, abuelos, tíos, hermanos y Otros (A/E) | 110 |
| Tabla 32 | Tabla de Frecuencias para el Establecimiento de un Vínculo Afectivo (A/R) | 112 |
| Tabla 33 | Tabla de Frecuencias para el Establecimiento de un Vínculo Afectivo con padres, abuelos, tíos, hermanos y Otros (A/R) | 113 |
| Tabla 34 | Factores de Predisposición Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo | 114 |
| Tabla 35 | Factores de Protección Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo | 114 |

Lista de Figuras

| | | |
|----------|---|-----|
| Figura 1 | Lineamientos para el Diseño de un Programa de Prevención de la Ansiedad y Promoción de Factores de Protección | 124 |
|----------|---|-----|

ABSTRACT

Assuming that the consequences that it generates the anxiety at level cognitive, emotional, social and physique are significant, this investigation is dedicated to identify the factors of bias and of protection associated to the presence and absence of anxiety state and anxiety trait in a sample of students of predegree of the University of Nariño. As a result of the work it was determined that the factors of bias for the A/E were, age, consumption of medications against the cough, estresantes vital events, negative daily events, attachment affective anxious resistant and anxious elusive, intrafamiliar violence and erroneous thought styles. In this way, the A/R associated with the presence of consumption of caffeine, negative daily events, resistant anxious affective attachment and erroneous thought styles. They establish that the protection factors associated to the absence of A/E were, social adjust, social support affective and economic, establishment of affective attachment, with parents, grandparents, siblings, uncles and other, also, it was found that the social adjustment, social support affective, establishment of affective attachment, with siblings, uncles and others are protective factors for the A/R. Starting from these results, limits were elaborated that should be considered in the design and implementation of futures programs of prevention of the anxiety and promotion of protection factors for the same one.

RESUMEN

Asumiendo que las consecuencias que genera la ansiedad a nivel cognitivo, emocional, social y físico son significativas, esta investigación está destinada a identificar los factores de predisposición y de protección asociados a la presencia y ausencia de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en una muestra de estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño. Como resultado del trabajo se determinó que los factores de predisposición para la A/E eran, edad, consumo de medicamentos contra la tos, acontecimientos vitales estresantes, sucesos diarios negativos, vínculo afectivo ansioso resistente y ansioso elusivo, violencia intrafamiliar y estilos de pensamiento erróneos. De igual forma, se asoció la A/R con la presencia de consumo de cafeína, sucesos diarios negativos, vínculo afectivo ansioso resistente y estilos de pensamiento erróneos. Se establecieron que los factores de protección asociados a la ausencia de A/E eran, ajuste social, soporte social afectivo y económico, establecimiento de vínculo afectivo, con padres, abuelos, hermanos, tíos y otros, además se encontró que el ajuste social, soporte social afectivo, establecimiento de vínculo afectivo, con hermanos, tíos y otros son factores protectores para la A/R. A partir de estos resultados, se elaboraron lineamientos que se deben considerar en el diseño e implementación de futuros programas de prevención de la ansiedad y promoción de factores de protección para la misma.

FACTORES DE PREDISPOSICIÓN Y DE PROTECCIÓN ASOCIADOS A LA PRESENCIA Y AUSENCIA DE ANSIEDAD EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO, SEDE PASTO

El estudio del comportamiento humano implica el conocimiento de distintas variables (físicas, cognitivas y psicosociales) que se relacionan constantemente, a pesar de sus notables diferencias. En las alteraciones psicológicas estas variables se presentan de forma independiente generando efectos particulares; en el caso de la ansiedad se pueden identificar condiciones biológicas (a nivel de la bioquímica cerebral), cognitivas (a nivel del procesamiento de la información), psicosociales (referentes a la presencia de estresores) y comportamentales (conductas ansiosas). La forma en que estas condiciones interactúan determina la naturaleza de la respuesta de ansiedad; que se presenta inicialmente como una emoción natural y adaptativa, en la cual las diferentes condiciones actúan de manera conjunta. Cuando se presenta alguna alteración en estas variables, la interacción existente también se altera, originándose una respuesta patológica de ansiedad.

La tensión presente en este tipo de respuesta puede incrementarse a partir de disposiciones previas que se asocian con la relación individuo – ambiente, en la cual el individuo se constituye como un sujeto biopsicosocial. Por lo tanto, en el estudio de la ansiedad es fundamental determinar los factores que facilitan dicha predisposición.

En la presente investigación se midió el nivel de ansiedad (A/E y A/R) en una población de estudiantes universitarios, con el fin de identificar los factores de predisposición y de protección que se asocian a la presencia y ausencia de esta problemática.

A partir de la medición de estos factores se elaboraron lineamientos que se deben considerar en el diseño e implementación de una propuesta de prevención de la ansiedad y promoción de factores de protección, dirigida a la población universitaria investigada; ya que desde la psicología, la intervención preventiva y la promoción de la salud permiten llevar la información cuantitativa hasta una expresión práctica que se traduce en el diseño de programas y acciones que facilitan y fortalecen el aprendizaje conducente a la adopción de comportamientos saludables, útiles para mejorar la calidad de vida de las personas.

TEMA

Factores de Predisposición y de Protección asociados a la presencia y ausencia de Ansiedad en los estudiantes de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La ansiedad es una respuesta emocional que permite la adaptación de un individuo a una situación amenazante; ya que la activación emocional producida por la ansiedad intensifica la respuesta de alarma generándose una reacción de lucha – huida que facilita el afrontamiento de tal situación (Cullough, 1998, p. 41).

La sociedad actual presenta una gran diversidad de estresores ambientales y psicosociales que se relacionan con las difíciles condiciones de vida que se experimentan en el país. En primer lugar, la situación de violencia que continúa generando inseguridad, desplazamiento forzado y privación de la libertad, ha producido un ambiente de tensión, temor, desconfianza e incertidumbre. En segundo lugar, la crisis económica del país ha incrementado el costo de vida y a su vez la pobreza que implica la presencia de condiciones de vida precarias y marginales. El desempleo es otra problemática que se deriva de la crisis financiera, la cual intensifica la tensión y la presencia de preocupaciones excesivas. En tercer lugar, la implementación de novedosas tecnologías utilizadas en la industria ha generado un crecimiento desmesurado de la sociedad de consumo, la cual establece exigencias y demandas a nivel social y

cultural. En cuarto lugar, la velocidad del ritmo de vida actual, que genera diariamente cambios a los cuales hay que adaptarse con la misma rapidez, produce una tensión constante que puede llegar a ser muy intensa y difícil de afrontar.

Dentro de este contexto se producen evidentemente cambios o alteraciones en el funcionamiento biopsicosocial de las personas, los cuales pueden originar la aparición de conductas ansiosas; ya que la intensidad de la respuesta de ansiedad está en función de la cantidad de cambio que generen los estresores psicosociales y ambientales.

Los eventos estresantes se presentan en diversos contextos, como los ambientes empresariales, educativos, sociales, entre otros. En esta investigación se trabajó con los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, pues en ellos se reflejan los diversos estresores que actualmente se presentan en la sociedad (violencia, pobreza, desempleo, etc). Sin embargo existen otros agentes estresantes propios de este ambiente, tales como las exigencias académicas, las dificultades para lograr establecer un adecuado ajuste social y la incertidumbre por el futuro laboral, entre otras.

En un estudio realizado por diferentes docentes de la Universidad de Nariño que pertenecen al programa de Sociología (Cabrera, Puentes, Santa María & Oviedo, 1999) se destaca que el estudiante de esta institución pertenece a los estratos socioeconómicos medio y bajo. Esta situación se convierte en un evento estresante, debido a las dificultades para solventar las continuas necesidades económicas que se presentan en el transcurso de la formación

universitaria; por esta razón diversos estudiantes (36%) deben desempeñar actividades laborales (en ebanistería, marquetería, zapatería, comercio ambulante, conducción de taxis, etc.) para lograr incrementar sus recursos económicos. Este aspecto puede generar más estrés, debido a que en este tipo de situaciones los estudiantes pueden presentar dificultades que les impiden responder de manera efectiva a las demandas de orden académico.

Los diferentes eventos estresantes generan conductas ansiosas en los estudiantes porque tienen la posibilidad de producir consecuencias negativas y por lo tanto se constituyen en situaciones que amenazan su bienestar. Cuando estas conductas son demasiado intensas, frecuentes, persistentes, poco discriminativas o poco ajustadas a las situaciones, pueden llegar a desencadenar trastornos de ansiedad. La ansiedad generalizada, la expectación aprensiva, el miedo, el estrés, la hipervigilancia, la dificultad para controlar tal estado de constante preocupación y las diversas manifestaciones psicofisiológicas (como irritabilidad, alteraciones del sueño, inquietud, fatiga, tensión muscular, hiperventilación, cefaleas, palpitaciones, mareos, sudoración abundante, dificultades gastrointestinales) que estos trastornos implican, provocan un malestar clínicamente significativo que llega a afectar las áreas emocional, cognitiva y social de los estudiantes, lo que puede producir un deterioro general en su funcionamiento vital (tanto físico como mental).

En algunos casos las consecuencias que producen los trastornos de ansiedad pueden llegar a incapacitar a las personas, como en la fobia social en la cual se suspenden la mayoría de las relaciones interpersonales generando

aislamiento, frustración y un estado de ansiedad muy elevado, al igual que en las fobias específicas y la agorafobia en las cuales el temor es tan fuerte que un sujeto puede llegar a evitar un gran número de situaciones fundamentales en su vida, (como las relaciones familiares, y de pareja, la actividad social, y laboral).

La crisis de pánico y el trastorno de pánico con agorafobia, pueden llegar hasta inmovilizar al individuo al igual que en el trastorno de estrés postraumático, en el cual la reexperimentación del evento traumático puede hacer que la persona pierda contacto con la realidad y vuelva a vivir el evento durante algún período, esta condición es muy debilitante, por lo cual quien lo padece puede tener dificultades para llevar un estilo de vida normal.

Cabe anotar que la ansiedad frecuentemente viene acompañada de depresión; por lo tanto se pueden desarrollar dificultades significativas en la vida afectiva, con incapacidad de experimentar sentimientos positivos, lo cual agrava la problemática; debido a que los sentimientos depresivos severos caracterizados por desesperanza pueden conducir al suicidio.

Hay que resaltar que la ansiedad se manifiesta mediante respuestas fisiológicas significativas, las cuales pueden ocasionar alteraciones somáticas de gravedad (como el asma, problemas cardiovasculares, úlcera péptica duodenal, enfermedad de colon irritable, migraña, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, entre otras).

El nivel de ansiedad que los estudiantes presentan puede llegar a incrementarse, por lo cual su incidencia va a aumentar también. Por esta razón

es relevante determinar los factores de predisposición fisiológica, psicosocial y del desarrollo asociados a la aparición o al aumento de esta problemática y los factores de protección asociados a la ausencia y a la reducción de la ansiedad.

A partir de la medición de estos factores se realizaron diferentes lineamientos que se deben considerar en el diseño e implementación de una propuesta de prevención de la ansiedad y promoción de la salud, que fomente la adquisición de estilos de vida saludables, controlando de esta manera el nivel de ansiedad de la comunidad estudiantil investigada.

Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores de predisposición y de protección asociados a la presencia y ausencia de ansiedad que deban considerarse en una propuesta de prevención de la ansiedad y promoción de la salud dirigida a estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto?

Sistematización del Problema

¿Cuáles son los niveles de ansiedad que presentan los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto?

¿Cuáles son los factores de predisposición fisiológica, psicosocial y del desarrollo que se asocian a la presencia de ansiedad en los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto?

¿Cuáles son los factores de protección que se asocian a la ausencia de ansiedad en los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto?

¿Qué lineamientos se deben considerar en la elaboración de programas de Promoción y Prevención para el control de la Ansiedad?

JUSTIFICACIÓN

En Colombia se han realizado recientemente dos estudios que suministran información epidemiológica sobre las enfermedades mentales. Los estudios de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 1993 y de 1997. Los resultados de estos dos estudios no son comparables debido a que se utilizaron diferentes escalas de medición y clasificación de enfermedades.

El estudio realizado en 1993 resalta dos importantes hallazgos en relación a la ansiedad, en primer lugar se deduce que al disminuir la estabilidad económica y el estrato social aumenta la percepción de la ansiedad y en segundo lugar, se establece que la prevalencia de ansiedad es de 9.6%, siendo mayor en mujeres que en hombres (Ministerio de Salud de Colombia, 1998).

El estudio de 1997 incluye un número mayor de enfermedades y adiciona cambios en los instrumentos de recolección de información. Los principales hallazgos de este estudio respecto a la ansiedad fueron:

1. El 13.6% de los encuestados expresó haber sentido la necesidad de consultar por problemas relacionados con la ansiedad.
2. Los trastornos de ansiedad se presentaron con mayor prevalencia en el sexo femenino, de los cuales sobresalen las fobias, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo.
3. El trastorno de estrés postraumático, se encontró con mayor frecuencia en hombres, en los departamentos de Bolívar, Arauca, Nariño, Quindío, Casanare y Santander.

4. La prevalencia de los trastornos de ansiedad fue de 15.1% (ver tabla 1), ocupando el segundo lugar después de los trastornos del estado de ánimo, lo que indica que es una problemática significativa en Colombia (Ministerio de Salud de Colombia, 1998).

Tabla 1

Prevalencia de los Trastornos Mentales en Colombia en 1997 (Minsalud, 1998).

| Trastorno del DSM – IV | Prevalencia (%) |
|---------------------------------------|------------------------|
| Trastornos del estado de ánimo | 21.3 |
| Depresión mayor | 19.6 |
| Trast. bipolar I | 1.2 |
| Trast. bipolar II | 0.5 |
| Trastornos de ansiedad | 15.1 |
| Trastorno de estrés postraumático | 4.3 |
| Fobias | 3.8 |
| Trastorno obsesivo compulsivo | 3.6 |
| Trastorno de ansiedad generalizada | 3.1 |
| Trastorno de pánico | 0.3 |
| Trastornos somáticos | 5.7 |
| Somatización | 4.9 |
| Hipocondriasis | 0.8 |
| Ideación suicida | 4.7 |
| Demencias | 2.6 |
| Trastornos de la alimentación | 2.4 |
| Anorexia | 2.3 |
| Bulimia | 0.1 |
| Intento de suicidio | 1.7 |
| Esquizofrenia | 1.4 |

La ansiedad es considerada actualmente como una de las problemáticas más frecuentes que se presenta dentro de las comunidades clínicas, educativas y empresariales (Urrego, 1999).

En esta investigación se trabajó con los estudiantes de la Universidad de Nariño; ya que la población universitaria enfrenta constantemente diferentes estresores psicosociales presentes en el ambiente que afectan su salud mental. Estos estresores se derivan básicamente de la difícil situación de violencia que atraviesa el país; ya que el estado de salud mental de una población no puede separarse de las condiciones socioculturales imperantes en ella. En este sentido se pueden encontrar dentro de la universidad estudiantes que han padecido directamente la situación de violencia del país; ya sea como víctimas de un ataque terrorista, del desplazamiento forzado, del secuestro, entre otros. Existen además estresores relacionados con la estructura familiar del estudiante como violencia intrafamiliar, alcoholismo parental, bajos recursos económicos, etc. En el contexto universitario también se presentan estresores referentes al tipo de relaciones interpersonales que establecen los estudiantes con sus pares y con los docentes (Urrego, 1999).

En la Universidad de Nariño, se encuentra el Centro de Investigación y Asesoría en Psicología SINAPSIS, el cual realiza periódicamente un informe sobre las problemáticas psicológicas más frecuentes que se presentan en los estudiantes que acuden a sus servicios; en el semestre B de 2002, en los resultados que se obtuvieron en la evaluación clínica realizada por SINAPSIS (ver tabla 2) aparece la ansiedad como una de las problemáticas que se

presentan con mayor frecuencia entre la comunidad universitaria con un porcentaje de 15.6% (SINAPSIS, 2002). Este resultado manifiesta que la ansiedad es una problemática relevante dentro del contexto universitario, la cual genera en los estudiantes un malestar significativo que implica diversas dificultades a nivel psicosomático, afectivo, académico y social.

Tabla 2

Frecuencia de las Problemáticas Psicológicas en los Estudiantes de la Universidad de Nariño en el periodo B de 2002 (SINAPSIS, 2002).

| Problemática | N° pacientes | Porcentaje |
|---|---------------------|-------------------|
| Depresión | 54 | 19.3 % |
| Trastornos de ansiedad | 44 | 15.6 % |
| Déficit en expresión de sentimientos y comunicación en pareja | 25 | 9 % |
| Déficit en autoestima | 18 | 6.4 % |
| Conductas sociales disfuncionales | 14 | 5 % |
| Rasgos de dependencia afectiva | 12 | 4.3 % |
| Hipocondría | 11 | 3.9 % |
| Déficit en habilidades sociales | 11 | 3.9 % |
| Pautas de crianza | 8 | 3.2 % |
| Déficit en solución de problemas y toma de decisiones | 8 | 3.2 % |
| Déficit en relaciones familiares | 7 | 2.8 % |
| Trastornos de la alimentación | 5 | 1.5 % |
| Asesoría en métodos de estudio | 4 | 1.4 % |

En este sentido es importante determinar los factores de predisposición que se asocian a la presencia de ansiedad; ya que estas variables aumentan la probabilidad de que esta problemática se desarrolle e incremente. Por lo tanto, el conocimiento de estos factores de predisposición tiene como finalidad, predecir la futura presencia de una alteración psicológica como la ansiedad y prevenir dicha alteración; este es el objetivo de la prevención primaria en salud; ya que los esfuerzos preventivos pueden realzar los factores de protección y enfocar una reversión o reducción de los factores de predisposición. Enmarcada en este contexto la presente investigación describió, de la manera más precisa posible, los factores de predisposición fisiológica, psicosocial y del desarrollo que se asocian a la presencia de ansiedad y los factores de protección que se asocian a su ausencia en los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, con el propósito de determinar cómo se manifiesta esta problemática.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores de predisposición y de protección asociados a la presencia y ausencia de ansiedad que deban considerarse en una propuesta de prevención de la ansiedad y promoción de la salud dirigida a estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

Objetivos Específicos

Evaluar los niveles de ansiedad que presentan los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

Identificar los factores de predisposición fisiológica, psicosocial y del desarrollo que se asocian a la presencia de ansiedad en los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

Determinar los factores de protección que se asocian a la ausencia de ansiedad en los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

Formular lineamientos generales para elaboración de programas de Promoción y Prevención para el control de la Ansiedad.

MARCO TEORICO

Salud - Enfermedad

La salud se define como un “estado de completo bienestar físico, mental, y social y no meramente la ausencia de invalidez o enfermedad” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994). Y la enfermedad se conceptualiza como “alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal originando la pérdida o desorden de las óptimas condiciones físicas, mentales y sociales” (Posada & Gómez, 1999, p. 11).

Según Reimer (1984) existen dos perspectivas para el concepto de salud - enfermedad, el cual ha evolucionado notablemente. En primer lugar, la perspectiva que lo considera como un fenómeno dicotómico, por lo cual se estableció una distancia significativa entre la salud y la enfermedad, ubicando a estos conceptos en posiciones opuestas. Este modelo resalta la visión médica tradicional que se preocupa básicamente por el tratamiento y la curación de la enfermedad, por detectar sus síntomas e intervenir sobre ellos. Concibe a la enfermedad como un mal que debe ser eliminado y todos los esfuerzos que se realizan están encaminados a este objetivo. Se descarta la posibilidad de promover la salud; de diseñar acciones que intervengan en el desarrollo de estilos de vida que favorezcan la adopción de hábitos saludables y que permitan la obtención de salud tanto física como psicológica.

En segundo lugar, se concibe a la salud como algo utópico, como un estado de autorrealización y bienestar que es prácticamente imposible de alcanzar; en

este sentido la salud es considerada como un constructo teórico aislado de la realidad social individual y colectiva; en oposición a la enfermedad que se presenta como una constante (Reimer, 1984).

Finalmente Reimer (1984) plantea que el concepto de salud – enfermedad se debe ubicar dentro de un continuo; ya que es un proceso dinámico en el que se pueden manifestar diversos cambios de forma progresiva.

Actualmente Buela - Casal, Fernández & Carrasco (1997) consideran que “el concepto de salud - enfermedad es el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales” (p. 27). Esta perspectiva concibe a la salud como una vivencia real de bienestar, fundamentada en la calidad de vida que un individuo pueda experimentar. Con relación a este aspecto se acuña el concepto de cultura de la salud la cual “permite la creación de una conciencia social que se centre más en la prevención y promoción de la salud que en el tratamiento de la enfermedad” (Buela – Casal & cols., 1997, p.40); por esta razón es fundamental destacar el papel activo que desempeña el trabajador de la salud y la comunidad en la prevención y la promoción de la salud dentro del contexto actual.

Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud

Buela - Casal y cols. (1997) señalan que la prevención es la “preparación, disposición y acción anticipada para evitar la aparición de un fenómeno indeseable o disminuir al máximo sus consecuencias si ya está presente; busca reducir el nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de ocurrencia y

busca evitar los peligros para la salud, el bienestar individual y comunitario” (p. 60). De esta manera la prevención es considerada como una estrategia que facilita el proceso de cambio social, mediante el equilibrio de las relaciones entre el individuo y su medio ambiente: natural, social y cultural. Es importante resaltar que esta estrategia es efectiva si se basa en el conocimiento de la multiplicidad de variables (biológicas, psicológicas, sociales y ambientales) que interactúan en el proceso de salud y enfermedad (Buela - Casal & cols., 1997).

Prevención Primaria

Se refiere a las “intervenciones que buscan la modificación de los factores de riesgo, mediante un cambio de conducta, con el objetivo de reducir la probabilidad de que se llegue a desarrollar un problema de salud, ” (Marín, 1995, p. 34). Este tipo de prevención es una estrategia favorable, eficaz y económica en comparación con los gastos que implica el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, se presentan dificultades, ya que es muy complejo motivar a personas sanas a que realicen modificaciones en su comportamiento y estilo de vida, además los beneficios para la salud que se aspiran lograr son a largo plazo.

Prevención Secundaria

Se refiere a aquellas “intervenciones destinadas a detener el proceso de una enfermedad en sus etapas tempranas asintomáticas. A través del diagnóstico precoz y el tratamiento temprano se intenta frenar el avance de la enfermedad y prevenir las complicaciones secundarias y las incapacidades que determinadas alteraciones puedan generar” (Marín, 1995, p. 46).

Prevención Terciaria

Se refiere a las “intervenciones de tratamiento y rehabilitación para detener la progresión de una enfermedad ya sintomática. Las acciones pueden tener como objetivo evitar la muerte, limitar el daño de la enfermedad, o bien lograr una recuperación integral de la salud” (Winett, 1995, p. 32).

Aunque estos dos últimos tipos de prevención serían menos económicos, pueden ser más fáciles de realizar, ya que el grupo al cual están dirigidos está conformado por personas enfermas, las cuales estarían más motivadas a cambiar los hábitos y el comportamiento que perjudiquen su salud (Winett, 1995).

Desde que la salud se empezó a analizar desde el punto de vista preventivo, la promoción de la salud se ha incorporado como un elemento fundamental dentro de este proceso. Según Michael (1982) y Stokols (1992) (citados por Barra, 2003), la promoción de la salud se puede definir como “el proceso que proporciona al individuo los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud mediante la modificación de ciertos hábitos y adoptando un estilo de vida conducente a un estado óptimo de salud” (p. 140). En este sentido, “para ejercer el control necesario sobre la salud, un individuo debe ser capaz de: (a) identificar y realizar sus aspiraciones, (b) satisfacer sus necesidades, y (c) cambiar o adaptarse al medio ambiente” (OMS, 1994).

Sin embargo, la promoción de la salud no se orienta únicamente a cambiar el comportamiento individual, sino que busca además cambiar las condiciones ambientales y las políticas en los servicios de salud dentro de un enfoque

comunitario (Michael, 1982 y Stokols, 1992; citados por Barra, 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior, la promoción de la salud aparece como estrategia de mediación entre la población y su entorno, buscando de esta manera un propósito esencial: Adelantarse a las inadecuadas condiciones de salud que se puedan presentar en la comunidad, por medio de la promoción de la responsabilidad social para la salud que fortalezca el mantenimiento de estilos de vida saludables y de la intervención en la salud pública, ya que la salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social de una población. En este sentido, la promoción de la salud permite construir una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios de salud (OMS, 1994).

Hay que resaltar que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son diferentes; ya que el objetivo de la prevención es la reducción de factores perjudiciales que desarrollen o incrementen la enfermedad mientras que el objetivo de la promoción es maximizar las condiciones de salud. A pesar de sus diferencias ambas tienen como propósito fundamental la educación para la salud que consiste en la “combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adquisición y adopción voluntaria de conductas saludables” (Buela - Casal & cols., 1997, p.65).

Al diseñar un programa de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se deben tener en cuenta los factores de protección, los cuales se definen como “agentes internos o medioambientales que disminuyen o eliminan las posibilidades de que aparezca una enfermedad” (Armijo, 1994, p. 23). Es

importante entender que los factores de protección no son solamente los que se contraponen a los factores de predisposición. Es decir, si el factor de predisposición es fumar, el factor de protección no es sólo “no fumar”; también lo es que cada vez existan más lugares públicos restringidos para fumar y que la gente los respete (Armijo, 1994). Por lo tanto, el estilo de vida, que es considerado como una variedad de actitudes, hábitos y prácticas individuales, puede convertirse en un factor de predisposición para la enfermedad o de protección para la salud; ya que puede influir positiva o negativamente sobre el proceso de salud – enfermedad (Armijo, 1994; Buela - Casal & cols., 1997).

Con la intervención de los factores de protección se pueden diseñar programas de prevención y promoción en salud dirigidos a distintos contextos, ya sean educativos, empresariales, hospitalarios, etc.; estas propuestas son alternativas viables que actúan como medidas de control efectivas, frente a los problemas de salud (Greenberg, Flanders & Boring, 1993).

La educación para la salud es un aspecto fundamental en todo programa de prevención y promoción de la salud, debido a que en estos programas el propósito que se persigue es la psicoeducación que se les pueda proporcionar a los participantes.

Para el diseño de proyectos de prevención hay que partir de la lógica de la acción preventiva, que inicia con la pregunta de ¿cuál es el problema? haciendo referencia a la magnitud de la alteración en estudio; continúa preguntando el ¿por qué ocurrió el problema? lo que hace referencia a las posibles causas o factores de riesgo que facilitaron la ocurrencia de la alteración; luego se

pregunta el ¿qué hacer frente al problema? lo cual se refiere a la intervención donde se puedan ubicar acciones individuales y colectivas; por último se pregunta sobre el ¿cómo intervenir? este aspecto se relaciona con la operatividad en la ejecución de las acciones (Materazzi, 1998).

Para promover comportamientos saludables se debe tomar en cuenta también la lógica de la promoción de la salud que al igual que en la prevención se presenta por medio de una serie de interrogantes, en este caso no se pregunta por la dimensión de un problema, se pregunta sobre ¿qué se desea? en términos de ideales colectivos de bienestar, se pregunta también sobre ¿cuáles son las condiciones necesarias para lograr lo deseado? lo que hace referencia a los determinantes de la salud, se continúa preguntando sobre el ¿qué hacer? y por último sobre el ¿cómo hacerlo? (Materazzi, 1998).

En la elección de acciones preventivas y de promoción de la salud, hay que apoyarse en estrategias tales como los enfoques educacionales que parten de la premisa de que las conductas de salud están determinadas por tres tipos de factores, los cuales se pueden orientar mediante intervenciones educacionales (Barra, 2003, p. 144).

El primer tipo de factores recibe el nombre de factores predisponentes. Son aquellos que motivan las decisiones de llevar a cabo determinadas acciones encaminadas hacia las conductas promotoras de salud o hacia aquellas perjudiciales para la salud, por ejemplo las actitudes y creencias. El segundo tipo de factores recibe el nombre de factores habilitantes y se refieren a las habilidades necesarias para llevar a cabo una acción en pro de la salud, por

ejemplo un factor habilitante para la prevención temprana del cáncer mamario sería saber cómo realizar un auto-examen mamario. Por último, se encuentran los factores reforzantes que corresponden a las recompensas que un sujeto obtiene por la realización de una conducta de salud, por ejemplo con la realización de ejercicio físico se obtiene reducción del estrés (Barra, 2003).

La prevención y la promoción de la salud es más efectiva si combina instancias de aprendizaje dirigidas a cada uno de los tres tipos de factores; ya que por más motivada y reforzada que sea una determinada conducta de salud, no será muy efectiva si no se presentan los factores habilitantes (Barra, 2003).

Los enfoques conductuales son otra clase de estrategias que se pueden utilizar en la prevención y promoción de la salud, estos enfoques son técnicas de tipo conductual que se aplican para modificar conductas perjudiciales para la salud. Dentro de este enfoque existen dos modalidades: (a) el análisis conductual aplicado, que es una estrategia de cambio conductual basada en los principios del condicionamiento operante y (b) la terapia cognitivo – conductual, que se basa en la perspectiva de que la conducta humana es mediada por variables cognitivas. En este caso hay que resaltar que las creencias acerca de la salud que un sujeto o una comunidad tengan, son fundamentales en el momento de implementar programas de prevención y promoción de la salud (Barra, 2003).

La promoción y la prevención en Psicología han sido reconocidas paulatinamente en la investigación de los problemas de salud mental (Greenberg & cols., 1993). En este sentido la relación de la salud mental con la

prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, se fundamenta en la concepción de que la salud física y mental no sólo se asocia con la ausencia de enfermedad, sino también con el desarrollo de una cultura de la salud, en la cual se difunda y se promueva la importancia de que la sociedad intervenga en la búsqueda de alternativas que faciliten el control del estado de salud de sus habitantes; por lo tanto la implementación de estrategias que promuevan la salud mental es una posibilidad encaminada a la consecución de este propósito (Buela - Casal & cols., 1997; Greenberg & cols., 1993).

Salud Mental

Prieto (1999) considera que la salud mental es un “estado de bienestar físico y psicológico que le permite al individuo la capacidad de establecer vinculaciones afectivas adecuadas, tolerar la frustración y adaptarse de manera activa a situaciones sociales e interpersonales”. Con esta definición se deduce que la salud mental está enmarcada dentro de un contexto integral que asume las diferentes dimensiones (física, afectiva, cognitiva y social) del desarrollo evolutivo de un sujeto. Teniendo en cuenta este contexto, el trastorno mental se define como una “afección psíquica y conductual que ocasiona un importante deterioro en el funcionamiento orgánico, emocional, cognitivo y social” (Prieto, 1999).

Existen tres orientaciones teóricas que proporcionan diferentes explicaciones sobre el desarrollo de los trastornos mentales: El modelo biológico, el conductual y el cognitivo.

1. El modelo biológico asume como principio fundamental que el trastorno mental es una enfermedad, al igual que cualquier otra enfermedad física. En

este sentido las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anormalidades biológicas correlacionadas (genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc.). En consecuencia se presupone que la alteración del cerebro (estructural o funcional) es la causa primaria de la conducta anormal (Comer, 1992; citado por Cullough, 1998).

2. El modelo conductual por su parte define el trastorno mental como un comportamiento anormal que se basa en hábitos desadaptativos que han llegado a condicionarse a cierto tipo de estímulos mediante condicionamiento clásico e instrumental (Eysenck, 1987). En este sentido el proceso mediante el cual se aprende la conducta normal es similar al utilizado para aprender la conducta anormal; esta conducta implica el funcionamiento defectuoso de ciertos sistemas psicológicos, como la emoción, la motivación, la inteligencia, etc. (Eysenck, 1987).

3. El modelo cognitivo en lugar de hablar de conductas anormales o enfermedades mentales, prefiere conceptos más amplios como el de experiencias anómalas (equivalente a los conceptos de disfunción y disconformidad), definidas como “actividades mentales que no son las que experimentan la mayoría de las personas en iguales o similares circunstancias; están constituidas por componentes físicos y comportamentales” (Caballo, 1997, p. 20). Para poder afirmar que una persona tiene una forma inusual de experimentar un hecho o una situación, es necesario apoyarse de la investigación introspectiva y valerse también de los informes verbales que dicha persona suministre (Caballo, 1997).

En el modelo cognitivo se establece que la presencia de un estímulo se convierte en información a procesar, para lo cual se activan los procesos cognitivos, los cuales proporcionarán un significado a la información, sólo cuando este proceso se ha completado se producirá una respuesta, un comportamiento específico y observable, que dependerá de las características de la información, la situación del sujeto, el procesamiento que se ha realizado, etc. (Beck & Emery, 1985; Caballo, 1997).

Cuando el comportamiento que se genera es una experiencia anómala, se presenta en el individuo una limitación en la capacidad para procesar la información recibida; esta limitación se presenta en el funcionamiento de los procesos cognitivos. El origen de esta incapacidad es multicausal; se puede presentar por alteraciones neurológicas, hasta por la existencia de “saturación” de la capacidad cognitiva que se puede relacionar con conflictos emocionales, sociales, etc. (Beck & Emery, 1985; Caballo, 1997).

Las alteraciones mentales son procesos fundamentales dentro de la investigación psicológica; ya que para la psicología es de gran importancia comprender de forma precisa la psicopatología que rodea al comportamiento humano. Por esta razón existe un gran interés por estudiar las causas, la sintomatología, los factores de predisposición y las consecuencias que se presentan y se asocian a los diferentes trastornos mentales. En este sentido, la presente investigación abordó la problemática psicológica de la ansiedad, con el propósito de determinar diferentes factores de predisposición asociados a la presencia de este fenómeno que junto con la identificación de factores de

protección, faciliten el diseño de un programa de prevención de la ansiedad dirigido a los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

¿Qué es la Ansiedad?

La ansiedad es una “respuesta emocional, que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, esta respuesta puede acompañar a las personas durante todo su desarrollo, estando presente al vivenciar cambios y situaciones nuevas. La respuesta de ansiedad, puede estar provocada tanto por estímulos internos (pensamientos, imágenes) como externos (situaciones)” (Cullough, 1998, p. 43). La ansiedad es experimentada como una emoción que surge en una situación en la que el individuo percibe una *amenaza*, este concepto es concebido por Belloch, Sandín & Ramos (1995) como “daños o pérdidas que todavía no han aparecido pero que se prevén y evalúan como desencadenantes de posibles consecuencias negativas, que pueden desbordar los recursos de afrontamiento que el individuo posee” (p. 56).

Para afrontar esta situación y tratar de reducir las consecuencias negativas, el individuo debe ponerse en alerta, en este caso la respuesta de ansiedad actúa como un mecanismo de supervivencia y desaparece una vez que el peligro ha pasado (Belloch & cols., 1995).

La ansiedad es una respuesta emocional que tiene una función muy adaptativa; ya que incrementa la vigilancia ante una posible amenaza. Una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza *anticipatoria* que implica

un proceso de preparación cognitiva para un suceso y en la que intervienen la evaluación e interpretación de la situación. La respuesta anticipatoria prepara al individuo para hacer frente a una situación de peligro o amenaza y prever las consecuencias de la misma, por lo tanto la ansiedad se orienta hacia el futuro (Dugas, 1997).

Un monto de ansiedad manejable es inherente al ser humano y puede ser incluso canalizado hacia actividades creativas o productivas; sin embargo, cuando la ansiedad invade totalmente, paralizando al individuo, cargando de preocupaciones y aprensiones cada momento de su vida, se vuelve intolerable e inquietante, tornándose en algo crónico y permanente, se vive como una experiencia desagradable (emoción negativa), especialmente cuando alcanza una elevada intensidad, que se refleja en fuertes cambios somáticos, de los cuales la mayoría son percibidos por el individuo. Esta intensa respuesta de ansiedad puede provocar una pérdida de control sobre la conducta normal de quien la padece (Belloch & cols., 1995; Dugas, 1997).

Caballo & Simón (2001) consideran que la respuesta de ansiedad es desadaptativa cuando se presenta ante estímulos que no son amenazantes, o bien la situación puede entrañar cierto peligro pero la reacción de alarma es desproporcionada y excesiva frente a esta situación. El individuo responde de esta manera porque percibe su entorno como peligroso debido a una valoración cognitiva irreal y distorsionada que realiza de él. Esta valoración del ambiente se fortalece con la autoevaluación negativa que realiza el individuo de sus propios recursos de afrontamiento, por lo tanto se siente incapaz para

responder de forma adecuada, ya que considera no poseer los elementos apropiados para cumplir satisfactoriamente con los requisitos de la demanda (Caballo & Simón, 2001).

La respuesta patológica respecto a la respuesta normal de ansiedad, presenta un nivel más elevado en relación a la intensidad, frecuencia y duración. Los cambios fisiológicos que se producen son los mismos que en la ansiedad normal; lo que difiere en este caso es que el sujeto los experimenta de un modo amenazante, fundamentalmente porque no entiende por qué se producen, por qué no los puede controlar y por qué además interfieren en su vida cotidiana (Caballo & Simón, 2001).

Es importante resaltar que el estrés y la ansiedad son diferentes, para esto es necesario definir el concepto de estrés, el cual se concibe como “el proceso por el cual los eventos ambientales amenazan o desafían el bienestar de un organismo, proceso que se produce mediante la interpretación y la respuesta que se da ante estos estímulos” (Baum, Gatchel & Krantz, 1997, p. 58). Los estresores o fuentes de amenaza pueden ser externos como internos y las respuestas ante esos estresores pueden ser fisiológicas, emocionales, cognitivas o conductuales; en este caso la ansiedad es una respuesta emocional al estrés, que implica también reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales (Baum & cols., 1997).

Dimensiones de la Ansiedad

La ansiedad puede observarse a un triple nivel: (a) cognitivo (el pensamiento); (b) fisiológico (cambios somáticos); y (c) motor (conductual-

observable).

1. A nivel cognitivo, la ansiedad se caracteriza por pensamientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardíacos, respiratorios, etc.)

2. A nivel fisiológico, la ansiedad se caracteriza por la activación de diferentes sistemas, principalmente el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso motor, además del sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmune. De todos los cambios que se producen, el individuo sólo percibe algunos, en respuestas tales como el incremento de la tasa cardíaca, de la tasa respiratoria, sudoración, temperatura periférica, tensión muscular, sensaciones gástricas, etc., la persistencia de estos cambios fisiológicos puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc.

3. A nivel motor u observable, las conductas ansiosas se presentan como inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitación de situaciones temidas, consumo excesivo de sustancias (comida, bebida, tabaco, etc.), llanto fácil, tensión en la expresión facial, etc. (Belloch & cols, 1995). Hay que resaltar que las conductas ansiosas hacen referencia también a las respuestas operativas de escape y *evitación* (Dugas, 1997).

La evitación de la situación que provoca ansiedad es una de las respuestas más comunes para intentar regularla; el estudio experimental de la evitación ha ocupado un lugar central en la investigación de la ansiedad desde los paradigmas de condicionamiento clásico y operante (Dugas, 1997). La evitación es definida por Baeza (1996) como un “modo de controlar las condiciones aversivas del medio”, este control se lleva a cabo de dos maneras, impidiendo que el sujeto se habitúe a las conductas ansiosas y a la vez contribuye a que estas conductas no se extingan. Sin embargo la evitación de situaciones que generan ansiedad implica la renuncia a actividades que son importantes para el sujeto (como compromisos laborales o académicos, reuniones familiares y sociales, actividades recreativas, viajes, etc.) lo que a su vez es fuente de mayor ansiedad (Baeza, 1996; Dugas, 1997).

Ansiedad como Estado y como Rasgo

Spielberger, Gorsuch & Lushene (1994) plantean que la ansiedad puede ser considerada como una reacción temporal o como una condición más o menos estable en forma de predisposición. Es importante realizar la distinción entre estos dos conceptos.

Para Spielberger y cols. (1994) la Ansiedad Estado (A/E) se define como una “condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad” (p. 6).

Cuando una situación se percibe como amenazante, independientemente de la existencia de un peligro real; la sensación de amenaza conducirá a una

desagradable reacción emocional (la ansiedad estado) la cual esta acompañada por pensamientos (sobre el daño físico y psicológico que puede resultar del peligro percibido) y sensaciones psicofisiológicas (como el incremento de la tensión muscular, de la presión sanguínea, de la frecuencia de la respiración, al igual que la presencia de hiperactividad, inquietud, aprensión, temor, malestar subjetivo y la preocupación por las circunstancias específicas que provocan esta condición) (Spielberger, 1980).

Se pueden presentar niveles moderados de ansiedad estado caracterizados por la presencia de incertidumbre, aprensión y nerviosismo; mientras que los altos niveles de ansiedad estado se manifiestan con miedo y con temor intenso asociados a un comportamiento de pánico. La intensidad y la duración de la ansiedad estado depende de los estímulos que recibe un individuo y de la interpretación que se realice de ellos.

Por lo tanto, el nivel de la ansiedad estado es alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes, aunque no exista un peligro objetivo y el nivel de la ansiedad estado es bajo en circunstancias en que aún existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante (Spielberger, 1980).

En este sentido, Spielberger (1980) considera a la ansiedad como un tipo especial de interacción entre el individuo y el ambiente. La interacción se inicia con la interpretación de una situación como amenazante, en respuesta a esta interpretación el individuo va a generar una condición emocional (ansiedad estado), asociada a cambios psicofisiológicos específicos; al experimentar esta

condición el sujeto puede huir, evitar o enfrentar el estímulo peligroso para minimizar la amenaza, produciendo de esta manera un cambio en su entorno.

Por otra parte la Ansiedad Rasgo (A/R) se define como una “propensión ansiosa relativamente estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado” (Spielberger & cols., 1994, p. 6).

Spielberger y cols. (1994) afirman que la ansiedad rasgo posee características similares a los constructos psicológicos que Atkinson (1964; citado por Spielberger & cols., 1994) llama *motivos*, a los cuales considera como “disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación” (p. 6). Este constructo es considerado también como un conjunto de “disposiciones comportamentales adquiridas” (Campbell, citado por Spielberger & cols., 1994, p. 7) las cuales define como “residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta constantes” (p. 7).

Mediante la ansiedad rasgo se evalúan las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a responder ante tales amenazas con reacciones ansiosas. La ansiedad rasgo puede ser considerada como un reflejo de las diferencias individuales en la frecuencia y en la intensidad con que los estados de ansiedad se han manifestado en el pasado, y en la probabilidad con que tales estados serán experimentados en el futuro (Spielberger, 1980).

Los sujetos con mayor ansiedad rasgo presentan mayor ansiedad estado; ya que estas personas tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes (hecho que está muy influido por las particulares experiencias pasadas) y responden ante estas situaciones con estados de ansiedad de gran intensidad y frecuencia (Spielberger, 1980).

La ansiedad rasgo se puede generar por factores genéticos. En un estudio realizado actualmente por científicos del Centro de Genética Médica y Molecular - IRO de Barcelona en conjunto con la unidad de psiquiatría del Hospital del Mar se identificó una alteración cromosómica que incrementa la predisposición genética a padecer ansiedad, la cual de acuerdo a los resultados que arrojó el estudio, se presenta en un 52%. Esta predisposición produce cambios bioquímicos en el cerebro que pueden llegar a alterar la activación de los neurotransmisores, interfiriendo en la regulación adecuada de la respuesta de ansiedad (Maser, 2000; Spielberger, 1980).

Sin embargo, el papel que cumple el aprendizaje en el desarrollo de esta propensión ansiosa es significativo; ya que las experiencias tempranas de tensión y la adquisición de estilos de pensamiento erróneos, contribuyen a la formación de una disposición más o menos estable en la cual las situaciones se perciben de forma constante como amenazantes y peligrosas (Spielberger & cols., 1980).

Aspectos Biológicos de la Ansiedad

En la clínica psicológica se pueden encontrar personas que sufren arritmias, dolor crónico, contracturas musculares, asma, trastornos gástricos, trastornos dermatológicos, etc. ¿Por qué si se trata de trastornos físicos están en la

consulta psicológica? porque presentan niveles muy altos de ansiedad. “La respuesta psicofisiológica es un componente básico de la ansiedad” (Bassechi, 2000). La percepción de una amenaza real que proviene del entorno, se convierte en información sensorial que llega a la corteza cerebral, en la cual se realiza un procesamiento de la información y se decide la conducta subsecuente (este proceso tiene una función importante en el mantenimiento o desaparición de la ansiedad), la corteza cerebral se comunica después con diferentes estructuras del sistema límbico, el hipotálamo, el hipocampo, la amígdala y el séptum que regulan en conjunto las emociones y los motivos; por medio de la formación reticular que se encuentra en el tallo cerebral, se transmite toda esta información al sistema nervioso autónomo (S.N.A.) el cual activa al subsistema nervioso simpático que inerva a todo el organismo preparándolo para la acción; este subsistema estimula a las glándulas suprarrenales para que segreguen adrenalina y noradrenalina, hormonas que refuerzan la transmisión de información a los diferentes órganos corporales para que reaccionen rápida y adecuadamente frente a la situación amenazante (Bassechi, 2000).

Para la integración de las respuestas generadas por la corteza cerebral, el sistema límbico y el S.N.A., la vía noradrenérgica libera CFR (factor liberador de corticotropina) el cual realiza esta función esencial de mediación (Passarela, 2000).

Las reacciones que se generan frente a una situación amenazante desempeñan un importante papel para la defensa y supervivencia; por ejemplo

el aumento de la tensión muscular se produce con el fin de que nuestro cuerpo se prepare para la necesaria acción inmediata, sería muy peligroso mantener el cuerpo relajado ante tal situación, también aumenta el pulso y la presión sanguínea favoreciendo que llegue más sangre al cerebro, a los pulmones, a los brazos y a las piernas, lo que ayudará al organismo a hacer frente al esfuerzo de actuar ágil y rápidamente, se incrementa la frecuencia de la respiración haciendo que llegue más oxígeno a los músculos lo que favorecerá la acción, también aumenta la transpiración para aliviar y refrigerar el exceso de calor muscular producido por el esfuerzo realizado. Otras funciones del organismo que, en ese momento no son necesarias (la digestión, la función sexual, etc.) se hacen más lentas o, incluso, se paralizan; ya que el cerebro y los músculos necesitan de todas las energías posibles en ese momento de emergencia (Passarela, 2000).

La bioquímica del cerebro que se activa frente a un estímulo amenazante, implica la intervención de cuatro neurotransmisores: el GABA (ácido gamma – aminobutírico), la noradrenalina, la dopamina y la serotonina (Passarela, 2000). En los estados de ansiedad disminuyen los niveles cerebrales del GABA que ejerce un efecto inhibitorio sobre los receptores noradrenérgicos, los cuales incrementan su actividad en la respuesta de ansiedad; ya que la noradrenalina se encarga de regular los niveles de energía. Cuando hay fallas en su funcionamiento es muy difícil que se detenga su actividad, por lo cual esta va a continuar aunque la situación amenazante ya haya desaparecido, generando cuadros patológicos de ansiedad; en estos casos los niveles de dopamina

disminuyen; ya que la función de este neurotransmisor que es la de dirigir el centro del placer se vuelve inoperante, puesto que en la ansiedad el grado de malestar que se experimenta es significativo. La serotonina es otro neurotransmisor que interviene en la bioquímica cerebral del mecanismo de la ansiedad. La serotonina se encarga de regular los ciclos de sueño y vigilia; en la respuesta de ansiedad los niveles de esta sustancia aumentan; por lo tanto se produce una interferencia del ciclo sueño – vigilia, lo que genera alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador) aspecto que a la postre va a producir más ansiedad (Passarela, 2000).

Las mujeres se encuentran más expuestas a presentar conductas ansiosas; la probabilidad de que se manifiesten estas conductas es mucho mayor que en los hombres (3/6) y esto podría deberse a algún motivo asociado a la constitución psico - neuro - inmuno - endocrinológica femenina (Bassechi, 2000).

Trastornos de Ansiedad

La ansiedad es una emoción universal que experimentan todos los individuos en mayor o menor grado. Más de un 15% de la población general llega a sufrir alguna vez, a lo largo de su vida, algún trastorno de ansiedad (Caballo & Simón, 2001) que se define como la “presencia predominante de reacciones (a nivel cognitivo, fisiológico y motor) demasiado intensas, frecuentes, perturbadoras y poco ajustadas a la situación en que se encuentra el individuo” (Caballo & Simón, 2001, p. 56). Estas conductas llegan a ser

patológicas, dificultando la vida normal de las personas y haciéndoles sentir experiencias muy desagradables en diversas situaciones.

En muchos casos, la ansiedad de una persona está provocada por sus propias conductas ansiosas: se tiene mucho miedo de la experiencia desagradable de ansiedad, pero este temor va a producir la ansiedad (de manera que es un círculo vicioso) (Caballo & Simón, 2001). Las conductas ansiosas se pueden presentar casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente; pueden ser tan incómodas que para evitarlas se suspenden algunas de las actividades diarias, se pueden sufrir también ataques ocasionales de ansiedad tan intensos que aterrorizan e inmovilizan al sujeto (Caballo & Simón, 2001).

Las diferencias entre los trastornos de ansiedad están relacionadas en primer lugar con la situación amenazante (específicas o inespecífica) en la que los sujetos presentan la respuesta patológica de ansiedad, por ejemplo en la fobia simple y en la fobia social esta respuesta se da ante situaciones amenazantes específicas como la oscuridad, las alturas (fobia simple) y situaciones interpersonales (fobia social), al igual que en el trastorno de ansiedad por separación (TAS) en el cual la respuesta de ansiedad se presenta únicamente ante la ausencia de una persona significativa para el sujeto (padre, madre, etc.), en el trastorno de estrés posttraumático (TEP) también se experimentan las conductas ansiosas frente a una situación específica, en este caso la reminiscencia de la experiencia traumática; este aspecto es contrario en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en el cual las conductas ansiosas

se generan frente a un gran número de eventos amenazantes o en la crisis de angustia en la cual se presentan ante una situación repentina y esporádica (APA, 1994).

Las diferencias entre los cuadros patológicos de ansiedad se relacionan en segundo lugar con las distintas formas en que se presentan las conductas ansiosas, lo cual va a dar lugar a la designación de un trastorno.

Es importante diferenciar las conductas ansiosas que se presentan en la crisis de angustia de las que se presentan en el TAG; ya que si este trastorno se manifiesta de manera aguda, sus síntomas pueden parecerse a los de la crisis de angustia, con la diferencia de que los puntos álgidos del TAG se presentan de manera más gradual, remiten más lentamente y los síntomas somáticos (fatigabilidad, palpitaciones, etc.) son menos intensos que en la crisis de angustia.

En tercer lugar los trastornos de ansiedad se diferencian por la duración de la respuesta ansiosa. En este caso las fobias se diferencian de los demás trastornos de ansiedad porque en ellas no se experimenta ansiedad de manera permanente; ya que las personas con miedo fóbico no están ansiosas constantemente, debido a que presentan las conductas ansiosas únicamente frente a situaciones o eventos amenazantes específicos; en oposición a otros trastornos, como el TAG, en el cual las preocupaciones, el malestar subjetivo y los síntomas físicos se padecen de forma excesiva y su duración es permanente, o en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en el cual los pensamientos perturbadores están presentes de manera persistente, hasta el

punto en que el individuo tiene que recurrir a rituales compulsivos para reducir la intensa ansiedad que experimenta, o en el trastorno de angustia, en el cual la preocupación de experimentar una nueva crisis de angustia es constante. Igual sucede en el TEP, en el cual la reexperimentación de todas las situaciones y estímulos (recuerdos, sueños, etc) que se asocian al evento traumático producen una intensa ansiedad, que es de carácter persistente y constante (APA, 1994).

En cuarto lugar los trastornos de ansiedad varían también en cuanto a la edad de inicio. Es importante conocer este aspecto ya que puede ser entendido como un factor de riesgo, en el sentido de que ciertas edades pueden ser más vulnerables para que se generen determinadas conductas ansiosas, que lleven a la categorización de un trastorno de ansiedad.

El TOC, se inicia en la adolescencia y juventud, mientras que las fobias específicas y sociales suelen tener su comienzo en edades tempranas (infancia y adolescencia). No obstante la aparición de las fobias sociales suele ocurrir en un periodo un poco más tardío; se ha sugerido que la edad de mayor riesgo es entre los 15 y 20 años, edad, en la cual los adolescentes comienzan a establecer importantes relaciones sociales (amistades, noviazgo, etc). El TAS tiene un período máximo de riesgo entre los 6 y 11 años. El TAG, los trastornos asociados a la angustia y a la agorafobia son los que aparecen más tardíamente (20 a 35 años), aunque después de los cuarenta son pocos los trastornos de estas categorías que surgen por primera vez. El trastorno de estrés postraumático tiene edades de comienzo variables. Su inicio puede estar

asociado a la edad que se vincule con situaciones de riesgo; así por ejemplo la infancia es un periodo más susceptible a eventos de abuso sexual que la adultez (APA, 1994).

El fenómeno de la ansiedad se ha explicado desde distintas aproximaciones teóricas. Desde las orientaciones derivadas de los paradigmas de condicionamiento clásico y operante hasta los enfoques que resaltan la importancia de los procesos cognitivos y psicosociales.

Orientaciones Teóricas sobre la Ansiedad

Los Tres Grandes Modelos Conductuales de la Ansiedad

Watson (1920) formuló una teoría experimental de las fobias sobre la base del condicionamiento clásico, sugiriendo que cualquier situación o estímulo inicialmente neutro puede adquirir la propiedad de generar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos traumáticos provocadores naturales de miedo o dolor (estímulos incondicionados, EI), de esta manera un estímulo neutro puede convertirse en un estímulo condicionado (EC) de miedo, lo cual producirá en el individuo respuestas condicionadas (RC) de temor. De acuerdo a este proceso, la ansiedad es entendida como una “respuesta emocional condicionada” (Davidoff, 1994, p. 22).

Se desarrolló una nueva aproximación teórica, en la cual se incluyeron los principios del condicionamiento clásico y los principios del condicionamiento operante y se propuso el *modelo bifactorial mediacional*, que fue planteado por Mowrer (1950) el cual ha sido considerado como el segundo gran modelo de condicionamiento de la ansiedad después del modelo de condicionamiento

clásico de Watson (Davidoff, 1994).

Esta orientación teórica se apoya básicamente en el paradigma de la evitación; el autor plantea que, en primer lugar mediante un proceso de condicionamiento clásico, se establece una respuesta condicionada de miedo (ansiedad). Esta respuesta, una vez constituida como tal, adquiere propiedades de impulso con capacidad para mediar y motivar el inicio de una conducta operante de escape/evitación. Cuando la respuesta de evitación se ejecuta satisfactoriamente, se produce una reducción temporal de la reacción de miedo, por lo que la conducta de evitación queda reforzada negativamente, lo que permite su mantenimiento (Mowrer, 1950).

Eysenck (1985) expuso un nuevo modelo teórico sobre el condicionamiento de la ansiedad, el *modelo de la incubación* de la ansiedad, este modelo se basa en los principios del condicionamiento clásico.

La incubación de la ansiedad es el “incremento de la resistencia a la extinción que puede presentar la respuesta condicionada cuando actúa como agente reforzador de todas las relaciones (EC – RC), en la cual se asocia un mismo EC con la respuesta de ansiedad” (Eysenck, 1985, p. 35). Para este objetivo la respuesta condicionada de ansiedad debe ser suficientemente fuerte y la duración del EC debe ser corta; de lo contrario la respuesta de ansiedad declina (Eysenck, 1985). Este modelo es considerado como el tercer gran modelo de condicionamiento de la ansiedad (Davidoff, 1994).

Esta orientación teórica está relacionada con el tratamiento conductual de la ansiedad; ya que este modelo concluye que las exposiciones cortas del EC

llevan a la incubación de la ansiedad y exposiciones prolongadas a la extinción. Como se puede observar en la práctica clínica, la técnica conductual de inundación utiliza la presentación del EC durante un largo período de tiempo para generar un descenso en el nivel de ansiedad que lleve a la RC a una extinción definitiva (Davidoff, 1994).

Enfoques Cognitivos de la Ansiedad

El surgimiento de orientaciones teóricas que intentan definir la ansiedad desde la dimensión de los procesos cognitivos, permitieron enmarcar este concepto dentro de nuevas aproximaciones explicativas.

El psicólogo canadiense Albert Bandura (1982) autor de la teoría del aprendizaje social, ha desarrollado desde una perspectiva cognitivo social una aproximación explicativa sobre la ansiedad. A partir de esta teoría, que se fundamenta en el aprendizaje mediante la observación de modelos, Bandura establece que este tipo de aprendizaje puede facilitar elementos de autorregulación que inciden en la autoeficacia y en las habilidades autónomas de dominio personal para enfrentarse a las exigencias del medio; con base en el constructo cognitivo de expectativa, incluye en este enfoque el concepto de *expectativa de autoeficacia*, el cual define como la “percepción de la propia capacidad para llevar a cabo acciones específicas de forma exitosa (necesarias para obtener determinados resultados)” (Bandura, 1982, p. 41). Para este autor lo que hace que los acontecimientos potencialmente aversivos resulten temibles es esencialmente la ineficacia percibida para afrontarlos. En este caso los individuos exageran la magnitud de sus deficiencias y las exigencias

potenciales del medio, dificultando así la utilización adecuada de los recursos individuales con los que disponen. En este sentido la percepción de ineficacia para el afrontamiento, va a mantener las conductas ansiosas, que desencadenan conductas defensivas como la evitación (Bandura, 1982).

Se considera que este enfoque es útil para explicar el mantenimiento de la ansiedad más que la adquisición de la misma; por lo tanto su función es más operativa en el campo terapéutico; ya que la conceptualización de la expectativa de autoeficacia facilita reconocer cómo un individuo está evaluando los recursos de afrontamiento con los que cuenta para prevenir, reducir o extinguir la gravedad de las situaciones amenazantes (Davidoff, 1994).

Una nueva perspectiva que trata de aproximarse a una concepción sobre la ansiedad es la formulada por Clark (1989), quien la plantea desde el desarrollo de un modelo cognitivo del pánico. Según este autor los sujetos que presentan intensas conductas de pánico, tienden a interpretar de manera catastrófica sus sensaciones corporales, esta tendencia se genera debido a la presencia de un proceso fundamental: La *atención autoenfocada* que se refiere a la “hipervigilancia de las propias sensaciones corporales relacionadas con la activación psico – biológica” (Clark, 1989, p. 31); por esta razón cuando se experimentan niveles altos de ansiedad y preocupación acompañados de intensos síntomas físicos, la atención autoenfocada se incrementa, lo que a su vez aumenta el nivel de ansiedad. Estos dos aspectos permiten que el individuo mantenga un estilo interpretativo negativo, al no permitirse a sí mismo verificar la racionalidad de sus miedos (Clark, 1989).

Este autor resalta la importancia de las interpretaciones catastróficas sobre las sensaciones fisiológicas asociadas a la hiperventilación (sensación de ahogo y falta de aire); ya que esta evaluación negativa induce a un incremento de la ansiedad y de los síntomas de hiperventilación, generándose un círculo vicioso que podría desencadenar en un trastorno de ansiedad (Clark, 1989; Davidoff, 1994).

Caballo (1997) propone una moderna visión, en la cual plantea que las personas que experimentan conductas ansiosas manifiestan una gran dificultad en la solución de problemas, ellos no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas; pero si carecen de habilidades prácticas para solucionarlos de forma adecuada; ya que estas personas presentan un factor de vulnerabilidad cognitiva denominado *intolerancia hacia la incertidumbre*, el cual mantiene al individuo en una conducta de vigilancia constante. A su vez esta conducta de vigilancia (que se manifiesta por activación fisiológica y emocional) que se produce en la ansiedad y que representa un malestar significativo para la persona que la padece, va a generar una conducta de evitación que va a disminuir la vigilancia pero va a incrementar la incertidumbre; por lo tanto los individuos con elevada ansiedad tienen una gran tendencia a resolver los problemas utilizando tanto conductas de vigilancia como de evitación, lo que llevaría a desarrollar una conducta de afrontamiento fluctuante que aumenta notablemente la ansiedad (Caballo, 1997).

El mismo autor incorpora a esta aproximación explicativa de la ansiedad el concepto de *preocupación*, el cual se fundamenta inicialmente con la

percepción de la amenaza; los individuos que son intolerantes a la incertidumbre perciben más situaciones amenazantes debido a su modo vigilante de afrontamiento, detectan en mayor medida un riesgo subjetivo, perciben material ambiguo como amenazante y sobreestiman la probabilidad de resultados negativos. A su vez, este tratamiento sesgado de la información ambiental aumenta los niveles de ansiedad y preocupación (Caballo, 1997).

Esta aproximación teórica es utilizada en el campo terapéutico, específicamente en el entrenamiento del manejo de la ansiedad (EMA), esta técnica incluye el empleo de la relajación y de respuestas de competencia que actúen como respuestas de afrontamiento incompatibles con las conductas de ansiedad. Los procedimientos de este tipo de tratamiento se enmarcan en el entrenamiento para reconocer la aparición de la ansiedad patológica y en cómo automanejar la reducción de la misma (Caballo, 1997).

Desde una visión más amplia que integra factores biológicos, psicosociales y cognitivos se destaca el modelo de la diátesis de la tensión, como una forma de explicar la naturaleza de la ansiedad desde un enfoque que toma como base la vulnerabilidad física y psicológica que tiene un sujeto a padecer esta alteración.

El Modelo de la Diátesis de la Tensión

Desde la medicina griega se ha planteado que los individuos tienen distintas posibilidades de enfermar, que existe una disposición previa que genera una fragilidad particular a determinadas personas, en lo referente a su resistencia a ciertas enfermedades y que por ende las vuelve más fácilmente víctimas de ellas (Davidoff, 1994).

Los médicos comenzaron a utilizar, en su razonamiento clínico y terapéutico el concepto de terreno para designar un saber anticipado sobre los eventos patológicos que podían producirse en un individuo. Dicho saber provenía de su complejión física, su estado nutricional, los antecedentes familiares, la respuesta a enfermedades sufridas anteriormente, el momento vital (infancia, embarazo, senectud), etc. (Davidoff, 1994).

Debido a los aportes realizados por la genética, se fue imponiendo el concepto de *diátesis*, entendida esta como una “predisposición a contraer ciertas enfermedades o trastornos, debido a la presencia de un genotipo anormal” (Davidoff, 1994, p. 59). Más tarde se estableció la relación de un conjunto de genes con múltiples factores externos provenientes del entorno ambiental y social. El término de diátesis se fue sustituyendo por el de vulnerabilidad en la literatura psiquiátrica, el cual ha sido aplicado a las condiciones de aparición de la depresión, la esquizofrenia, el alcoholismo y la ansiedad (Akiskal & Mackinney, 1985; Davidoff, 1994).

El modelo de la diátesis de la tensión expuesto por Akiskal & Mackinney (1985) considera a la enfermedad como un proceso biopsicosocial originado por múltiples causas (biológicas, psicológicas y sociales). En este sentido se entiende la enfermedad desde un contexto integral. Desde esta misma visión se concibe el concepto de diátesis, que es definido como la “vulnerabilidad o predisposición hacia una enfermedad o trastorno, esta vulnerabilidad es un rasgo duradero y relativamente estable” (Akiskal & Mackinney, 1985, p. 46).

Determinar la vulnerabilidad que un individuo pueda tener hacia un trastorno, es útil en el establecimiento de un pronóstico y en la elección de acciones preventivas y terapéuticas adecuadas.

El modelo de la diátesis de la tensión ha sido utilizado originalmente en psicología para explicar la conexión entre eventos estresantes y la emergencia de síntomas en las personas diagnosticadas de alteraciones mentales; ya que si existe una predisposición específica en una persona para padecer una alteración mental, se incrementa la posibilidad de que en presencia de un estresor lo suficientemente intenso emerjan los síntomas que conducen a una determinada patología (Akiskal & Mackiney, 1983).

Es importante precisar de qué manera estos autores definen el concepto de tensión en este modelo. La tensión es considerada como un “estado de malestar físico y mental que resulta de la clase de valoración realizada por una persona sobre la naturaleza de su entorno y la propia capacidad de responder al mismo” (Akiskal & Mackinney, 1985, p. 55). En el caso de la ansiedad se evalúa el ambiente como nocivo y desbordante para los recursos de afrontamiento del individuo, lo que gradualmente perjudica su bienestar; ya que la tensión que se genera implica un estado de malestar significativo, en el cual existen manifestaciones físicas y psicológicas difíciles de controlar que afectan el desarrollo normal de quien las padece (Akiskal & Mackinney, 1985; Beck & Emery, 1985).

Akiskal & Mackinney (1985) plantean que cuanto más vulnerable es un individuo de presentar un trastorno, el estímulo que se requiere para precipitarlo es menor. En el caso de la ansiedad, esta alteración puede ser desencadenada

por un estímulo mínimo, por ejemplo, una persona que constantemente evalúa su ambiente como peligroso, tiene una mayor vulnerabilidad a padecer una respuesta patológica de ansiedad; en este sentido un evento mínimo como definir qué tomar en una cafetería le puede producir un alto nivel de ansiedad (Akiskal & Mackiney, 1985).

Este modelo establece que determinados factores genéticos, fisiológicos, psicosociales y del desarrollo pueden llegar a predisponer a un individuo a padecer alguna tensión física o psicológica como la ansiedad; estos factores pueden contribuir a tal predisposición interactuando conjuntamente (Akiskal & Mackinney, 1985).

Se supone también que el género y la edad pueden llegar a ser factores de predisposición asociados a la presencia de ansiedad; ya que según los datos epidemiológicos presentados por estudios conocidos internacionalmente, como el Epidemiological Cathmen Area Program (ECA), el género femenino posee mucho más riesgo de padecer trastornos de ansiedad que el masculino (2/3), las mujeres presentan una prevalencia a lo largo de la vida de 6.7% mucho mayor que la que presentan los hombres (2.6%). Las personas que se encuentran entre 15 y 45 años de edad, tienen mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad. Sin embargo, la infancia es un periodo de predisposición importante para padecer el trastorno de ansiedad por separación y los trastornos fóbicos (Belloch & cols., 1995).

Vulnerabilidad Genética

Eysenck (1985) respecto a la presencia de factores genéticos en el padecimiento de la ansiedad, determinó que algunas personas pueden disponer

de un sistema nervioso autónomo que reacciona con mucha rapidez, persistencia e intensidad ante los peligros o uno que presenta excitación demasiado alta en las condiciones de reposo.

En el caso de las conductas ansiosas, la evidencia genética procede del estudio de árboles genealógicos de familias afectadas, estudio de gemelos, etc. (Akiskal & Mackinney, 1985).

Kendler (1992) con un grupo de investigadores estudió la validez de una hipótesis clínica que supone que los trastornos de ansiedad se presentan en familiares de primer grado. El propósito de este estudio fue el de medir la probabilidad que tenían dos grupos de gemelos de padecer trastornos de ansiedad. Un grupo estaba conformado por gemelos idénticos que compartían la totalidad de los genes y un segundo grupo estaba constituido por mellizos que compartían solo algunos genes.

Después del estudio los investigadores hallaron que los gemelos idénticos tienen una mayor probabilidad que los mellizos de sufrir de trastornos de ansiedad generalizados, fobias o ataques de pánico. Sin embargo, la conclusión general del estudio fue que el factor herencia no se presenta en un 100%, su presencia es de un 30 a un 40%; por lo tanto el impacto genético es bastante moderado, puesto que los genes indican la vulnerabilidad general de un individuo y esta vulnerabilidad puede ser baja, media o alta.

Kendler (1992) y su grupo de investigación afirmaron finalmente que el aprendizaje y las experiencias de vida siguen desempeñando un papel muy importante en el desarrollo de los trastornos ansiosos.

Actualmente en un estudio realizado por científicos del Centro de Genética Médica y Molecular - IRO de Barcelona en conjunto con la unidad de psiquiatría del Hospital del Mar, se identificó que una alteración en el cromosoma 15 predispone a padecer de trastornos de ansiedad como ataques de pánico, agorafobia y fobia social (Maser, 2000).

La alteración que se halló es que en el cromosoma 15 de los pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad se presentó una zona duplicada. Tras analizar después las familias de estos pacientes se descubrió que un 97% de los familiares presentaba una duplicación en una zona del cromosoma 15, mientras que esta variante genética sólo se identificó en un 7% de la población general (Maser, 2000).

En las conclusiones que establecieron, los científicos que realizaron el estudio, se determinó que los cambios bioquímicos del cerebro que se producen ante la presentación de ansiedad se ven influenciados por una predisposición genética que puede alterar la activación de los neurotransmisores interfiriendo en la regulación adecuada de la respuesta de ansiedad (Maser, 2000).

Finalmente los científicos concluyeron que la predisposición genética a padecer trastornos de ansiedad se presenta en un 52% de la población estudiada (Maser, 2000).

Vulnerabilidad Fisiológica

Dentro de los factores de predisposición fisiológica que se asocian a la ansiedad se encuentran, las alteraciones médicas, el consumo de sustancias

psicoactivas y el consumo de medicamentos (Akiskal & Mackinney, 1985).

Entre las alteraciones médicas se encuentran, en primer lugar, el hipertiroidismo, que se origina por un funcionamiento excesivo de la glándula tiroidea, encargada de producir las hormonas tiroideas, las cuales se incrementan en un periodo de tiempo corto (agudo) o largo (crónico); a causa de esta alteración. La acción más importante de la glándula tiroidea es el desarrollo del cerebro; en el adulto el cerebro ya se ha desarrollado; pero necesita para su funcionamiento normal de una cantidad de hormonas tiroideas suficientes. Las perturbaciones a nivel cerebral que pueden generar hipertiroidismo se producen por una alteración en cualquier nivel del eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo, el cual tiene una relación importante con el sistema límbico, sistema que interviene en la respuesta de ansiedad; en este caso pueden aparecer manifestaciones neurológicas que alteran la bioquímica del cerebro y facilitan la presentación de conductas ansiosas como inquietud, temblores, fatiga, irritabilidad e insomnio (Passarela, 2000).

Los traumatismos craneales, se asocian también a la presencia de ansiedad, por las alteraciones cerebrales que originan; ya que pueden afectar el SNC y el SNA los cuales intervienen de manera directa en la respuesta de ansiedad. En este caso, la ansiedad se presenta como una consecuencia fisiológica directa de estas alteraciones médicas (Akiskal & Mackinney, 1985; Passarela, 2000).

El consumo de sustancias psicoactivas es otro factor de predisposición que se relaciona con la presencia de conductas ansiosas; específicamente el consumo de estimulantes a los cuales pertenecen anfetaminas, cocaína,

marihuana, cafeína y alucinógenos; estos estimulantes aumentan de forma excesiva el nivel de noradrenalina ocasionando alteraciones en el funcionamiento de esta sustancia en el cerebro; ya que con este incremento la actividad de la noradrenalina continúa aunque la situación amenazante ya haya desaparecido, de manera tal que las conductas ansiosas se presentan más persistentes e intensas (Akiskal & Mackinney, 1985; Passarela, 2000). El consumo constante de medicamentos para el resfriado (especialmente los broncodilatadores utilizados para combatir la tos), al igual que el consumo de analgésicos, se asocian a la presencia de ansiedad; ya que ésta surge como un efecto secundario al consumo de estos medicamentos. El consumo de antidepresivos ha sido considerado también como un factor de predisposición asociado a la ansiedad; ya que estos agentes químicos estimulan la actividad noradrenérgica generando una hiperactivación del S.N.A. la cual suscita conductas ansiosas, como hipervigilancia, sudoración, insomnio, irritabilidad y fatiga (Passarela, 2000).

Vulnerabilidad Psicosocial

Akiskal & Mackinney (1985) resaltan que la enfermedad es un proceso biopsicosocial, por lo tanto la influencia de las variables medioambientales en la generación de alteraciones físicas y psicológicas es significativa. Estas variables son las demandas psicosociales que se producen porque el individuo está inmerso en un medio en el cual se presentan diversas interrelaciones (con otros individuos, con una colectividad, y con el entorno en general) a las cuales debe responder (Akiskal & Mackinney, 1985). Estas demandas psicosociales

son consideradas por los mismos autores como factores de predisposición asociados a la presencia de ansiedad. Se dividen en dos clases: En *acontecimientos vitales estresantes* y en sucesos menores o diarios, los primeros son definidos como “eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo” (Akiskal & Mackinney, 1985, p. 67); por lo tanto estos acontecimientos pueden considerarse como cambios vitales, en este sentido a mayor cambio, mayor probabilidad de presentar respuestas psicofisiológicas de ansiedad. Belloch y cols. (1995), definen los acontecimientos vitales estresantes como “experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta” (p. 18).

En este sentido la característica definitoria de estos eventos es el cambio, que es percibido por el individuo como una amenaza para su bienestar; por lo tanto la potencia de las conductas ansiosas generadas por un determinado acontecimiento vital está en función de la cantidad de cambio que conlleve (Akiskal & Mackinney, 1985; Belloch & cols., 1995).

Estos eventos vitales pueden ser no traumáticos como el matrimonio, la pérdida de trabajo, etc. o traumáticos como una violación sexual, un accidente, haber sido víctima de la violencia, haber permanecido en prisión o haber participado en un combate, etc.

La segunda clase de demanda psicosocial, los *sucesos menores o diarios* se definen como “microeventos que ocurren con cierta cotidianidad y que demandan una reducida cantidad de cambio en el funcionamiento diario del

individuo” (Akiskal & Mackiney, 1985, p. 71) estos sucesos pueden ser *satisfactorios* o *negativos*. Los primeros son experiencias positivas como las derivadas de manifestaciones amorosas, recibir buenas noticias, etc.; los sucesos negativos son demandas irritantes y problemáticas que incluyen dificultades prácticas como perder o romper objetos, atascos de tráfico, etc., sucesos fortuitos como las inclemencias del tiempo y contrariedades de interrelación social como discusiones, problemas familiares, etc. (Akiskal & Mackinney, 1985; Belloch & cols., 1995).

La presencia de acontecimientos vitales estresantes y sucesos diarios negativos se considera un factor de predisposición psicosocial que se asocia a la ansiedad porque implica un cambio en el ajuste habitual del individuo, lo que puede incrementar la intensidad, frecuencia y duración de las conductas ansiosas generando una mayor probabilidad a que se presente una respuesta desadaptativa de ansiedad (Akiskal & Mackinney, 1985).

De otro lado, la presencia de soporte social es un factor de protección psicosocial que se asocia a la ausencia de ansiedad; ya que el soporte social es un mediador entre los acontecimientos vitales estresantes, los sucesos diarios negativos y la respuesta ansiógena que la presencia de estos eventos produce, facilitando que esta respuesta disminuya o que no llegue a presentarse, debido a que la presencia de soporte social brinda estabilidad emocional a todo sujeto y por ende una adecuación social efectiva al medio (Spiegel, 1994).

El concepto de soporte social se define como el “apoyo a nivel afectivo y tangible, que resulta de la interacción social entre diferentes individuos o grupos

humanos” (Spiegel, 1994, p. 26). El apoyo afectivo hace referencia a la cooperación, la comprensión, y el reconocimiento que el grupo primario (familia y pareja) y secundario (amigos, vecinos, etc.) pueden manifestar. La presencia de esta clase de soporte social posibilita la expresión de sentimientos y emociones, lo que facilita la adquisición de habilidades de afrontamiento importantes en la adaptación psicosocial del individuo. El apoyo tangible se refiere al respaldo material y económico que el grupo primario (familia y pareja) y secundario (amigos, vecinos, etc.) pueden proporcionar (Spiegel, 1994).

Las relaciones sociales adecuadas facilitan la adaptación de un sujeto a un determinado entorno, fortaleciendo de esta manera su ajuste social, el cual se entiende como la “eficiencia general de la persona en el medio interpersonal, expresada en la existencia de una relación satisfactoria con los demás, en función de la calidad de interacción y de un comportamiento que se adapte a las normas sociales que regulan la convivencia social” (Donovan, 1983). De esta manera el ajuste social se convierte en un soporte social, que le proporciona al individuo la capacidad de interactuar con otras personas en un ambiente social específico; fortaleciendo así la necesidad que tiene todo sujeto de desarrollarse como un ser social (Donovan, 1983). Se destaca que en el ajuste social (Bandura, 1982) existe una relación mutuamente influyente entre tres factores: el organismo, el ambiente y la conducta. Resaltando el énfasis de este diseño en la conducta, se genera un interés necesario en el cambio conductual, el cual puede tener consecuencias en las otras dos esferas que Bandura (1982) reconoce en torno al ajuste social. De esta manera dicho ajuste genera un

cambio sistémico (físico, ambiental y psicológico) que origina recursos de afrontamiento eficaces requeridos para enfrentar las problemáticas que a este nivel se presenten, incluyendo la ansiedad, por lo tanto la presencia de ajuste social es un factor de protección relacionado con la ausencia de ansiedad.

Vulnerabilidad en el Desarrollo

Las experiencias tempranas de tensión y el aprendizaje de estilos de pensamiento erróneos se consideran factores de predisposición en el desarrollo asociados a la presencia de ansiedad; ya que la predisposición a presentar esta problemática parece incrementarse cuando los individuos están expuestos a esta clase de factores que se establecen en el transcurso del desarrollo evolutivo en los aspectos físico, intelectual, social y de la personalidad (Akiskal & Mackinney, 1985; Belloch & cols., 1995). Los cambios que se experimentan en estos tres niveles le permiten al niño adquirir estrategias de afrontamiento para enfrentar las diversas demandas que se presentan a lo largo del ciclo vital (Papalia & Wendkos, 1985).

En el desarrollo físico se presentan cambios corporales, cerebrales, de las capacidades sensoriales y de las habilidades motrices, los cuales le permiten al niño conocer su entorno facilitando el aprendizaje. Cuando se presentan interferencias en alguna capacidad física, el desarrollo se retrasa, por ejemplo, si un niño tiene dificultades en la capacidad auditiva se retrasa el desarrollo del lenguaje y por ende se dificulta la socialización; en este sentido hay que resaltar que el desarrollo físico influye sobre el desarrollo intelectual, social y de la personalidad (Papalia & Wendkos, 1985).

En el desarrollo intelectual se generan cambios en las facultades mentales (aprendizaje, memoria, razonamiento, pensamiento y lenguaje), estos cambios también se encuentran estrechamente ligados al desarrollo físico, social y de la personalidad, siguiendo con el ejemplo anterior, el desarrollo del lenguaje le permite a un niño establecer relaciones interpersonales con sus pares lo que le va a permitir experimentar de manera adecuada el proceso de socialización (Papalia & Wendkos, 1985).

El desarrollo social y de la personalidad se refiere a los cambios experimentados en la relación con los demás; ya que la personalidad es una forma mediante la cual cada sujeto se relaciona con su entorno y expresa sus emociones; la clase de relaciones sociales que establezca depende de los rasgos de personalidad que posea y a su vez estas manifestaciones han sido originadas en las primeras relaciones o vínculos que se establecen con los padres. El desarrollo físico, intelectual, social y de la personalidad se experimenta como un proceso dinámico; por lo cual estos aspectos se encuentran en constante interrelación (Papalia & Wendkos, 1985).

El primer factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de ansiedad es la vivencia de *experiencias tempranas de tensión*, que de acuerdo con Belloch y cols. (1995) se definen como “situaciones generadoras de malestar subjetivo, miedo, preocupación, inquietud e incertidumbre; las cuales empiezan a constituirse en la infancia” (p. 25). Estas experiencias están asociadas a eventos negativos, como el fallecimiento de un ser querido, la separación o ausencia de los padres, etc. La respuesta de tensión que se

presenta ante estos eventos se adquiere por medio del aprendizaje: Condicionamiento clásico y operante, modelamiento, moldeamiento, etc. (Belloch & cols., 1995). En este sentido los hijos de madres con trastorno de angustia que tienen una predisposición muy alta (50% a 55%) a padecer trastornos de ansiedad, pueden incrementar dicha predisposición con el aprendizaje que reciben, especialmente el aprendizaje por observación (Monedero, 1983). El dolor, la enfermedad y los tratamientos médicos son las fuentes de tensión más frecuentes en los niños, al igual que el reconocimiento de que existe tensión en sus padres cuando experimentan situaciones difíciles (divorcio o crisis financieras) (Monedero, 1983).

Entre las experiencias tempranas de tensión se encuentra, en primer lugar, el vínculo afectivo ansioso (resistente y elusivo) (Kalejman, 1999).

Con la predisposición a la ansiedad se asocia, el vínculo afectivo ansioso resistente, frente al cual el niño se encuentra inseguro por la ambigüedad que manifiestan los padres u otra persona significativa (como abuelos, tíos, etc.), quienes en ocasiones se muestran excesivamente accesibles y colaboradores con el niño y en otras distantes y apáticos. Debido a que en este tipo de vinculación se presenta un comportamiento sobreprotector ejercido sobre el niño, caracterizado por la presencia de control excesivo, intrusión, contacto desmedido, amenazas de abandono y prevención de la conducta autónoma. Se presenta también un comportamiento indiferente ejercido por los padres u otra persona significativa, que se refleja en el desinterés por el bienestar del niño (Kalejman, 1999).

A la presencia de ansiedad se asocia también el vínculo afectivo ansioso elusivo caracterizado por la manifestación de un comportamiento negligente, el cual se determina por la ausencia o insuficiencia de cuidados (físicos, médicos, afectivos y/o cognitivos) sobre el niño (Kalejman, 1999). En este tipo de vinculación se presenta también la privación afectiva; la cual hace referencia a situaciones en las que el niño no recibe el afecto y protección necesarios para su desarrollo psicológico por parte de sus padres u otra persona significativa; los cuales le niegan la atención, la aceptación y el amor, aspectos imprescindibles para su desarrollo emocional y social, lo que genera en el niño respuestas de temor, irritabilidad, malestar, aprehensión, además se pueden generar respuestas depresivas, como tristeza e invalidez; lo que posiblemente ocasione el surgimiento de trastornos de ansiedad como las fobias, las crisis de angustia, el trastorno de ansiedad por separación. La presencia de estas alteraciones en la infancia es considerada como un factor predisponente a padecer trastornos de ansiedad en el futuro (Kalejman, 1999; Monedero, 1983).

Estas dos clases de vinculación afectiva son desadaptativas; ya que impulsan al niño a que perciba su ambiente familiar como una fuente de amenaza en vez de percibirlo como una fuente de apoyo y protección. Esta temprana vinculación que experimenta el niño se integra a su aprendizaje a partir del cual desarrolla estrategias de afrontamiento (que se basan en pensamientos anticipatorios y en conductas de escape y evitación) para enfrentar las situaciones estresantes, que en este caso probablemente se perciban de manera amenazante y se evalúen como desbordantes de sus

recursos de afrontamiento, por lo cual se van a valorar estos recursos como insuficientes (Cyrułnik, 2001; Kalejman, 1999).

El niño va a responder ante toda esta situación de tensión con irritación e intensas conductas ansiosas que le obstaculizan la posibilidad de explorar el entorno y todo lo que ello implica. Este estilo de afrontamiento puede modificarse, si se presentan cambios favorables en el entorno que reformen el tipo de vinculación desadaptativa que el niño experimenta (Cyrułnik, 2001; Kalejman, 1999).

El vínculo afectivo se establece con los padres u otra persona significativa, como abuelos, tíos, hermanos u otros (como primos, amigos, etc.); ya que actualmente no se asume un tipo de vínculo lineal madre e hijo; por lo tanto el vínculo que se establece está en función de la relación afectiva que los padres u otra persona significativa, construyen con el niño (Cyrułnik, 2001). Es importante resaltar que el vínculo afectivo se puede presentar como un vínculo seguro, en el cual el niño puede recurrir ante una persona significativa (como sus padres, abuelos, tíos, hermanos u otros) en busca de apoyo y cuidado, de modo accesible, frente a circunstancias adversas. Este vínculo favorece la exploración del entorno, permitiendo el desarrollo del juego, el contacto con los pares y las actividades sociales, sin presentarse la necesidad de proximidad continua. Para ello la persona significativa tendrá que poder captar las necesidades del niño, garantizándole la seguridad del cuidado en el caso que la necesite (Cyrułnik, 2001; Papalia & Wendkos, 1985). De esta manera el establecimiento de un vínculo afectivo seguro se convierte en un factor de protección asociado a la ausencia de ansiedad; ya que con esta clase de

vinculación el niño esta inmerso en un ambiente que le proporciona apoyo, cuidado, seguridad y protección que necesita para afrontar efectivamente las demandas de su entorno (Cyrulnik, 2001; Papalia & Wendkos, 1985).

En segundo lugar la violencia intrafamiliar también es considerada como una experiencia de tensión temprana generadora de ansiedad. Este aspecto es definido como aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, en la cual se usa de forma deliberada la fuerza para ejercer control sobre los miembros de la familia; ya que es una problemática que sucede entre personas relacionadas afectivamente, como esposo y esposa, padres e hijos, y demás familiares, contra los menores que viven en un mismo hogar. La agresión puede ser física, psicológica o sexual, llegando incluso a la violación (Segura & Criado, 1998).

En todas las familias existe cierta disfuncionalidad en mayor o menor grado, la cual se origina en esencia por la relación de pareja que se establezca, en este sentido la dinámica de la violencia Intrafamiliar se presenta en base a dicha relación como un ciclo que pasa por tres fases: En la primera etapa, se presenta una acumulación de tensión por el incremento de las demandas así como del stress; lo que puede iniciar un comportamiento agresivo. En la segunda fase, se pueden llegar a experimentar episodios agudos de violencia; ya que aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas por medio de la agresión al otro, este comportamiento violento es reforzado porque la tensión y el estrés desaparecen en el abusador después del episodio de violencia. En la tercera fase, se puede presentar un periodo de calma y arrepentimiento, caracterizado por un cese de la agresión y por muestras de amor y cariño. Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran

posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente; ya que la etapa de calma sólo durará un tiempo y volverá a comenzar el ciclo cada vez con más violencia (Segura & Criado, 1998).

A la violencia física precede, a veces, un largo tiempo de violencia psicológica, la cual se caracteriza por la agresión verbal, el desprecio, el aislamiento, la intimidación y el abuso sexual que el maltratador ejerce sobre su víctima. En muchos casos, también la violencia doméstica está íntimamente relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas; ya que al consumir esta clase de sustancias se disminuye el control de los impulsos facilitando la agresión. Se entiende que la violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, de carácter coercitivo que involucran a todos los miembros de la familia, especialmente a los hijos, los cuales padecen directa o indirectamente, como víctimas o como testigos las agresiones entre sus padres u otros miembros de la familia (Segura & Criado, 1998).

Las situaciones de violencia, de relaciones familiares conflictivas, de maltrato físico y psicológico y de agresiones sexuales que pueden llegar a experimentar los niños, actúan de manera directa sobre su autoestima perjudicando el concepto y la imagen que tienen de sí mismos lo que a su vez genera en el niño intensos sentimientos de temor e inseguridad (Segura & Criado, 1998).

Debido a la experiencia temprana de relaciones violentas, muchos niños pueden presentar en el futuro, muy probablemente, respuestas disfuncionales de ansiedad, que se deben a la intensa tensión que han acumulado desde la infancia y que no les ha permitido adquirir recursos de afrontamiento eficaces

para hacerle frente a las demandas del ambiente que en este caso se perciben como muy amenazantes (Segura & Criado, 1998).

Existen una serie de alteraciones psicósomáticas que son fuente de tensión en los niños, como la enuresis y las alteraciones del lenguaje (como el mutismo selectivo); que pueden considerarse como tensiones tempranas que propenden a que se presenten más adelante perturbaciones ansiosas, debido a que la presencia de estas alteraciones psicósomáticas se convierte para el niño en un estímulo amenazante que le va a generar ansiedad, perjudicando el ajuste habitual del niño en el contexto familiar, escolar y social (Monedero, 1983).

La percepción negativa del estado de salud es otra alteración psicósomática considerada como “la distorsión cognitiva que se realiza del propio estado de salud, evaluación caracterizada por percibir dicho estado como un estímulo que amenaza el bienestar físico” (Reiss, 1972, p. 19). En esta evaluación se presenta un temor excesivo al daño físico y pensamientos recurrentes de muerte; por esta razón se considera que la percepción negativa del estado de salud es un factor de predisposición asociado a la presencia de ansiedad (Reiss, 1972).

El segundo factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de ansiedad es la adquisición de estilos de pensamiento erróneos (Akiskal & Mackinney, 1985; Beck & Emery, 1985).

La teoría cognitiva se ocupa del estudio de los procesos de pensamiento; esta teoría postula que la forma en que las personas interpretan las experiencias que viven, depende del estilo de pensamiento que se haya

organizado en su estructura cognitiva (Beck & Emery, 1985).

Beck & Emery (1985) plantean que el individuo a lo largo de su desarrollo va estructurando esquemas cognitivos que construye a partir del sentido y significado que le otorga a las experiencias personales pasadas, actuales y por ocurrir en el futuro. Estos esquemas se activan ante determinadas situaciones desencadenantes y cuando son desadaptativos producen distorsiones cognitivas que se manifiestan a través de pensamientos e imágenes (pensamientos automáticos) que aparecen en situaciones de intensa alteración emocional. Todo este proceso genera como resultado diversas conductas y estados emocionales como los estados depresivos y de ansiedad, que pueden llegar a ser patológicos dependiendo del desarrollo del proceso (Beck & Emery, 1985).

En el caso de la ansiedad, el significado que se les concede a las experiencias personales es de un contenido amenazante; debido a que se ha adquirido una serie de esquemas cognitivos desadaptativos con un significado relevante al peligro; que cuando se activan a causa de situaciones desencadenantes ponen en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a la amenaza y al peligro y a la incapacidad de afrontarlo (Beck & Emery 1985). Esta serie de distorsiones cognitivas que presentan las personas ansiosas en las que tienden a interpretar mayor cantidad de situaciones como amenazantes (pérdida, daño, enfermedad o muerte) se fundamentan en el miedo que estas personas presentan ante el daño físico, ante la enfermedad mental y la pérdida de control, miedo ante el

fracaso y a la incapacidad para afrontar las situaciones, así como el miedo a ser rechazado o despreciado; ya que son personas que tienen dudas sobre su autovalía y competencia (Beck & Emery, 1985).

Las distorsiones cognitivas que se distinguen en la ansiedad son:

1. **Visión catastrófica:** Consiste en la valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de acontecimientos que se perciben como muy amenazantes por el sujeto; debido a esta valoración se produce una anticipación de situaciones negativas (accidentes, heridos, enfermedades). En esta clase de distorsión se presenta una sobreestimación de la probabilidad de que ocurra un suceso temido.

2. **Maximización:** En este caso el sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño, es decir sobreestima la severidad de un suceso temido.

3. **Minimización:** En este tipo de distorsión el sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales del medio, en este caso se presenta una subestimación de los recursos de afrontamiento y de las posibilidades de ayuda que pueden brindar otras personas.

4. **Sobregeneralización:** Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular, debido a que en esta situación específica el sujeto ha anticipado efectivamente una amenaza, por lo cual relaciona otras situaciones similares en las cuales podría ocurrir amenazas semejantes; todo esto sin base suficiente (Beck & Emery, 1985).

De esta manera, como resultado del proceso cognitivo se puede originar, una respuesta patológica de ansiedad, la cual se puede tratar mediante el empleo de la terapia cognitiva, que tiene como fin modificar los pensamientos disfuncionales por medio de la comprobación de las cogniciones personales con la realidad. Con esta técnica se pretende desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas que faciliten un adecuado manejo de las exigencias del ambiente, logrando que el individuo implemente conductas más adaptativas (Beck & Emery, 1985).

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

Ansiedad

Respuesta emocional, que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, esta respuesta puede acompañar a las personas durante todo su desarrollo, estando presente al vivenciar cambios y situaciones nuevas. La respuesta de ansiedad, puede estar provocada tanto por estímulos internos (pensamientos, imágenes) como externos (situaciones) (Cullough, 1998, p. 43).

Ansiedad Estado

Condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1994, p. 6).

Ansiedad Rasgo

Propensión ansiosa relativamente estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (Spielberger & cols., 1994, p. 6).

Factores de Riesgo

Características o circunstancias detectables que incrementan o desarrollan la probabilidad de padecer una alteración física o mental (Armijo, 1994, p. 18).

Factores de Protección

Agentes internos o medioambientales que disminuyen o eliminan las

posibilidades de que aparezca una enfermedad (Armijo, 1994, p. 23).

Prevención

Preparación, disposición y acción anticipada para evitar la aparición de un fenómeno indeseable o disminuir al máximo sus consecuencias si ya está presente; busca reducir el nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de ocurrencia y busca evitar los peligros para la salud, el bienestar individual y comunitario (Buela – Casal, Fernández y Carrasco, 1997, p. 60).

Prevención Primaria

Intervenciones que buscan la modificación de los factores de riesgo, mediante un cambio de conducta, con el objetivo de reducir la probabilidad de que se llegue a desarrollar un problema de salud (Marín, 1995, p. 34).

Prevención Secundaria

Intervenciones destinadas a detener el proceso de una enfermedad en sus etapas tempranas asintomáticas. A través del diagnóstico precoz y el tratamiento temprano se intenta frenar el avance de la enfermedad y prevenir las complicaciones secundarias y las incapacidades que determinadas alteraciones puedan generar (Marín, 1995, p. 46).

Promoción de la salud

Proceso que proporciona al individuo los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud mediante la modificación de ciertos hábitos y adoptando un estilo de vida conducente a un estado óptimo de salud (Barra, 2003, p. 140)

MÉTODO

Tipo de Investigación

La presente investigación es cuantitativa. El tipo de estudio es descriptivo - inferencial - correlacional. En primer lugar, es descriptivo porque se realizó una medición de las variables de estudio y se determinó su presencia en la población investigada; en segundo lugar, es inferencial porque los resultados obtenidos en la investigación se pueden llegar a generalizar para el total de la población y por último la investigación es correlacional; ya que se buscó determinar la asociación existente entre las variables de estudio.

Diseño

El diseño de esta investigación es No Experimental, ya que las variables de estudio no fueron objeto de manipulación por parte del investigador.

Participantes

La muestra de la investigación estuvo conformada por 361 estudiantes de la Universidad de Nariño, sede Pasto. La cual se calculó mediante un tipo de muestreo aleatorio de carácter estratificado. Dicha muestra se distribuyó en 40 estratos constituidos por los programas de pregrado que ofrece la universidad. En la Tabla 3 se puede observar la distribución realizada.

Tabla 3

Composición de la Muestra de acuerdo a cada Estrato

| Estrato | N | n |
|---|----------|----------|
| Diseño gráfico | 144 | 8 |
| Diseño industrial | 149 | 9 |
| Licenciatura en artes visuales (jornada diurna) | 176 | 10 |

Tabla 3 (continuación)

Composición de la Muestra de acuerdo a cada Estrato

| Estrato | N | n |
|---|----------|----------|
| Licenciatura en artes visuales (jornada nocturna) | 33 | 2 |
| Licenciatura en música | 148 | 9 |
| Promoción de la salud | 123 | 7 |
| Ingeniería agroforestal | 197 | 12 |
| Ingeniería agronómica | 227 | 14 |
| Administración de empresas | 238 | 14 |
| Comercio internacional y mercadeo | 186 | 11 |
| Economía | 234 | 14 |
| Geografía aplicada | 184 | 11 |
| Licenciatura en ciencias sociales | 60 | 4 |
| Licenciatura en educación básica con énfasis en ciencias sociales | 113 | 7 |
| Lic. en educación básica con énfasis en humanidades, lengua castellana e inglés | 112 | 7 |
| Lic. en educación preescolar y básica primaria con énfasis en inglés | 50 | 3 |
| Licenciatura en filosofía y letras | 152 | 9 |
| Licenciatura en inglés – francés | 104 | 6 |
| Licenciatura en lenguas modernas inglés – francés | 26 | 1 |
| Psicología | 230 | 14 |
| Sociología del desarrollo | 198 | 12 |
| Biología | 84 | 5 |
| Biología con énfasis en ecología | 38 | 2 |

Tabla 3 (continuación)

Composición de la Muestra de acuerdo a cada Estrato

| Estrato | N | n |
|--|----------------|---------------|
| Física | 143 | 8 |
| Licenciatura en informática | 194 | 12 |
| Licenciatura en matemáticas | 133 | 8 |
| Química | 145 | 8 |
| Ingeniería en producción acuícola | 100 | 6 |
| Medicina veterinaria | 183 | 11 |
| Zootecnia | 180 | 11 |
| Derecho (jornada diurna) | 280 | 17 |
| Derecho (jornada vespertina) | 229 | 14 |
| Licenciatura en educación básica con énfasis en ciencias naturales | 40 | 2 |
| Lic. en educación básica con énfasis en ciencias naturales - educación ambiental | 142 | 8 |
| Licenciatura en educación básica con énfasis en español y literatura | 30 | 2 |
| Licenciatura en lengua castellana y literatura | 91 | 6 |
| Ingeniería civil | 456 | 27 |
| Ingeniería de sistemas | 238 | 14 |
| Ingeniería electrónica | 89 | 5 |
| Ingeniería agroindustrial | 181 | 11 |
| Total | N =6060 | n =361 |

Nota N = Población; n = muestra

Instrumentos

Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo: STAI

En esta investigación se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) en su cuarta edición, de autoría de Spielberger y cols. (1994) para determinar el nivel de ansiedad en los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto. Este cuestionario se aplicó de forma colectiva en los estudiantes investigados.

Con este cuestionario se logró medir dos dimensiones de la ansiedad, como estado (A/E) y como rasgo (A/R) (Spielberger & cols., 1994).

Mediante la subescala A/E se pudo determinar los niveles actuales de la ansiedad que presentaron los estudiantes investigados, mientras que con la subescala A/R se logró precisar la predisposición a responder al “estrés” psicológico con distintos niveles de intensidad de la ansiedad (Spielberger & cols., 1994).

Encuesta de Factores de Predisposición y Protección asociados a la Presencia y Ausencia de Ansiedad: EFAPA

Este instrumento se elaboró en el desarrollo de la investigación; estuvo sometido a todos los pasos que deben seguirse para el diseño correcto de un instrumento de medición en psicología.

La EFAPA es un instrumento mixto, constituido por 16 preguntas tipo encuesta y por 130 preguntas tipo prueba, las cuales tienen una alternativa de respuesta dicotómica (si - no), con excepción de las preguntas 4,7 y 8, cuya opción de respuesta se presenta en rangos (ver anexo A). Este instrumento está conformado en su totalidad por 146 ítems, de los cuales 114 miden la

presencia de factores de predisposición fisiológica, psicosocial y del desarrollo asociados a la ansiedad y 32 ítems miden la presencia de factores de protección asociados a la ausencia de ansiedad. A continuación (ver tabla 4) se observa la distribución de los ítems en relación a cada aspecto evaluado en la EFAPA.

Tabla 4

Plan de Prueba de la EFAPA

| Aspecto Evaluado | Ítem |
|--|-------------|
| Factores de predisposición fisiológica | 1 – 7 |
| Alteraciones médicas | 1 – 2 |
| Hipertiroidismo | 1 |
| Traumatismos craneales | 2 |
| Consumo de estimulantes | 3 |
| Consumo de cafeína | 4 |
| Consumo de medicamentos | 5 – 7 |
| Consumo de medicamentos contra la tos | 5 |
| Consumo de antidepresivos | 6 |
| Consumo de analgésicos | 7 |
| Factores de predisposición psicosocial | 11 – 44 |
| Acontecimientos vitales estresantes | 11 – 33 |
| Sucesos diarios negativos | 34 – 44 |
| Factores de predisposición en el desarrollo | 78 – 146 |
| Experiencias tempranas de tensión | 78 – 127 |
| Vínculo afectivo ansioso resistente | 78 – 97 |
| Vínculo afectivo ansioso elusivo | 98 – 117 |
| Violencia intrafamiliar | 118 – 127 |

Tabla 4 (continuación)
Plan de Prueba de la EFAPA

| Aspecto Evaluado | Ítem |
|--|-------------|
| Alteraciones psicosomáticas | |
| | 8 – 10 |
| Percepción negativa del estado de salud | 8 |
| Enuresis | 9 |
| Problemas de lenguaje | 10 |
| Estilos de pensamiento erróneos | |
| | 128 – 146 |
| Factores de Protección | |
| | 45 – 77 |
| Ajuste social | 45 – 51 |
| Soporte social afectivo | 52 – 67 |
| Soporte social económico | 68 – 71 |
| Establecimiento de vínculo afectivo | |
| | 73 – 77 |
| Establecimiento de vínculo afectivo con padres | 73 |
| Establecimiento de vínculo afectivo con abuelos | 74 |
| Establecimiento de vínculo afectivo con tíos | 75 |
| Establecimiento de vínculo afectivo con hermanos | 76 |
| Establecimiento de vínculo afectivo con otros | 77 |

Validez del Instrumento

La prueba se calificó de acuerdo a los siguientes índices:

1. Índice de Pertinencia: El porcentaje de validez presentado para este índice fue de 95.45% indicando que los ítems eran necesarios para medir el atributo.
2. Índice de Relevancia: El porcentaje de validez presentado para este índice fue de 95.32% indicando que los ítems eran importantes para medir el atributo.
3. Índice de Suficiencia: El porcentaje de validez presentado para este índice

fue de 88.82% indicando que los ítems eran suficientes para medir el atributo.

4. Índice de Claridad: El porcentaje de validez presentado para este índice fue de 78.18% indicando que los ítems eran comprensibles. Sin embargo se hizo necesario cambiar la redacción en la formulación de algunas preguntas (Brown, 1980).

El porcentaje general de acuerdos por índices fue de 89.44%, por lo cual se consideró que la prueba era válida y podía ser aplicada a los sujetos investigados (Ver anexo B).

Confiabilidad del Instrumento

Para este estudio, el análisis de la confiabilidad de la EFAPA se estimó por medio de la técnica de consistencia interna, específicamente con la fórmula 20 de Kuder – Richardsdson (KR20) que es la indicada para reactivos con respuestas dicotómicas (si – no) como se presenta en la EFAPA (Brown, 1980). Para la realización de la prueba piloto se aplicaron 30 instrumentos a 30 sujetos con características similares a las que poseen los sujetos que conforman la muestra de esta investigación. Para encontrar la consistencia interna de la EFAPA, el KR20 se aplicó en cada uno de los 8 aspectos constituidos por ítems tipo prueba que conforman el instrumento. A continuación se presentan (ver tabla 5) las puntuaciones que resultaron del procedimiento antes descrito.

Tabla 5

Confiabilidad de la EFAPA

| Aspecto Evaluado | KR20 |
|-------------------------------------|-------------|
| Ajuste social | 0.61 |
| Soporte social afectivo | 0.63 |
| Soporte social tangible | 0.62 |
| Establecimiento de vínculo afectivo | 0.71 |
| Vínculo afectivo ansioso resistente | 0.72 |
| Vínculo afectivo ansioso elusivo | 0.72 |
| Violencia intrafamiliar | 0.76 |
| Estilos de pensamiento erróneos | 0.74 |

Teniendo en cuenta lo observado en la Tabla 5, los valores de los 8 aspectos evaluados se ubican en un rango comprendido entre 0.61 y 0.80, lo que indica que la confiabilidad de la EFAPA es aceptable.

Variables

Las variables de estudio que se midieron en esta investigación fueron:

La ansiedad, los factores de predisposición asociados a la presencia de ansiedad y los factores de protección asociados a la ausencia de ansiedad.

Dentro de los factores de predisposición se midieron los aspectos demográficos, género y edad, la 1ª variable es de carácter nominal y la 2ª ordinal.

La ansiedad es considerada por Spielberger & Cols. (1994) como Ansiedad Estado y como Ansiedad Rasgo. La ansiedad Estado A/E se define como una “condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad” (p. 6), y la ansiedad Rasgo A/R es conceptualizada como una “propensión ansiosa relativamente estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado” (Spielberger & Cols., 1994, p. 6).

Los factores de predisposición se presentan en cuatro niveles, genético, fisiológico, psicosocial y del desarrollo; de acuerdo a la teoría de la diátesis de la tensión expuesta por Akiskal y Mackinney (1985). En esta investigación no se evaluará el nivel genético; debido a las dificultades que implica la medición de aspectos relacionados con este factor.

Los factores de predisposición fisiológica son variables nominales y se dividen en:

1. Alteraciones médicas: Esta variable destaca la presencia de dos alteraciones básicamente, el hipertiroidismo que consiste en el funcionamiento excesivo de la glándula tiroides y los traumatismos craneales que son alteraciones a nivel del cráneo que afectan la actividad cerebral; en este caso la ansiedad se presenta como una consecuencia fisiológica directa de estas alteraciones médicas (Akiskal & Mackinney, 1985; Passarela, 2000).

2. Consumo de estimulantes: Los estimulantes son una clase de sustancia psicoactiva, entre los cuales se encuentran las anfetaminas, cocaína, marihuana, alucinógenos y cafeína; el consumo de estos estimulantes aumentan de forma excesiva el nivel de noradrenalina lo que ocasiona un incremento en la intensidad y persistencia de las conductas ansiosas (Akiskal & Mackinney, 1985; Passarela, 2000).

3. Consumo de medicamentos: En esta variable se tiene en cuenta de forma específica el consumo de medicamentos contra la tos, el consumo de antidepresivos y de analgésicos, en este caso la ansiedad se presenta como un efecto colateral del consumo de estos fármacos; debido a la activación del SNA que genera la administración de estos medicamentos (Passarela, 2000).

Los factores de predisposición psicosocial son variables ordinales y se dividen en:

1. Acontecimientos vitales estresantes: Los cuales se definen como “eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo” (Akiskal & Mackiney, 1985, p. 67).

2. Sucesos diarios negativos: Los cuales se conciben como “microeventos que ocurren con cierta cotidianidad y que demandan una reducida cantidad de cambio en el funcionamiento diario del individuo” (Akiskal & Mackiney, 1985, p. 71). Los factores de predisposición psicosocial implican un cambio en el ajuste habitual de un sujeto, lo que puede incrementar la intensidad, frecuencia y duración de las conductas ansiosas generando una mayor probabilidad de que se presente una respuesta desadaptativa de ansiedad.

Los factores de predisposición en el desarrollo son variables nominales y se dividen en:

1. Experiencias tempranas de tensión: Esta variable hace referencia a “situaciones generadoras de malestar subjetivo, miedo, preocupación, inquietud e incertidumbre; las cuales empiezan a constituirse en la infancia” (Belloch & Cols., 1995a, p. 25). Estas experiencias están asociadas a eventos negativos, como el fallecimiento de un ser querido, la separación o ausencia de los padres, etc. La respuesta de tensión que se presenta ante estos eventos se adquiere por medio del aprendizaje: Condicionamiento clásico y operante, modelamiento, moldeamiento, etc. (Belloch & Cols., 1995a).

Entre las experiencias tempranas de tensión se encuentra, en primer lugar, el vínculo afectivo ansioso resistente, el cual se caracteriza por la presencia de un comportamiento sobreprotector e indiferente ejercido por los padres u otra persona significativa (como abuelos, tíos, etc.) sobre el niño, generándose así una vinculación ambivalente ante la cual el niño responde con conductas de inseguridad (Kalejman, 1999). Con la presencia de ansiedad se asocia también el vínculo afectivo ansioso elusivo caracterizado por la manifestación de un comportamiento negligente y por privación afectiva, el primero se determina por la ausencia o insuficiencia de cuidados (físicos, médicos, afectivos y/o cognitivos) sobre el niño y el segundo hace referencia a situaciones en las cuales los padres u otra persona significativa (como abuelos, tíos, etc.) le niegan al niño la atención, la aceptación y el amor, imprescindibles para su desarrollo emocional y social (Kalejman, 1999; Monedero, 1983). Estas

dos clases de vinculación son desadaptativas, generando en el niño la dificultad de desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para asumir las demandas del medio que en este caso se perciben de manera amenazante, lo que va a producir intensas conductas ansiosas (Cyrulnik, 2001; Kalejman, 1999).

En segundo lugar, se encuentra la violencia intrafamiliar que es considerada otra experiencia temprana de tensión; y se entiende como aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, en la cual se usa de forma deliberada la fuerza para ejercer algún tipo de agresión (física, psicológica o sexual) sobre los miembros de la misma (Segura & Criado, 1998). Existe otra clase de experiencias tempranas de tensión, relacionadas con el padecimiento en la infancia de alteraciones psicosomáticas como la enuresis y las alteraciones del lenguaje (como el mutismo selectivo) (Monedero, 1983).

La percepción negativa del estado de salud es otra alteración psicosomática, considerada como “la distorsión cognitiva que se realiza del propio estado de salud, caracterizada por percibir dicho estado como un estímulo que amenaza el bienestar físico” (Reiss, 1972, p. 19). En esta evaluación se presenta un temor excesivo al daño físico y pensamientos recurrentes de muerte; por esta razón se considera que la percepción negativa del estado de salud es un factor de predisposición asociado a la presencia de ansiedad (Reiss, 1972).

2. Estilos de pensamiento erróneos: Esta variable hace alusión a los esquemas de pensamiento disfuncionales referentes a un contenido amenazante que se asocian a la presencia de ansiedad y que originan diferentes distorsiones cognitivas relacionadas con una visión catastrófica del

entorno, con la sobreestimación de estímulos amenazantes, con la subestimación de los recursos de afrontamiento individuales y con una generalización excesiva de situaciones peligrosas (Beck & Emery, 1985).

Los factores de protección que se midieron en la investigación fueron:

1. Soporte social afectivo: Esta variable hace referencia a la cooperación, la comprensión, y el reconocimiento que el grupo primario (familia y pareja) y secundario (amigos, vecinos, etc.) pueden manifestar. La presencia de esta clase de soporte social posibilita la expresión de sentimientos y emociones, lo que facilita la adquisición de habilidades de afrontamiento importantes en la adaptación psicosocial del individuo (Spiegel, 1994).

2. Soporte social tangible: Se refiere al respaldo material y económico que el grupo primario (familia y pareja) y secundario (amigos, vecinos, etc.) pueden proporcionar (Spiegel, 1994).

3. Ajuste social: Esta variable se entiende como la ‘eficiencia general de la persona en el medio interpersonal, expresada en la existencia de una relación satisfactoria con los demás, en función de la calidad de interacción y de un comportamiento que se adapte a las normas sociales que regulan la convivencia social’ (Donovan, 1983).

4. Establecimiento de vínculo afectivo: Esta variable se refiere a la “relación afectiva que establecen los padres u otra persona significativa (abuelo (a), tío (a), hermano (a) u otros) con el niño en la infancia” (Cyrulnik, 2001, p. 58).

Hipótesis de Trabajo

Los factores de predisposición fisiológica, psicosocial y del desarrollo van a estar asociados a la presencia de ansiedad en los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

Los factores de protección van a estar asociados a la ausencia de ansiedad en los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

Hipótesis Nula

Los factores de predisposición fisiológica, psicosocial y del desarrollo no van a estar asociados a la presencia de ansiedad en los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

Los factores de protección no van a estar asociados a la ausencia de ansiedad en los estudiantes de los programas de pregrado de la Universidad de Nariño, sede Pasto.

Procedimiento

El procedimiento a seguir responde al cumplimiento de tres pasos específicos que son: (a) evaluación del nivel de ansiedad, (b) identificación de factores de predisposición asociados a la presencia de ansiedad y (c) determinación de factores de protección asociados a la ausencia de ansiedad.

Es importante señalar que para la recolección de la información en esta investigación, se diseñó un instrumento denominado EFAPA.

Para la evaluación del nivel de ansiedad (primer objetivo del estudio) se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), en el cual se determinan cinco niveles de ansiedad (muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo),

teniendo en cuenta los puntajes obtenidos por los sujetos en una tabla de baremos. Resaltando que el STAI mide la A/E y la A/R, en este estudio se tomaron en cuenta los estudiantes que sacaron una puntuación en A/E y A/R mayor a 80 (nivel alto y muy alto) y una puntuación en A/E y A/R inferior a 20 (nivel bajo y muy bajo). El STAI se aplicó en diferentes semestres de los 40 programas de pregrado que conforman la muestra investigada, teniendo en cuenta el número de estudiantes que se requerían por programa. Simultáneamente a esta aplicación se realizó la aplicación de la EFAPA, la cual se adjuntó a las escalas del STAI, aplicándose en conjunto; ya que esto representaba mayor operatividad en la investigación, debido a que se necesitaba medir tres aspectos diferentes (nivel de ansiedad, factores de predisposición asociados a la presencia de ansiedad y factores de protección asociados a la ausencia de ansiedad), en los mismos sujetos y en el mismo momento.

Para medir los factores de predisposición asociados a la presencia de ansiedad (segundo objetivo del estudio) (variables presentadas en una escala nominal: género, alteraciones médicas, consumo de estimulantes, consumo de medicamentos contra la tos, consumo de antidepresivos, enuresis y problemas de lenguaje,); se utilizó un estudio analítico denominado casos y controles, que constituye una de las metodologías más utilizadas en epidemiología, este tipo de estudio se entiende como “un procedimiento metodológico en el cual el investigador conforma un grupo de personas que presentan la enfermedad en estudio (casos), y un grupo de personas que no la presentan (controles). Los casos y los controles, se comparan con respecto a ciertas características

(factores de riesgo) pasadas, que se juzgan y tienen posibilidad de ser factores etiológicos o causales de la enfermedad del estudio” (Armijo, 1994, p. 74). Estos estudios de casos y controles emplean un método de medición de factores de riesgo, denominado riesgo relativo, el cual se define como “proporción de incidencia en personas expuestas, respecto a incidencia en personas no expuestas” (Armijo, 1994, p. 76), este riesgo relativo se calcula mediante el estimativo, razón de disparidad (OR):

$$OR = IE / INE$$

Siendo IE, la incidencia de personas expuestas al factor y NE, la incidencia de personas NO expuestas al factor (Armijo, 1994).

En esta prueba se realizaron dos cruces, los factores de predisposición con las variables A/E alta (casos) y A/E baja (controles) y los mismos factores con A/R alta (casos) y A/R baja (controles).

Si el resultado de la razón de disparidad supera a 1 quiere decir que un determinado factor está asociado significativamente con la enfermedad en estudio. De tal manera, que entre más alto sea ese valor, mayor será la fuerza de asociación. En este caso la puntuación mayor a 1, demostró que un factor se puede considerar de predisposición asociado a la presencia de ansiedad y en caso contrario se demostró la no - predisposición a la ansiedad de un factor determinado. La razón de disparidad debe acompañarse de una prueba de significación estadística (valor de P) para descartar el azar de los resultados, el valor de P debe ser inferior a 0.05 para que se presente dicha significación (Armijo, 1994).

Para identificar los factores de protección asociados a la ausencia de ansiedad (tercer objetivo) (variables presentadas en una escala nominal: Establecimiento de algún vínculo afectivo, vínculo afectivo con padres, abuelos, tíos, hermanos y otras personas) se utilizó el chi cuadrado (χ^2), por medio del cual se determina si un conjunto de frecuencias observadas en una tabla de contingencia de 2 x 2 pueden ocurrir siendo la hipótesis nula verdadera.

El chi cuadrado se calcula mediante la siguiente fórmula (Siegel, 1995):

$$\chi^2 = N [(AD - BC) - N / 2]^2 / (A + B) (C + D) (A + C) (B + D)$$

Donde, N es la población total de sujetos evaluados, A y B corresponden a las frecuencias observadas en la 1ª fila de la tabla, y, C y D corresponden a las frecuencias observadas en la 2ª fila de la tabla. El nivel de significación del chi cuadrado debe ser menor a 0.05.

Para la identificación de factores de predisposición asociados a la presencia de ansiedad (segundo objetivo) y factores de protección asociados a la ausencia de ansiedad (tercer objetivo) (variables presentadas en una escala ordinal: Edad, consumo de cafeína, consumo de analgésicos, acontecimientos vitales estresantes, sucesos diarios negativos, vínculo afectivo ansioso resistente, vínculo afectivo ansioso elusivo, violencia intrafamiliar, percepción negativa del estado de salud, estilos de pensamiento erróneos, ajuste social, soporte social afectivo y soporte social económico); se utilizó una prueba estadística denominada Wilcoxon - Mann - Whitney, esta prueba calcula la diferencia de medianas entre dos muestras (Siegel, 1995). En este caso se calculó la diferencia entre los sujetos que obtuvieron altos y bajos niveles de ansiedad estado y altos y bajos niveles de ansiedad rasgo. El nivel de

significación estadística para esta prueba debe ser menor a 0.05, si el resultado está por debajo de este valor existe una diferencia estadísticamente significativa entre las dos muestras (Siegel, 1995). En este caso las variables que obtuvieron resultados menores a 0.05 se establecieron como factores de predisposición fisiológica, psicosocial y del desarrollo asociados a la presencia de A/E y A/R y como factores de protección asociados a la ausencia de A/E y A/R.

RESULTADOS

El STAI y la EFAPA se aplicaron en forma colectiva a 361 estudiantes, de los cuales 163 pertenecen al género masculino (45.15%) y 198 al género femenino (54.85%). La edad promedio de los estudiantes investigados es de 22 años, oscilando entre los 18 y 31 años de edad. La distribución de estos datos se puede observar en la Tabla 6.

Tabla 6

Caracterización de la Muestra según Género y Edad

| Edad | Género | | | | Total Edad | % Edad |
|---------------------|--------|-------|-------|-------|------------|---------|
| | M | % M | F | % F | | |
| 18 – 19 | 48 | 29,4 | 50 | 25,26 | 98 | 27,2 % |
| 20 – 21 | 37 | 22,69 | 33 | 16,67 | 70 | 19,4 % |
| 22 – 23 | 29 | 17,18 | 24 | 13,13 | 53 | 14,96 % |
| 24 – 25 | 30 | 18,41 | 48 | 23,74 | 78 | 21,3 % |
| 26 – 27 | 13 | 8,59 | 29 | 14,64 | 43 | 11,91 % |
| 28 – 31 | 6 | 3,68 | 13 | 6,566 | 19 | 5,26 % |
| Total Género | 163 | 100% | 198 | 100% | 361 | 100 % |
| % Género | 45,15 | % | 54,85 | % | 100% | |

En la muestra investigada se puede observar que existe una mayor cantidad de casos con altos niveles de ansiedad rasgo (120) y que la cantidad es menor en relación a los casos con altos niveles de ansiedad estado, equivalentes a 102 (ver tabla 7).

Con relación al nivel de ansiedad según el género, se puede afirmar que de la muestra estudiada las mujeres presentan mayores niveles de A/E y A/R con relación a los hombres (ver tabla 8).

Tabla 7

Caracterización de la Muestra según el Nivel de Ansiedad Estado y Ansiedad

Rasgo

| | Nivel de Ansiedad | | |
|------------|-------------------|------------|------------|
| | Alto | Medio | Bajo |
| A/E | 102 | 150 | 109 |
| – | 28.25% | 41.55% | 30.20% |
| X | 87.6 | 47 | 10.4 |
| D | 5 | 14 | 5 |
| MAX | 97 | 76 | 20 |
| MIN | 80 | 21 | 1 |
| A/R | 120 | 135 | 106 |
| – | 33.24% | 37.40% | 29.36% |
| X | 87.4 | 50.6 | 10.3 |
| D | 5 | 17.5 | 4.4 |
| MAX | 96 | 78 | 20 |
| MIN | 80 | 21 | 4 |

Tabla 8

Nivel de A/E y A/R según el Género

| Nivel de Ansiedad | A/E | Género | | A/R | Género | |
|-------------------|-----|------------|-------------|-----|-------------|-------------|
| | | M | F | | M | F |
| Alto | N | 44 27% | 58 29.2% | n | 51 31.2% | 69 35% |
| Medio | N | 62 38% | 88 44.4% | n | 58 35.5% | 77 39% |
| Bajo | N | 57 35% | 52 26.2% | n | 54 33.1% | 52 26.2% |
| Total | N | 163 45% | 198 55% | n | 163 45% | 198 55% |

Nota: porcentaje con respecto a columna.

Con relación al nivel de A/E y A/R tomando en cuenta la edad de los estudiantes se puede observar que, la mayor cantidad de estudiantes con altos niveles de A/E tienen entre 24 y 25 años de edad, y el mayor número de casos con altos niveles de A/R tienen entre 18 y 19 años de edad. Paradójicamente

este grupo entre 18 y 19 años de edad es también el grupo en el que hay la mayor cantidad de estudiantes que presentan bajos niveles de A/E y A/R (ver tabla 9).

Tabla 9

Nivel de A/E y A/R según la Edad

| Edad | Nivel de A/E | | | Nivel de A/R | | | |
|---------|--------------|-------|-------|--------------|-------|------|------|
| | Alto | Medio | Bajo | Alto | Medio | Bajo | |
| 18 – 19 | n | 19 | 47 | 33 | 32 | 21 | 28 |
| | % | 18.5 | 31,3 | 31,1 | 26,6 | 15.6 | 26.3 |
| 20 – 21 | n | 10 | 37 | 22 | 27 | 16 | 22 |
| | % | 9,8 | 24,6 | 20 | 22,4 | 11,7 | 18,8 |
| 22 – 23 | n | 20 | 29 | 12 | 17 | 27 | 15 |
| | % | 19,5 | 18,12 | 10,9 | 14,1 | 19,9 | 21,6 |
| 24 – 25 | n | 27 | 22 | 24 | 23 | 30 | 25 |
| | % | 26,7 | 17,3 | 17,8 | 19,1 | 22,1 | 23,5 |
| 26 – 27 | n | 18 | 11 | 13 | 13 | 34 | 13 |
| | % | 17,6 | 7,3 | 11,9 | 10,8 | 25,1 | 12,2 |
| 28 – 31 | n | 8 | 11 | 4 | 8 | 7 | 5 |
| | % | 7.8% | 7.3% | 3.6% | 6.6% | 5.1% | 4.7% |

Nota: porcentaje con respecto a columna.

Factores de Predisposición Ansiedad Estado

Para la identificación de los factores de predisposición asociados a la presencia de A/E se tomó de la muestra únicamente a los estudiantes con altos (102) y bajos (109) niveles de A/E; por lo tanto el grupo se conformó con 211 estudiantes.

Factores Demográficos

Género

Respecto al género, se encontró que de las 211 personas con A/E alta y baja 52.1% eran mujeres y 48% hombres. Las mujeres presentan un mayor

porcentaje de A/E alta equivalente al 52.7%, en comparación con el porcentaje que presentan los hombres, correspondiente al 43.6% (ver tabla 10).

Tabla 10

Tabla de Frecuencias para Género

| A/E | | | |
|---|------------|------------|-------------|
| Género | Baja | Alta | Total |
| M % por fila %del total de casos | 57 56,4 | 44 43,6 | 101 48 |
| F % por fila %del total de casos | 52 47,3 | 58 52,7 | 110 52.1 |
| Total | 109 | 102 | 211 |

La razón de disparidad calculada fue de 1.4449, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 1.42 ($g/ = 1, p = 0,2$) con corrección de Yates. Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea que el género es un factor de predisposición asociado a la presencia de Ansiedad Estado; aunque tiende a presentarse más en las mujeres que en los hombres.

Edad

Se encontró que los estudiantes entre los 22 y 25 años de edad presentan un mayor porcentaje de altos niveles de A/E, mientras que entre los 28 y 31 años de edad este porcentaje es menor (ver tabla 11).

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 4321.5 ($p < .01$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la

mediana de la edad de las personas con ansiedad alta (M = 24) y con ansiedad baja (M = 21), por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición asociado a la presencia de Ansiedad Estado, pues se presentan niveles más bajos en edades menores (18 – 21 años) mientras que los niveles más altos se presentan en edades mayores (22 – 25 años).

Tabla 11

Tabla de Frecuencias para Edad

| Edad | A/E Alta | A/E Baja |
|-------------|-----------------|-----------------|
| 18 – 19 | 18.6% | 31.1% |
| 20 – 21 | 10% | 20.1% |
| 22 – 23 | 19.6% | 11% |
| 24 – 25 | 26.4% | 22% |
| 26 – 27 | 17.6% | 12% |
| 28 – 31 | 7.8% | 3.6% |
| Mdn | 24 | 21 |
| MAX | 30 | 31 |
| MIN | 18 | 18 |

Factores de Predisposición Fisiológica

Hipertiroidismo

Con relación a este factor se encontró que el 3.8% de los 211 estudiantes tenían un diagnóstico de hipertiroidismo, mientras que el 96.2% no tenían este diagnóstico. Además se puede observar que la presencia de este factor es mayor en los estudiantes con bajos niveles de ansiedad (87.5%) (ver tabla 12).

La razón de disparidad calculada fue de 0.1443, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 2.92 ($gl = 1$, $p = 0,08$) con corrección de Yates. Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea

que el hipertiroidismo es un factor de predisposición fisiológica asociado a la presencia de Ansiedad Estado.

Tabla 12

Tabla de Frecuencias para el Hipertiroidismo

| A/E | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Hipertiroidismo | Baja | Alta | Total |
| Ausencia %por fila % del total de casos | 102 50,2 | 101 49,8 | 203 96,2 |
| Presencia % por fila % del total de casos | 7 87,5 | 1 12,5 | 8 3,8 |
| Total | 109 | 102 | 211 |

Traumatismos Craneales

La totalidad de las personas evaluadas afirmaron no haber sufrido esta situación, por lo tanto no hay exposición a este factor de predisposición fisiológica.

Consumo de Estimulantes

De los 211 estudiantes, se encontró que el 3.3% consumían estimulantes y el 96.7% no los consumían. Cabe anotar que de los estudiantes que consumen estimulantes, la mayoría (71.4%) presentan baja A/E (ver tabla 13).

La razón de disparidad calculada fue de 0.4160, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 0.46 ($g/ = 1$, $p = 0,4$) con corrección de Yates. Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea que el

consumo de estimulantes es un factor de predisposición fisiológica asociado a la presencia de Ansiedad Estado.

Tabla 13

Tabla de Frecuencias para el Consumo de Estimulantes

| A/E | | | |
|-----------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Consumo estimulantes | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 104 | 100 | 204 |
| % por fila | 51,0 | 49,0 | |
| % del total de casos | | | 96,7 |
| Presencia | 5 | 2 | 7 |
| % por fila | 71,4 | 28,6 | |
| % del total de casos | | | 3,3 |
| Total | 109 | 102 | 211 |

Consumo de Cafeína

Con relación a este factor, se encontró que de los 211 estudiantes con A/E alta y baja, el porcentaje del consumo excesivo (4 o más veces por día) de bebidas que contienen cafeína (café, té, chocolate, pepsi o coca – cola) es mayor en los estudiantes que tienen altos niveles de A/E (22.5%), mientras que en los estudiantes con bajos niveles de A/E, es mayor, el porcentaje del consumo moderado de cafeína (una vez por semana) que es igual al 27.5% (ver tabla 14).

Tabla 14

Tabla de Frecuencias para el Consumo de Cafeína

| Frecuencia | A/E Alta | A/E Baja |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
| Nunca | 1% | 2% |
| Una vez por semana | 20,5% | 27,5% |
| Una o 2 veces por día | 25,4% | 27,5% |
| 3 veces por día | 30,3% | 25,6% |
| 4 o más veces por día | 22,5% | 17,4% |
| Mdn | 3.0 | 2.0 |
| MAX | 4 | 4 |
| MIN | 0 | 0 |

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 6224.5 ($p = 0.06$) lo cual implica que no existe una diferencia significativa en la mediana de los niveles de consumo de cafeína, entre los estudiantes con ansiedad alta y con ansiedad baja; por lo tanto este aspecto no es un factor de predisposición fisiológica asociado a la presencia de Ansiedad Estado.

Consumo de Medicamentos contra la Tos

Con relación a este factor se encontró que el 11.8% consumían medicamentos para la tos en comparación al 88.1% que no los consumían. Cabe anotar que de los estudiantes que consumen medicamentos contra la tos, la mayoría (96%) presentan alta A/E (ver tabla 15).

La razón de disparidad calculada fue de 33.2307, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 26.65 ($g/ = 1, p < .001$) con corrección de Yates. Por lo tanto, se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea que el consumo de medicamentos contra la tos es un factor de predisposición fisiológica asociado a la presencia de Ansiedad Estado.

Tabla 15

Tabla de Frecuencias para el Consumo de Medicamentos contra la Tos

| A/E | | | |
|---|-------------|-------------|--------------|
| Consumo medicamentos contra la tos | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 108 | 78 | 186 |
| % por fila | 58 | 42 | |
| % del total de casos | | | 88,1 |
| Presencia | 1 | 24 | 25 |
| % por fila | 4 | 96 | |
| % del total de casos | | | 11,8 |
| Total | 109 | 102 | 211 |

Consumo de Antidepresivos

La totalidad de las personas evaluadas afirmaron no consumir antidepresivos, por lo tanto no hay exposición a este factor de predisposición fisiológica.

Consumo de Analgésicos

Se encontró que el porcentaje del consumo excesivo de analgésicos (3 o más veces por día) es mayor en los estudiantes con bajos niveles de ansiedad (13%), mientras que los estudiantes que presentan altos niveles de ansiedad tienen un porcentaje del 5% (ver tabla 16).

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 5006.0 ($p = 0.9$), lo cual implica que no existe una diferencia significativa en la mediana de los niveles de consumo de analgésicos, ya que su valor tanto para los estudiantes con bajos niveles de A/E como para los estudiantes con altos niveles de A/E es igual a 1.0; por lo tanto este aspecto no es un factor de

predisposición fisiológica asociado a la presencia de Ansiedad Estado (ver tabla 16).

Tabla 16

Tabla de Frecuencias para el Consumo de Analgésicos

| Frecuencia | A/E Alta | A/E Baja |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
| Nunca | 1% | 0% |
| Una vez por semana | 62,7% | 56,8% |
| Una vez por día | 31,3% | 30,2% |
| 3 o más veces por día | 5% | 13% |
| Mdn | 1.0 | 1.0 |
| MAX | 3 | 3 |
| MIN | 0 | 1 |

Factores de Predisposición Psicosocial

Acontecimientos Vitales Estresantes

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 10036.0 ($p < .01$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, la mediana para los estudiantes con bajos niveles de A/E fue de 5.0 y para los estudiantes con altos niveles de A/E fue de 11.0; por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición psicosocial asociado a la presencia de Ansiedad Estado; por esta razón hay mayores niveles de acontecimientos vitales estresantes en personas con A/E alta.

Sucesos Diarios Negativos

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 10559.5 ($p < .01$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, la de los estudiantes con bajos niveles de A/E fue de 4.0 y la de los estudiantes con altos niveles de A/E fue de

9.0; por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición psicosocial asociado a la presencia de Ansiedad Estado; por lo cual hay mayores niveles de sucesos diarios negativos en personas con A/E alta.

Factores de Predisposición en el Desarrollo

Vínculo Afectivo Ansioso Resistente

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 9234.0 ($p < .01$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, la mediana para los estudiantes con bajos niveles de A/E fue de 4.0 y para los estudiantes con altos niveles de A/E fue de 8.5; por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Estado.

Vínculo Afectivo Ansioso Elusivo

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 8782.5 ($p < .01$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, la mediana para los estudiantes con bajos niveles de A/E fue de 1.0 y para los estudiantes con altos niveles de A/E fue de 4.0; por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Estado.

Violencia Intrafamiliar

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 9409.0 ($p < .01$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, la mediana para los estudiantes con bajos niveles de A/E fue de 0.0 y para los estudiantes con altos niveles de A/E

fue de 5.0; por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Estado.

Alteraciones Psicosomáticas

Percepción Negativa del Estado de Salud Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 4947.0 ($p = 0.9$) lo cual implica que no existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas; ya que el valor de la mediana tanto para los estudiantes con bajos niveles de A/E como para los estudiantes con altos niveles de A/E, es igual a 1.0; por lo tanto este aspecto no es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Estado (ver tabla 17).

Tabla 17

Tabla de Frecuencias para la Percepción Negativa del Estado de Salud

| Estado De Salud | A/E Alta | A/E Baja |
|------------------------|-----------------|-----------------|
| Excelente | 6% | 1% |
| Bueno | 70,5% | 69% |
| Regular | 23,5% | 26,6% |
| Malo | 0% | 3,6% |
| Mdn | 1.0 | 1.0 |
| MAX | 2 | 3 |
| MIN | 0 | 0 |

Enuresis

Se encontró que de los 211 estudiantes con A/E alta y baja, sólo el 8.5% reportó que padeció de enuresis en su infancia. Además de los estudiantes que padecieron de enuresis, la mayoría (72.2%) presentan baja A/E (ver tabla 18).

La razón de disparidad calculada fue de 0,3807, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 2.49 ($g/ = 1, p = 0,1$) con corrección de Yates.

Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea que el padecimiento de enuresis en la infancia es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Estado.

Tabla 18

Tabla de Frecuencias para la Enuresis

| A/E | | | |
|----------------------|------|------|-------|
| Enuresis | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 96 | 97 | 193 |
| % por fila | 49,7 | 50,3 | |
| % del total de casos | | | 91,5 |
| Presencia | 13 | 5 | 18 |
| % por fila | 72,2 | 27,8 | |
| % del total de casos | | | 8,5 |
| Total | 109 | 102 | 211 |

Problemas de Lenguaje Con relación a este factor se encontró que de los 211 estudiantes, el 16.6% presentó problemas de lenguaje en su infancia (ver tabla 19).

La razón de disparidad calculada fue de 2,0308, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 2.88 ($g = 1$, $p = 0,08$) con corrección de Yates. Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que afirma que la ocurrencia de problemas de lenguaje en la infancia es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Estado.

Tabla 19

Tabla de Frecuencias para Problemas de Lenguaje

| A/E | | | |
|------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Problemas de lenguaje | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 96 | 80 | 176 |
| % por fila | 54,5 | 45,5 | |
| % del total de casos | | | 83,4 |
| Presencia | 13 | 22 | 35 |
| % por fila | 37,1 | 62,9 | |
| % del total de casos | | | 16,6 |
| Total | 109 | 102 | 211 |

Estilos de Pensamiento Erróneos

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 10285.5 ($p < .01$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, pues para los estudiantes con bajos niveles de A/E fue de 4.0 y para los estudiantes con altos niveles de A/E fue de 17.0; por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Estado, al comprobarse que el grupo de estudiantes con A/E alta tenía mayores niveles de estilos de pensamiento erróneos que el grupo de estudiantes con A/E baja.

Factores de Predisposición Ansiedad Rasgo

Para la identificación de los factores de predisposición asociados a la presencia de A/R se tomó de la muestra únicamente a los estudiantes con altos (120) y bajos (106) niveles de A/R; por lo tanto el grupo se conformó con 226 estudiantes.

Factores Demográficos

Género

Respecto al género, se encontró que de las 226 personas con A/R alta y baja 53.5% eran hombres y 46.5% mujeres. Los hombres presentan un mayor porcentaje de A/R alta (equivalente al 57%), en comparación con el porcentaje que presentan las mujeres (48.6%) (ver tabla 20).

La razón de disparidad calculada fue de 0.7118, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 1.29, ($g/ = 1$, $p = 0.2$) con corrección de Yates. Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea que el género es un factor de predisposición asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Edad

Se encontró que los estudiantes entre los 18 y 21 años de edad presentan un mayor porcentaje de altos niveles de A/R, mientras que entre los 28 y 31 años de edad este porcentaje es menor (ver tabla 21).

Tabla 20

Tabla de Frecuencias para Género

| Género | A/R | | Total |
|----------------------|------|------|-------|
| | Baja | Alta | |
| M | 52 | 69 | 121 |
| % por fila | 43,0 | 57,0 | |
| % del total de casos | | | 53,5 |
| F | 54 | 51 | 105 |
| % por fila | 51,4 | 48,6 | |
| % del total de casos | | | 46,5 |
| Total | 106 | 120 | 226 |

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 66.02 ($p = 0.7$) lo cual implica que no existe una diferencia significativa en la mediana de la edad de las personas con ansiedad alta ($M = 21.5$) y con ansiedad baja ($M = 22.0$), por lo tanto este aspecto no es un factor de predisposición asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo (ver tabla 21).

Tabla 21

Tabla de Frecuencias para Edad

| Edad | A/R Alta | A/R Baja |
|-------------------|---------------------|---------------------|
| 18 – 19 | 26.6% | 26.4% |
| 20 – 21 | 22.5% | 18.8% |
| 22 – 23 | 14.1% | 13.2% |
| 24 – 25 | 19.1% | 24.5% |
| 26 – 27 | 10.8% | 12.2% |
| 28 – 31 | 6.6% | 4.7% |
| <i>Mdn</i> | 21.5 | 22.0 |
| MAX | 31 | 31 |
| MIN | 18 | 18 |

Factores de Predisposición Fisiológica

Hipertiroidismo

Con relación a este factor se encontró que sólo el 1.3% de los 226 estudiantes tenían un diagnóstico de hipertiroidismo (ver tabla 22).

Tabla 22

Tabla de Frecuencias para el Hipertiroidismo

| A/R | | | |
|----------------------|------|------|-------|
| Hipertiroidismo | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 105 | 118 | 223 |
| % por fila | 47,1 | 52,9 | |
| % del total de casos | | | 98,7 |
| Presencia | 1 | 2 | 3 |
| % por fila | 33,3 | 66,7 | |
| % del total de casos | | | 1,3 |
| Total | 106 | 120 | 226 |

La razón de disparidad calculada fue de 1.7797, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 0.011, ($gl = 1$, $p = 0.9$) con corrección de Yates. Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea que el hipertiroidismo es un factor de predisposición fisiológica asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Traumatismos Craneales

La totalidad de las personas evaluadas afirmaron no haber sufrido esta situación, por lo tanto no hay exposición a este factor de predisposición fisiológica.

Consumo de Estimulantes

De los 226 estudiantes, se encontró que sólo 1.8% consumían estimulantes. Además de los estudiantes que consumen estimulantes la mayoría (75%), presenta A/R baja (ver tabla 23).

Tabla 23

Tabla de Frecuencias para el Consumo de Estimulantes

| A/R | | | |
|-------------------------|------|------|-------|
| Consumo de estimulantes | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 103 | 119 | 222 |
| % por fila | 46,4 | 53,6 | |
| % del total de casos | | | 98,2 |
| Presencia | 3 | 1 | 4 |
| % por fila | 75,0 | 25,0 | |
| % del total de casos | | | 1,8 |
| Total | 106 | 120 | 226 |

La razón de disparidad calculada fue de 0.2885, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 0.39 ($g/ = 1$, $p = 0.5$) con corrección de Yates. Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea que el consumo de estimulantes es un factor de predisposición fisiológica asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Consumo de Cafeína

Con relación a este factor, se encontró que de los 226 estudiantes con A/R alta y baja, el porcentaje del consumo excesivo (4 o más veces por día) de bebidas que contienen cafeína (café, té, chocolate, pepsi o coca – cola) es mayor en los estudiantes que tienen altos niveles de A/R (24.1%), mientras que en los estudiantes con bajos niveles de A/R, es mayor, el porcentaje del consumo moderado de cafeína (una vez por semana) que es igual al 48.1% (ver tabla 24).

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 4530,5 ($p < .001$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de los niveles de consumo de cafeína, entre las personas con ansiedad alta y con ansiedad baja, es decir, que hay mayor consumo de cafeína en las personas con A/R alta; por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición fisiológica asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo (ver tabla 24).

Tabla 24

Tabla de Frecuencias para el Consumo de Cafeína

| Frecuencia | A/R Alta | A/R Baja |
|-----------------------|-----------------|-----------------|
| Nunca | 1% | 1% |
| Una vez por semana | 23,3% | 48,1% |
| Una o 2 veces por día | 21% | 22,6% |
| 3 veces por día | 31% | 11,3% |
| 4 o más veces por día | 24,1% | 17% |
| Mdn | 3.0 | 2.0 |
| MAX | 4 | 4 |
| MIN | 0 | 0 |

Consumo de Medicamentos contra la Tos

Con relación a este factor se encontró que el 27.4% consumían medicamentos para la tos (ver tabla 25).

Tabla 25

Tabla de Frecuencias para el Consumo de Medicamentos contra la Tos

| A/R | | | |
|------------------------------------|------|------|-------|
| Consumo medicamentos contra la tos | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 81 | 83 | 164 |
| % por fila | 49,4 | 50,6 | |
| % del total de casos | | | 72,6 |
| Presencia | 25 | 37 | 62 |
| % por fila | 40,3 | 59,7 | |
| % del total de casos | | | 27,4 |
| Total | 106 | 120 | 226 |

La razón de disparidad calculada fue de 1.4443, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 1.14 ($gI = 1$, $p = 0.2$) con corrección de Yates. Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea que el consumo de medicamentos para la tos es un factor de predisposición fisiológica asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Consumo de Antidepresivos

La totalidad de las personas evaluadas afirmaron no consumir antidepresivos, por lo tanto no hay exposición a este factor de predisposición fisiológica.

Consumo de Analgésicos

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 6250,0 ($p = 0.3$) lo cual implica que no existe una diferencia significativa en la mediana de los niveles de consumo de analgésicos, ya que el valor de la mediana tanto para los estudiantes con bajos niveles de A/E como para los estudiantes con altos niveles de A/E es igual a 1.0; por lo tanto este aspecto no

es un factor de predisposición fisiológica asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo (ver tabla 26).

Tabla 26

Tabla de Frecuencias para el Consumo de Analgésicos

| Frecuencia | A/R Alta | A/R Baja |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
| Nunca | 0% | 3% |
| Una vez por semana | 68,3% | 65% |
| Una vez por día | 29,1% | 30,1% |
| 3 o más veces por día | 2,5% | 2% |
| Mdn | 1.0 | 1.0 |
| MAX | 3 | 3 |
| MIN | 1 | 0 |

Factores de Predisposición Psicosocial

Acontecimientos Vitales Estresantes

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 5741,0 ($p = 0.1$) lo cual implica que no existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas; ya que el valor de la mediana tanto para los estudiantes con altos niveles de A/R como para los estudiantes con bajos niveles de A/R, es igual a 11.0; por lo tanto este aspecto no es un factor de predisposición psicosocial asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Sucesos Diarios Negativos

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 4515,0 ($p < .001$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, la mediana para los estudiantes con altos niveles de A/R fue de 9.0 y para los estudiantes con bajos niveles de A/R fue de 7.0; por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición psicosocial

asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo; por lo cual las personas con A/R alta tienen mayores niveles de sucesos diarios negativos que las que presentan A/R baja.

Factores de Predisposición en el Desarrollo

Vínculo Afectivo Ansioso Resistente

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 4866,5 ($p < .001$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, la mediana para los estudiantes con altos niveles de A/R fue de 9.0 y para los estudiantes con bajos niveles de A/R fue de 6.0; por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Vínculo Afectivo Ansioso Elusivo

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 5608,5 ($p = 0.06$) lo cual implica que no existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, la mediana para los estudiantes con altos niveles de A/R fue de 6.0 y para los estudiantes con bajos niveles de A/R, fue de 4.0; por lo tanto este aspecto no es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Violencia Intrafamiliar

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 5732,0 ($p = 0.09$) lo cual implica que no existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, pues la mediana para los estudiantes con altos niveles de A/R fue de 5.0 y para los estudiantes con bajos niveles de

A/R, fue de 4.0; por lo tanto este aspecto no es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Alteraciones Psicosomáticas

Percepción Negativa del Estado de Salud Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 7169,5 ($p = 0.9$) lo cual implica que no existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, ya que el valor de la mediana tanto para los estudiantes con altos niveles de A/R como para los estudiantes con bajos niveles de A/R, es igual a 1.0; por lo tanto este aspecto no es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo (ver tabla 27).

Tabla 27

Tabla de Frecuencias para la Percepción Negativa del Estado de Salud

| Estado de Salud | A/R Alta | A/R Baja |
|------------------------|-----------------|-----------------|
| Excelente | 10% | 2% |
| Bueno | 61% | 61,3% |
| Regular | 25% | 31,1% |
| Malo | 4,1% | 5,6% |
| Mdn | 1.0 | 1.0 |
| MAX | 3 | 3 |
| MIN | 0 | 0 |

Enuresis Se encontró que de los 226 estudiantes con A/R alta y baja, el 14.2% reportó que padeció de enuresis en su infancia (ver tabla 28).

La razón de disparidad calculada fue de 1,3458, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 0.33 ($g/ = 1, p = 0.5$) con corrección de Yates. Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea que el

padecimiento de enuresis en la infancia es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Tabla 28

Tabla de Frecuencias para Enuresis

| A/R | | | |
|----------------------|------|------|-------|
| Enuresis | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 93 | 101 | 194 |
| % por fila | 47,9 | 52,1 | |
| % del total de casos | | | 85,8 |
| Presencia | 13 | 19 | 32 |
| % por fila | 40,6 | 59,4 | |
| % del total de casos | | | 14,2 |
| Total | 106 | 120 | 226 |

Problemas de Lenguaje Con relación a este factor se encontró que de los 226 estudiantes, el 24.3% presentó problemas de lenguaje en su infancia. Cabe anotar que de los estudiantes que padecieron problemas de lenguaje la mayoría (58.2%) presentan A/R baja (ver tabla 29).

Tabla 29

Tabla de Frecuencias para Problemas de Lenguaje

| A/R | | | |
|-----------------------|------|------|-------|
| Problemas de lenguaje | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 74 | 97 | 171 |
| % por fila | 43,3 | 56,7 | |
| % del total de casos | | | 75,7 |
| Presencia | 32 | 23 | 55 |
| % por fila | 58,2 | 41,8 | |
| % del total de casos | | | 24,3 |
| Total | 106 | 120 | 226 |

La razón de disparidad calculada fue de 0,5483, además se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 3.13 ($g = 1$, $p = 0.07$) con corrección de Yates. Por lo tanto, no se puede comprobar la hipótesis de trabajo que afirma que la ocurrencia de problemas de lenguaje en la infancia es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Estilos de Pensamiento Erróneos

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 4608,5 ($p < .001$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, la mediana para los estudiantes con altos niveles de A/R fue de 14.0 y para los estudiantes con bajos niveles de A/R fue de 12.5; por lo tanto este aspecto es un factor de predisposición en el desarrollo asociado a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Factores de Protección Ansiedad Estado

Ajuste Social

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 2539.5 ($p < .001$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, la mediana para los estudiantes con bajos niveles de A/E fue de 6.0 y para los estudiantes con altos niveles de A/E, fue de 5.0; por lo tanto, se puede aceptar la hipótesis de trabajo que afirma que el ajuste social es un factor de protección frente a la presencia de Ansiedad Estado.

Soporte Social Afectivo

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 387.0 ($p < .01$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la

mediana de las dos muestras estudiadas, pues la mediana para los estudiantes con bajos niveles de A/E fue de 14.0 y para los estudiantes con altos niveles de A/E fue de 7.0; por consiguiente, se puede aceptar la hipótesis de trabajo que afirma que el soporte social afectivo es un factor de protección frente a la presencia de Ansiedad Estado.

Soporte Social Económico

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 3181.5 ($p < .001$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, pues para los estudiantes con bajos niveles de A/E fue de 5.0 y para los estudiantes con altos niveles de A/E fue de 2.0; por lo tanto, se puede aceptar la hipótesis de trabajo que afirma que el soporte social económico es un factor de protección frente a la presencia de Ansiedad Estado.

Establecimiento de Vínculo Afectivo

Se encontró que de los 211 estudiantes, el 77.3% establecieron algún vínculo afectivo en su infancia. Además de los estudiantes que establecieron algún vínculo afectivo la mayoría (57.7%) presentan A/E baja (ver tabla 30).

Se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 9.33 ($gl = 1$, $p < .01$) con corrección de Yates. En este caso se puede aceptar la hipótesis de trabajo que afirma que tener algún vínculo afectivo en la infancia, es un factor de protección frente a la presencia de Ansiedad Estado.

Tabla 30

Tabla de Frecuencias para el Establecimiento de Vínculo Afectivo

| A/E | | | |
|---|-------------|-------------|--------------|
| Establecimiento Vínculo Afectivo | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 15 | 33 | 48 |
| % por fila | 31,3 | 68,8 | |
| % del total de casos | | | 22,7 |
| Presencia | 94 | 69 | 163 |
| % por fila | 57,7 | 42,3 | |
| % del total de casos | | | 77,3 |
| Total | 109 | 102 | 211 |

Establecimiento de Vínculo Afectivo con: Padres, Abuelos, Tíos,

Hermanos y Otros

Con relación a este aspecto se encontró que el porcentaje de estudiantes con A/E baja que han establecido un vínculo afectivo con padres, abuelos, hermanos, tíos y otros es mayor que el porcentaje de estudiantes con A/E alta que han establecido esta misma clase de vínculos afectivos (ver tabla 31).

Teniendo en cuenta que los chi cuadrados son significativos, se puede comprobar la hipótesis de trabajo, en el sentido de que establecer algún vínculo afectivo, independiente de quién sea la persona significativa con la cual se lo establezca, es un factor de protección frente a la presencia de Ansiedad Estado (ver tabla 31).

Tabla 31

Tabla de Frecuencias para el Establecimiento de Vínculo Afectivo con:

Padres, Abuelos, Tíos, Hermanos y Otros

| Vínculo Afectivo | Ausencia | A/E Baja | A/E Alta | Presencia | A/E Baja | A/E Alta | χ^2 | p |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|----------|
| Con padres | 74 35.07% | 27 36.5% | 47 63.5% | 137 65% | 82 60% | 55 40% | 9.59 | < .01 |
| Con abuelos | 114 54.03% | 38 33.3% | 76 66.7% | 97 46% | 71 73.2 | 26 27% | 31.77 | < .001 |
| Con tíos | 139 65.88% | 44 31.7% | 95 68.3% | 72 34.12% | 65 90.3% | 7 9.7% | 62.95 | < .001 |
| Con hermanos | 92 43.60% | 23 25% | 69 75% | 119 56.40% | 86 72.3% | 33 27.7% | 44.55 | < .001 |
| Con otros | 136 64.45% | 51 37.5% | 85 62.5% | 75 35.55% | 58 77.3% | 17 22.7% | 29.14 | < .001 |

gl = 1

Factores de Protección Ansiedad Rasgo

Ajuste Social

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 7131,0 ($p < .05$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, pues la mediana para los estudiantes con bajos niveles de A/R fue de 7.0 y para los estudiantes con altos niveles de A/R fue de 5.0; por lo tanto, se puede aceptar la hipótesis de trabajo que afirma que el ajuste social es un factor de protección frente a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Soporte Social Afectivo

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 7427,5 ($p < .01$) lo cual implica que existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas, pues la mediana para los estudiantes con altos niveles de A/R fue de 7.0 y para los estudiantes con bajos niveles de A/R) fue de 10.0; por consiguiente, se puede aceptar la hipótesis de trabajo que afirma que el soporte social afectivo es un factor de protección frente a la presencia de Ansiedad Rasgo, al encontrarse que los estudiantes con A/R baja reportaron mayores niveles de soporte social afectivo.

Soporte Social Económico

Calculando la prueba de Wilcoxon - Mann - Whitney se encontró un valor de 6654,0 ($p = 0.2$) lo cual implica que no existe una diferencia significativa en la mediana de las dos muestras estudiadas; ya que la mediana tanto para los estudiantes con altos niveles de A/R, como para los estudiantes con bajos niveles de A/R), es igual a 2.0; por lo tanto, no se puede aceptar la hipótesis de trabajo que afirma que el soporte social económico es un factor de protección frente a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Establecimiento de Vínculo Afectivo

Se encontró que de los 226 estudiantes el 83.6% establecieron algún vínculo afectivo en su infancia. Además de los estudiantes que establecieron algún vínculo afectivo la mayoría (50.8%) presentaron A/R baja (ver tabla 32).

Se calculó el chi cuadrado, obteniendo un valor de 6.09 ($gl = 1$, $p < .01$) con corrección de Yates. Entonces, se puede aceptar la hipótesis de trabajo que

afirma que tener algún vínculo afectivo en la infancia es un factor de protección frente a la presencia de Ansiedad Rasgo.

Tabla 32

Tabla de Frecuencias para el Establecimiento de Vínculo Afectivo

| A/R | | | |
|---|-------------|-------------|--------------|
| Establecimiento vínculo afectivo | Baja | Alta | Total |
| Ausencia | 10 | 27 | 37 |
| % por fila | 27,0 | 73,0 | |
| % del total de casos | | | 16,4 |
| Presencia | 96 | 93 | 189 |
| % por fila | 50,8 | 49,2 | |
| % del total de casos | | | 83,6 |
| Total | 106 | 120 | 226 |

Establecimiento de Vínculo Afectivo con: Padres, Abuelos, Tíos, Hermanos y Otros

Teniendo en cuenta que los chi cuadrados son significativos, se puede comprobar la hipótesis de trabajo que plantea que establecer algún vínculo afectivo en la infancia con tíos, hermanos y otros es un factor de protección frente a la presencia de Ansiedad Rasgo.

En el caso del establecimiento del vínculo afectivo con padres y abuelos, los chi cuadrados no son significativos, por lo tanto no se puede aceptar la hipótesis de trabajo que dice que establecer algún vínculo significativo en la infancia con padres y abuelos es un factor de protección frente a la Ansiedad Rasgo (ver tabla 33).

Tabla 33

Tabla de Frecuencias para el Establecimiento de Vínculo Afectivo con:

Padres, Abuelos, Tíos, Hermanos y Otros

| Vínculo Afectivo | Ausencia | A/R Baja | A/R Alta | Presencia | A/R Baja | A/R Alta | χ^2* | p |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|----------|
| Con padres | 88 38.9% | 36 40% | 52 59% | 138 61.1% | 70 50.7% | 68 49.3% | 1.70 | 0.1 |
| Con abuelos | 114 50.4% | 46 40.4% | 68 59.6% | 112 49.6% | 60 53.6% | 52 46.4% | 3.45 | 0.06 |
| Con tíos | 162 71.7% | 67 41.4% | 95 58.6% | 64 28.3% | 39 61% | 25 39% | 6.29 | < .01 |
| Con hermanos | 103 45.6% | 37 36% | 66 64.1% | 123 54.4% | 69 56.1% | 54 43.9% | 8.37 | < .01 |
| Con otros | 171 75.7% | 73 42.7% | 98 57.3% | 55 24.3% | 33 60% | 22 40% | 4.33 | < .05 |

* $g = 1$

En las tablas que se exponen a continuación se presentan de forma general los factores de predisposición y de protección asociados a la presencia y ausencia de A/E y A/R que resultaron de la investigación realizada (ver tabla 34 y 35).

Tabla 34**Factores de Predisposición Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo**

| Factores | A/E | Resultados | A/R | Resultados |
|-------------------------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|
| Edad | X | Si hay riesgo | --- | No se comprobó riesgo |
| Consumo de cafeína | --- | No se comprobó riesgo | X | Si hay riesgo |
| Consumo de medicamentos para la tos | X | Si hay riesgo | --- | No se comprobó riesgo |
| Acontecimientos vitales estresantes | X | Si hay riesgo | --- | No se comprobó riesgo |
| Sucesos diarios negativos | X | Si hay riesgo | X | Si hay riesgo |
| Vínculo afectivo ansioso resistente | X | Si hay riesgo | X | Si hay riesgo |
| Vínculo afectivo ansioso elusivo | X | Si hay riesgo | --- | No se comprobó riesgo |
| Violencia intrafamiliar | X | Si hay riesgo | --- | No se comprobó riesgo |
| Estilos de pensamiento erróneos | X | Si hay riesgo | X | Si hay riesgo |

Tabla 35**Factores de Protección Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo**

| Factores | A/E | Resultados | A/R | Resultados |
|-------------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|
| Ajuste social | X | Si hay protección | X | Si hay protección |
| Soporte social afectivo | X | Si hay protección | X | Si hay protección |

Tabla 35 (continuación)**Factores de Protección Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo**

| Factores | A/E | Resultados | A/R | Resultados |
|-------------------------------------|------------|-------------------|------------|------------------------------|
| Soporte social económico | X | Si hay protección | --- | No se comprobó la protección |
| Establecimiento de vínculo afectivo | X | Si hay protección | X | Si hay protección |
| Vínculo afectivo con padres | X | Si hay protección | --- | No se comprobó la protección |
| Vínculo afectivo con abuelos | X | Si hay protección | --- | No se comprobó la protección |
| Vínculo afectivo con hermanos | X | Si hay protección | X | Si hay protección |
| Vínculo afectivo con tíos | X | Si hay protección | X | Si hay protección |
| Vínculo afectivo con otros | X | Si hay protección | X | Si hay protección |

Lineamientos para el Diseño de una Propuesta de Prevención de la Ansiedad y Promoción de Factores de Protección

Teniendo en cuenta el modelo teórico de prevención expuesto en esta investigación, las acciones preventivas se dividen en tres niveles. En este caso se utilizó para la realización de estos lineamientos el primero y segundo nivel de prevención:

1. El primer nivel hace referencia a la prevención primaria, la cual busca reducir la probabilidad de que se llegue a desarrollar un problema de salud, mediante el control de los factores de riesgo (Marín, 1995). En este nivel de prevención se encuentra la promoción de la salud, que busca potenciar los factores de protección.
2. El segundo nivel se refiere a la prevención secundaria, que tiene como objetivo la intervención temprana que permita prevenir las complicaciones y las incapacidades que determinadas alteraciones puedan generar (Marín, 1995).

Prevención Primaria

En esta investigación los lineamientos que se tienen en cuenta para elaborar una propuesta de prevención de la ansiedad y promoción de factores de protección se realizaron según el proceso de adopción de precauciones planteado por Weinstein (1988; citado por Flórez, 1996) el cual está conformado por una secuencia ordenada de etapas cognoscitivas.

La primera etapa se denomina susceptibilidad al riesgo y es definida en términos de las creencias de las personas acerca de una situación de riesgo, y en ella se distinguen tres niveles: (a) en el 1er nivel las personas aprenden que existe un riesgo, por lo cual se busca informar sobre los riesgos y

precauciones en general; (b) en el 2º nivel se exploran los pensamientos, sentimientos, creencias y expectativas acerca de la situación de riesgo y de la probabilidad de ocurrencia para otras personas similares y (c) en el 3er nivel las personas reconocen y aceptan la susceptibilidad personal al riesgo.

Para el desarrollo de la primera etapa se debe sensibilizar a los estudiantes sobre la problemática que se busca prevenir, esto se puede realizar mediante distintos talleres de educación y sensibilización en los cuales se aborden las temáticas de ansiedad, factores de predisposición y factores de protección. Esta estrategia permite que los participantes conozcan de manera específica la problemática que se pretende controlar. En estos talleres se debe identificar también las expectativas, creencias, pensamientos y sentimientos que el proceso de información haya generado, esta identificación va a permitir orientar de manera adecuada la percepción que tienen los estudiantes de la situación de riesgo, lo que a su vez les va a facilitar aceptar y reconocer su propia susceptibilidad frente a tal situación.

La segunda etapa se denomina severidad del riesgo, efectividad de la precaución y del costo. En esta etapa se identifican niveles de creencia acerca de la gravedad del riesgo y de la eficacia de la precaución.

En este caso el objetivo principal es sensibilizar a los estudiantes sobre la gravedad que implica la situación de riesgo. Además, en esta etapa se debe identificar la percepción que tienen los participantes acerca de la efectividad de la precaución lo cual se realiza desde los talleres de educación y sensibilización. Para lograr que los participantes del programa empiecen a

pensar en medidas de control que puedan disminuir la situación de riesgo a la cual están expuestos; se debe informar sobre la existencia de dichas medidas de control y sobre su efectividad.

En el modelo de adopción de precauciones se involucra directamente a los participantes del programa de prevención en la elección de medidas que logren controlar la ocurrencia de factores de riesgo, las cuales se desarrollarán durante el programa. La elección de medidas de control se realiza en la tercera etapa de este modelo, que se denomina, proceso de toma de decisiones, en esta etapa se modifican problemáticas individuales y grupales a partir de la aceptación de la presencia del riesgo y de la efectividad de las precauciones, de acuerdo con el siguiente procedimiento: (a) Delimitar el factor de riesgo, (b) Proponer alternativas de control a este factor de riesgo, (c) Hacer un balance del costo - beneficio para cada una de las alternativas propuestas y (d) Elegir la alternativa que representa mayor beneficio.

La cuarta etapa del proceso de adopción de precauciones se fundamenta en la construcción y ejecución de alternativas de cambio, en esta etapa se organizan e implementan las estrategias necesarias para reducir o eliminar los factores de riesgo, al igual que para fortalecer los factores de protección que permiten mejorar la calidad de vida. Dichas estrategias se organizan a partir de las propuestas realizadas por los participantes, lo que se debe traducir en acciones concretas y reales .

Para las etapas iniciales del proceso se ha sugerido la elaboración de talleres de educación y de sensibilización, en esta etapa la estructura y el

contenido de las estrategias se modifican por acciones preventivas concretas que permitan controlar la ocurrencia de los factores de riesgo y potenciar los factores de protección. En este caso los factores de riesgo asociados a la presencia de ansiedad que se pretenden controlar son: (a) la violencia intrafamiliar, (b) establecimiento de vínculos afectivos perjudiciales, (c) experimentación estresante de acontecimientos y (d) adquisición de estilos de pensamiento erróneos. Por el contrario los factores de protección asociados a la ausencia de ansiedad que se busca fortalecer son: (a) ajuste social, (b) soporte social afectivo y (c) establecimiento de vínculo afectivo.

Las estrategias que se proponen para esta etapa son las siguientes:

1. La organización de diferentes grupos en los cuales se realicen actividades lúdicas, deportivas, artísticas, de manera que se conforme una red social que logre brindar apoyo, seguridad y confianza, posibilitando la adaptación de los participantes a ella. Con esta actividad se está fortaleciendo el soporte social afectivo y el ajuste social; ya que la pertenencia a un grupo proporciona un soporte social significativo y a su vez facilita la adaptación social de un individuo; ya que dentro del grupo va a sentir aceptación y afecto.
2. El diseño de una campaña que promueva la convivencia pacífica dentro de la familia, campaña que realizarían los estudiantes que participan en el programa, mediante la elaboración de afiches, videos, obras de teatro, etc. Este tipo de estrategia permite la sensibilización de la comunidad universitaria en general frente al problema de la violencia intrafamiliar y a su vez facilita que los participantes del programa conozcan específicamente esta problemática y

se conscienticen de la gravedad de sus consecuencias.

3. La realización de Jornadas psicoeducativas que tengan como objetivo la promoción del buen trato hacia los niños. En estas jornadas se desarrollarían conferencias y actividades lúdicas. Este tipo de jornadas permiten promover pautas de crianza efectivas, que prevengan el establecimiento de vínculos afectivos perjudiciales entre padres e hijos, que se caracterizan por sobreprotección, negligencia paterna y privación afectiva.

Estas estrategias se caracterizan por promover comportamientos saludables que van a mejorar la calidad de vida de una persona, generando estilos de vida igualmente saludables que implican un bienestar tanto físico, como afectivo y social.

Prevención Secundaria

En este caso el objetivo es implementar estrategias de intervención que permitan reducir o eliminar los factores de predisposición asociados a la presencia de ansiedad y potenciar los factores de protección asociados a su ausencia.

Para realizar esta intervención preventiva se debe partir de una evaluación en la cual se midan los niveles de ansiedad que presentan los participantes del programa, proceso que se llevaría a cabo utilizando el cuestionario de ansiedad estado - rasgo, STAI.

Como estrategias que se pueden utilizar en este tipo de intervención, se encuentran algunas técnicas derivadas del enfoque cognitivo – conductual, tales como:

1. Terapia cognitiva de Beck:

Este tipo de técnica puede llegar a reducir la presencia de estilos de pensamiento erróneos con la modificación de las distorsiones cognitivas que se presentan en la respuesta desadaptativa de ansiedad (visión catastrófica, maximización, minimización y sobregeneralización). Al modificar la forma de interpretar el ambiente como amenazante y peligroso y lograr una percepción real de este, se va a facilitar una interpretación objetiva de los acontecimientos vitales estresantes y de los sucesos diarios negativos, lo que a su vez va a reforzar las habilidades de afrontamiento adquiridas con las cuales puede enfrentar estos eventos de manera adecuada. Esta técnica facilita la reducción de la presencia de estilos de pensamiento erróneos lo cual lleva a una reducción de la respuesta desadaptativa de ansiedad. Con esta técnica se va lograr reducir también las consecuencias generadas por el establecimiento de un vínculo afectivo ansioso (resistente o elusivo).

2. Entrenamiento asertivo:

Este tipo de entrenamiento puede llegar a reducir la presencia de violencia intrafamiliar que surge como un problema de comunicación entre los miembros de la familia; ya que el entrenamiento asertivo permite la adecuada expresión de sentimientos facilitando que la comunicación interpersonal sea efectiva.

3. Mejoramiento de la autoestima:

Con este procedimiento se logra reducir la interpretación minimizante de las habilidades de afrontamiento que se presenta ante los acontecimientos vitales estresantes y los sucesos diarios negativos, además se logran reducir las

consecuencias del establecimiento de un vínculo afectivo ansioso (resistente o elusivo).

4. Entrenamiento en Solución de Problemas:

Esta técnica genera una forma efectiva para resolver los problemas, por lo tanto puede llegar a reducir la violencia intrafamiliar la cual se ha convertido en la manera habitual de solucionarlos.

Como estrategias que se pueden utilizar para promover los factores de protección se encuentran las siguientes:

1. Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Esta técnica facilita el ajuste social; ya que tiene como objetivo el desarrollo en un sujeto de habilidades sociales que le permitan tener relaciones interpersonales adecuadas y a su vez lograr una adaptación eficaz al medio, igualmente sucede con el soporte social afectivo el cual se constituye con el apoyo del grupo primario (familia y pareja) y del grupo secundario (amigos, vecinos, etc.), por lo tanto de las adecuadas relaciones interpersonales que se establezcan con estos grupos depende la calidad de soporte que se genere para lo cual es fundamental la adquisición de habilidades sociales. La asertividad es una habilidad social considerada como una de la más importantes dentro de una relación interpersonal. Por lo tanto el entrenamiento asertivo (mencionado anteriormente) refuerza positivamente el establecimiento de una relación afectiva apropiada con los padres u otra persona significativa (abuelos, tíos, hermanos, pareja, etc.); ya que esta técnica facilita la expresión adecuada de emociones,

sentimientos, desacuerdos, etc., permitiendo que un sujeto se comunique de forma efectiva con las personas más significativas en su vida.

La implementación del programa de prevención de la ansiedad y promoción de los factores de protección estaría dirigida a la comunidad estudiantil universitaria.

La ejecución del programa se divide en dos partes. La primera parte se inicia con la divulgación sobre la realización del programa con el fin de invitar a los estudiantes a que participen en él. Para lograr este objetivo es necesario utilizar recursos audiovisuales (como televisión, radio, periódico universitario, afiches, etc.) que faciliten la difusión del programa. La utilización de estos recursos se va a convertir en la primera estrategia de prevención; ya que facilita una aproximación directa con los estudiantes, la cual va a generar una serie de expectativas, pensamientos y sentimientos que van a dar origen a un proceso de cambio. Después se conforma el grupo de personas que va a participar en el programa. Inicialmente se van a realizar una serie de talleres de educación y sensibilización acerca de la problemática que se busca controlar. Se continúa con la elección de las estrategias que se van a utilizar como medidas preventivas. En este proceso intervienen todos los participantes del programa. La implementación de las estrategias establecidas se desarrollará sucesivamente en el transcurso de la primera parte del programa.

La segunda parte del programa se inicia evaluando los niveles de ansiedad de los participantes usando un instrumento de medición pertinente.

Se continúa con la ejecución de una intervención preventiva, mediante la utilización de técnicas cognitivo – conductuales. Se sugiere que para la

implementación de esta intervención se realicen diferentes talleres para cada una de las estrategias de intervención que se desarrollen.

Al finalizar la implementación del programa de prevención y promoción se mide su efectividad después de un lapso de tiempo determinado (aproximadamente 6 meses) este procedimiento se realiza por medio de otra evaluación, para la cual se utiliza la misma población en la cual fue aplicado el programa y el mismo instrumento que se usó para la primera medición.

Es importante destacar que en la implementación de propuestas de prevención y de promoción, hay que evitar la trasmisión de contenidos que puedan entrar en contradicción con las creencias y aspectos normativos (valores y normas) del ambiente social de los individuos, por lo tanto estas propuestas deben ser sensibles a las diferencias culturales. La figura 1 que se expone a continuación muestra de manera resumida los lineamientos para el diseño de un programa de prevención de la ansiedad y promoción de factores de protección.

Figura 1

Lineamientos para el Diseño de un Programa de Prevención de la Ansiedad y Promoción de Factores de Protección

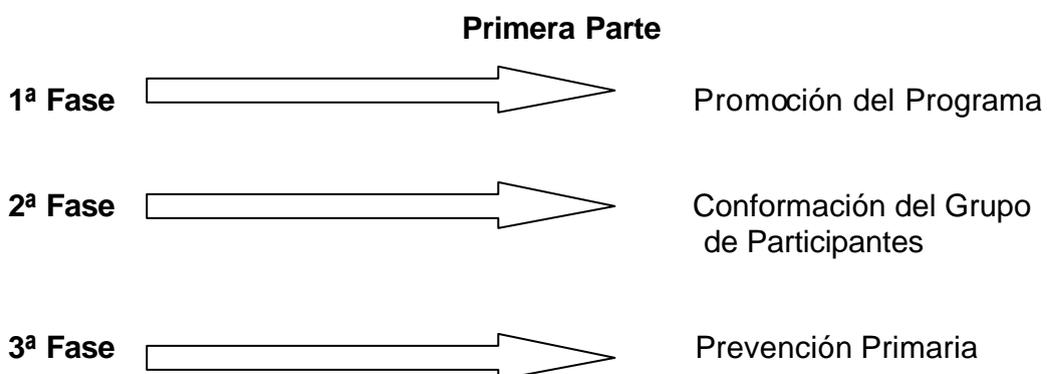


Figura 1 (continuación)

Lineamientos para el Diseño de un Programa de Prevención de la Ansiedad y Promoción de Factores de Protección

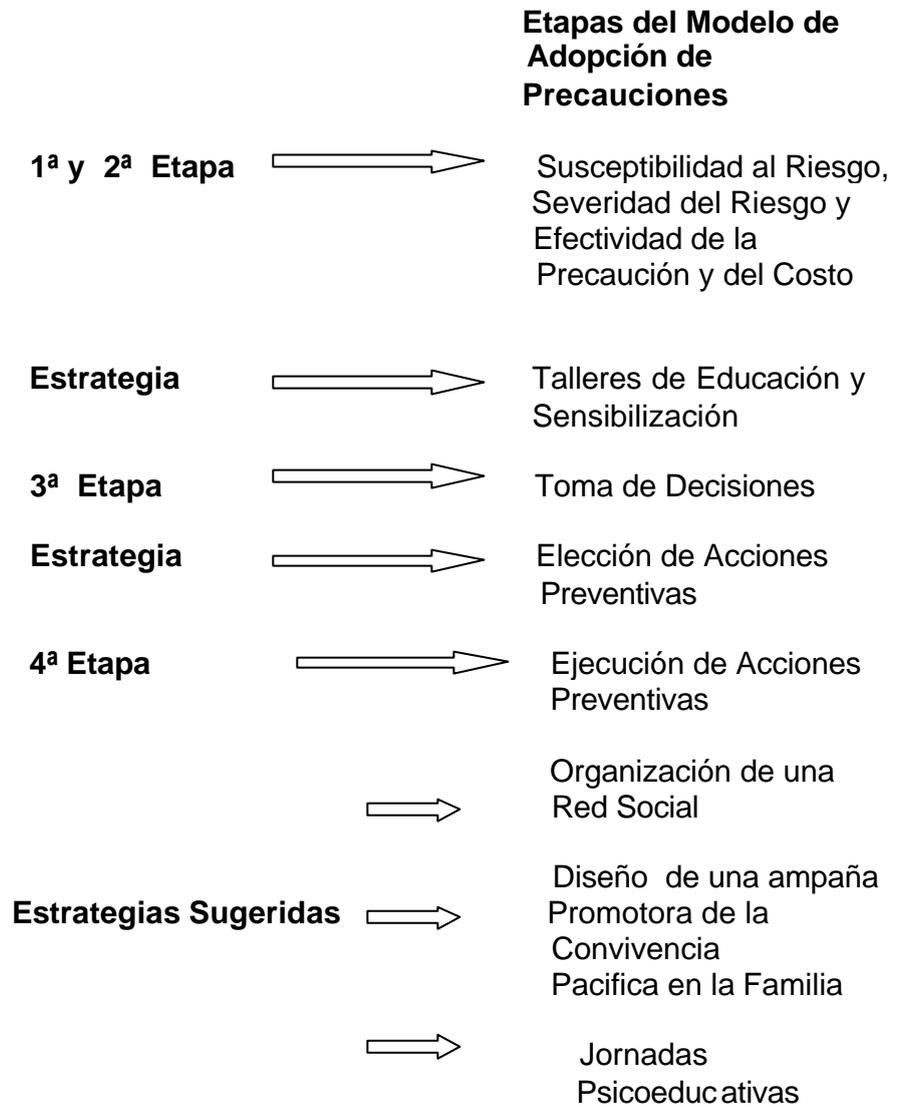
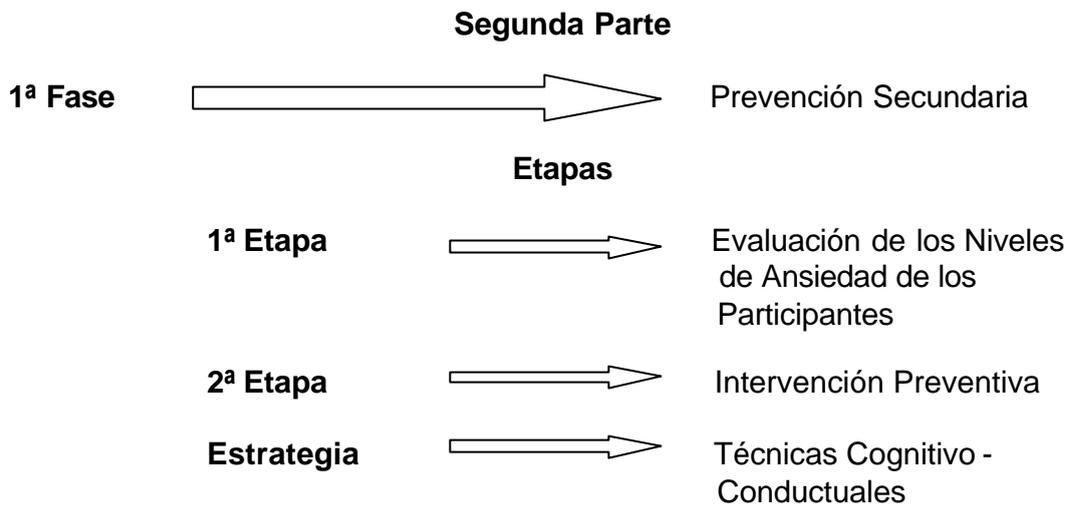


Figura 1 (continuación)

Lineamientos para el Diseño de un Programa de Prevención de la Ansiedad y Promoción de Factores de Protección



DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación se fundamentó en la identificación de los factores de predisposición asociados a la presencia de ansiedad y los factores de protección asociados a su ausencia. Para el desarrollo de este propósito se aplicó el STAI, instrumento que midió el nivel de A/E y A/R de los estudiantes investigados, así como la EFAPA, instrumento que midió factores demográficos (género y edad), factores de predisposición fisiológica, psicosocial y del desarrollo asociados a la presencia de A/E y A/R y factores de protección asociados a su ausencia, en la muestra objeto de estudio.

A partir de esta medición los resultados obtenidos se relacionaron directamente con la predisposición asociada a la presencia de A/E y A/R de diferentes factores demográficos, fisiológicos, psicosociales y del desarrollo.

En este sentido se pudo comprobar que de los factores demográficos únicamente la edad resultó ser un factor de predisposición asociado a la A/E, según la investigación el intervalo de edad que presentó mayor riesgo está entre 22 – 25 años para A/E, mientras que el género no resultó ser un factor de predisposición asociado a la presencia de A/E y A/R, contraponiéndose a investigaciones como la del Epidemiological Cathmen Area Program – ECA (citado por Belloch & cols., 1995) en la cual se afirma que el género femenino tiene mayor riesgo de padecer ansiedad que el masculino (2:3).

Respecto a los factores de predisposición fisiológica, el consumo de medicamentos contra la tos se asoció a la presencia de A/E y el consumo de cafeína se asoció a la presencia de A/R. Ratificando, en primer lugar, el supuesto que afirma que la ansiedad surge como un efecto secundario al

consumo de medicamentos contra la tos (Pasarela, 2000), en este caso la respuesta ansiosa es transitoria y específica; ya que deja de presentarse cuando termina el consumo de estos medicamentos, puesto que esta respuesta es una consecuencia específica a dicho consumo. En segundo lugar, se acepta lo expuesto por Akiskal & Mackinney (1985) y Passarela (2000) quienes afirman que el consumo de cafeína aumenta de forma excesiva el nivel de noradrenalina ocasionando alteraciones en el funcionamiento de esta sustancia en el cerebro, generándose de esta forma intensas conductas ansiosas. Si el consumo excesivo de cafeína se presenta desde la infancia, se puede afirmar que las conductas ansiosas se van a presentar de manera constante, facilitando de esta forma la consolidación de la A/R.

Con relación a los factores de predisposición psicosocial, los sucesos diarios negativos si resultaron ser factores de predisposición asociados a la presencia de A/E y A/R y los acontecimientos vitales estresantes se asocian únicamente a la presencia de A/E. En este caso se pueden ratificar los planteamientos teóricos realizados por Akiskal & Mackinney (1985) en los cuales se considera que la influencia de las variables medioambientales en la generación de alteraciones físicas y psicológicas es significativa; por consiguiente entre mayor sea el cambio que generen estas variables mayor será la probabilidad de presentar respuestas psicofisiológicas de ansiedad (Akiskal & Mackinney, 1985, p. 3). Se pueden aceptar también los supuestos teóricos de Belloch y cols. (1995), quienes afirman que la característica definitoria de estos eventos es el cambio, percibido por el individuo como una amenaza para su bienestar;

por lo tanto la potencia de las conductas ansiosas generadas por un determinado acontecimiento vital está en función de la cantidad de cambio que conlleve (Akiskal & Mackinney, 1985; Belloch & cols., 1995). En este sentido los lineamientos expuestos por Akiskal & Mackinney (1985) en relación a la vulnerabilidad psicosocial se comprueban en los resultados obtenidos en este estudio, en estos lineamientos afirman que la presencia de acontecimientos vitales estresantes y sucesos diarios negativos se considera un factor de predisposición psicosocial que se asocia a la ansiedad, porque implica un cambio en el ajuste habitual del individuo, lo que puede incrementar la intensidad, frecuencia y duración de las conductas ansiosas generando una mayor probabilidad de que se presente una respuesta desadaptativa de ansiedad (Akiskal & Mackinney, 1985).

Como se mencionó anteriormente, los sucesos diarios negativos se asocian a la presencia de A/R; ya que se presentan de manera cotidiana generando una respuesta de ansiedad permanente, que con el tiempo se constituye en una tendencia a evaluar las situaciones del entorno como muy amenazantes y a reaccionar de forma ansiosa frente a este tipo de sucesos (Belloch & cols., 1995). En este caso la respuesta de ansiedad es estable; porque aunque un sujeto se ajuste al cambio que un suceso negativo haya generado; va a seguir experimentando ansiedad debido a la propensión ansiosa que se ha desarrollado. Por lo tanto los sucesos diarios negativos son factores de predisposición asociados a la presencia de A/R.

Por el contrario los acontecimientos vitales estresantes no se asocian a la presencia de A/R. En este caso se puede asumir que estos acontecimientos

son cambios vitales que todas las personas experimentan en algún momento de su vida (Belloch & cols., 1995). La presencia de estos eventos genera ansiedad, respuesta que va disminuyendo hasta que finalmente desaparece cuando una persona se ajusta al cambio provocado por un suceso vital; por lo tanto la respuesta de ansiedad generada por un acontecimiento vital estresante no es estable, aparece de manera específica cuando se presenta dicho evento; por consiguiente los acontecimientos vitales estresantes no son factores de predisposición asociados a la presencia de A/R.

Respecto a los factores de predisposición en el desarrollo; el vínculo afectivo ansioso resistente sí es un factor de predisposición frente a la presencia de A/E y A/R, ratificándose de esta manera los supuestos teóricos de Kalejman (1999) en los cuales se argumenta, que en este tipo de vinculación el niño se encuentra inseguro por la ambigüedad de la conducta manifestada por los padres u otra persona significativa (como abuelos, tíos, etc.); quienes en ocasiones presentan un comportamiento sobreprotector con el niño y en otros momentos presentan un comportamiento indiferente que se refleja en el desinterés por su bienestar. Este comportamiento incierto de los padres o de otra persona significativa es lo que genera ansiedad en el niño, caracterizada por sentimientos subjetivos de malestar y aprensión (Kalejman, 1999).

En los resultados se obtuvo que el vínculo afectivo ansioso elusivo era un factor de predisposición asociado únicamente a la presencia de A/E, comprobándose de esta forma los planteamientos hechos por Kalejman (1999) y Monedero (1983) respecto a la predisposición de este vínculo con la

ansiedad.

Estos planteamientos consideran que en el vínculo afectivo ansioso elusivo el comportamiento de los padres u otra persona significativa (como abuelos, tíos, etc.) con el niño se caracteriza por ser negligente y por la presencia de privación afectiva, lo que genera en el niño respuestas de temor, malestar y aprensión, reacciones que desaparecen cuando la situación desencadenante (comportamiento disfuncional de los padres o de otra persona significativa) deja de manifestarse, tomando esta respuesta ansiosa un carácter específico, en este caso se va a interpretar de manera amenazante una situación en particular; por lo tanto la ansiedad no se va a generar de forma constante, de esta manera no se puede consolidar una propensión ansiosa (Kalejman, 1999; Monedero, 1983). Por consiguiente esta clase de vinculación afectiva no se asocia a la presencia de A/R, como se pudo comprobar en la investigación. Además el vínculo afectivo ansioso elusivo genera intensas conductas depresivas; por lo tanto se puede asumir que con la presencia de este vínculo es más probable que se presente un patrón depresivo que una propensión ansiosa; ya que en este vínculo (denominado también vínculo evitativo) existe privación afectiva, aspecto que es considerado como una de las principales causas en el origen de la depresión; ya que la ausencia de afecto, protección, atención y aceptación que implica la privación afectiva genera una situación intensamente insatisfactoria para el niño, quien va a encontrarse en un estado de invalidez frente a tal situación; debido a que en la niñez los recursos de afrontamiento están comenzando a adquirirse. Por lo tanto si esta situación se prolonga, los posibles recursos de afrontamiento que haya desarrollado el niño

no van a ser suficientes para enfrentarla, dejándolo en un estado de indefensión y desesperanza que va a generar posiblemente el desarrollo de cuadros depresivos (Lira, 1998).

Teniendo en cuenta que el vínculo afectivo ansioso resistente y elusivo se asocian a la presencia de A/E se pueden aceptar los supuestos teóricos formulados por Cyrulnik (2001) y por Kalejman (1999), quienes afirman que estas dos clases de vinculación afectiva son desadaptativas; ya que impulsan al niño a que perciba su ambiente familiar como una fuente de amenaza. Esta temprana vinculación que experimenta el niño se integra a su aprendizaje a partir del cual desarrolla estrategias de afrontamiento (que se basan en pensamientos anticipatorios y en conductas de escape y evitación) para enfrentar situaciones estresantes, que en este caso probablemente se perciban de manera amenazante y se evalúen como desbordantes de sus recursos de afrontamiento. Por lo tanto el niño va a responder ante toda esta situación de tensión con intensas conductas ansiosas (Cyrulnik, 2001; Kalejman, 1999). En este caso, la respuesta de ansiedad no es estable; ya que se presenta de manera específica cuando aparecen determinadas situaciones estresantes y cuando estas situaciones desaparecen la respuesta ansiosa también lo hace.

En los resultados se obtuvo que la violencia intrafamiliar no es un factor de predisposición asociado a la presencia de A/R, por lo tanto no se pueden comprobar los supuestos teóricos de Segura y Criado (1998) quienes manifiestan que las situaciones de violencia de relaciones familiares conflictivas que pueden llegar a experimentar los niños, actúan de manera directa sobre su autoestima generando en el niño intensos sentimientos de temor e inseguridad;

en este sentido la experiencia temprana de relaciones violentas, hace más probable la presencia de respuestas ansiosas; ya que este tipo de experiencias dificultan la adquisición de recursos de afrontamiento eficaces para hacerle frente a las situaciones estresantes del entorno (Segura & Criado, 1998) por lo cual se puede llegar a generar una propensión ansiosa.

La violencia intrafamiliar resultó ser un factor de predisposición asociado únicamente a la presencia de A/E; ya que el episodio agudo de violencia es un evento estresante específico que genera una respuesta de ansiedad específica y cuando esta experiencia violenta deja de presentarse la respuesta ansiosa disminuye hasta desaparecer y puede volver a presentarse cuando el evento estresante vuelve aparecer; por lo tanto, en este caso la respuesta de ansiedad es transitoria, por esta razón la violencia intrafamiliar no se asocia al desarrollo de una propensión ansiosa (Silva, 1997). Sin embargo en la investigación no se especificó si la violencia intrafamiliar fue padecida en la infancia o se estaba viviendo actualmente, aspecto que se debe tener en cuenta en la hipótesis teórica formulada anteriormente; ya que es muy diferente la forma como experimenta un niño esta situación de violencia dentro de su familia, a como la experimenta un adulto.

En los resultados obtenidos, las alteraciones psicósomáticas no aparecen como factores de predisposición asociados a la presencia de A/E y A/R, por lo tanto no se pueden comprobar los supuestos teóricos de Monedero (1983) en los cuales se asume que la enuresis y los problemas del lenguaje son tensiones tempranas que propenden a que se presenten más adelante perturbaciones

ansiosas .

Con relación a este aspecto se puede asumir que, la enuresis y las alteraciones del lenguaje producen consecuencias específicas. En el caso de la enuresis esta ocasiona principalmente una disminución en la autoestima y dificultades en la actividad social, al igual que los problemas del lenguaje que generan inconvenientes en las relaciones sociales. Según estos planteamientos la ansiedad no es considerada una consecuencia de estas alteraciones; sin embargo su presencia puede llegar a exacerbar los problemas del lenguaje. Por consiguiente la enuresis y las alteraciones del lenguaje no son factores de predisposición asociados a la presencia de ansiedad (APA, 1994).

La adquisición de estilos de pensamiento erróneos sí resultó ser un factor de predisposición asociado a la presencia de A/E y A/R ratificándose de esta manera la teoría cognitiva expuesta por Beck & Emery (1985), en la cual plantean que el individuo a lo largo de su desarrollo va estructurando esquemas cognitivos que construye a partir del sentido y significado que le otorga a las experiencias personales pasadas, actuales y por ocurrir en el futuro (Beck & Emery, 1985).

En el caso de la ansiedad, el significado que se les concede a las experiencias personales es de un contenido amenazante; debido a que se ha adquirido una serie de esquemas cognitivos desadaptativos con un significado relevante al peligro; que cuando se activan, a causa de situaciones desencadenantes, ponen en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a la amenaza y al peligro y a la incapacidad de

afrontarlo (Beck & Emery 1985). Esta serie de distorsiones cognitivas que presentan las personas ansiosas, en las que tienden a interpretar mayor cantidad de situaciones como amenazantes (pérdida, daño, enfermedad o muerte), se fundamentan en el miedo que estas personas tienen al daño físico, a la enfermedad mental, a la pérdida de control, al fracaso y a la incapacidad para afrontar las situaciones, así como a ser rechazado o despreciado; ya que son personas que tienen dudas sobre su autovalía y competencia (Beck & Emery 1985).

Las distorsiones cognitivas que se distinguen en la ansiedad son: (a) visión catastrófica, (b) maximización, (c) minimización y (d) sobregeneralización.

En este sentido se puede asumir que la presencia de A/E y A/R está determinada fundamentalmente por la interpretación amenazante de un gran número de situaciones, es decir, que este tipo de evaluación cognitiva que se hace del entorno es el aspecto más relevante en el desarrollo de una respuesta ansiosa. Por lo tanto la predisposición asociada a la presencia de ansiedad se estructura a partir de los factores cognitivos.

En relación a los factores de protección asociados a la ausencia de ansiedad, en los resultados se obtuvo que el soporte social afectivo y el ajuste social, se asocian a la ausencia de A/E y A/R comprobando así la hipótesis teórica de Bandura (1982), Donovan (1983) y Spiegel (1994). Este último autor formuló que el soporte social afectivo hace referencia a la cooperación, comprensión, reconocimiento y apoyo afectivo que los grupos primarios (familia y pareja) y secundarios (amigos, vecinos, etc.) pueden manifestar. La

presencia de esta clase de soporte social posibilita la expresión de sentimientos y emociones, lo que facilita la adquisición de habilidades de afrontamiento importantes en la adaptación psicosocial del individuo. Por otra parte Donovan (1983), afirma que el ajuste social es un soporte social que le proporciona al individuo la capacidad de interactuar con otras personas en un ambiente social específico; fortaleciendo así la necesidad que tiene todo sujeto de desarrollarse como un ser social (Donovan, 1983), en torno a este factor Bandura (1982) afirma que existen tres aspectos que se interrelacionan entre sí, el organismo, el ambiente y la conducta; ya que el ajuste social frente a las demandas ambientales genera un cambio sistémico físico, ambiental y psicológico que origina recursos de afrontamiento eficaces requeridos para enfrentar las problemáticas que a este nivel se presenten, incluyendo la ansiedad.

Con relación al soporte social tangible se puede decir que este aspecto si resultó ser un factor de protección asociado a la ausencia de A/E, lo cual ratifica lo expuesto por Spiegel (1994) quien afirma que el respaldo material y económico que el grupo primario (familia y pareja) y secundario (amigos, vecinos, etc.) pueden proporcionar apoya la adquisición de habilidades de afrontamiento eficaces para reaccionar adecuadamente ante las demandas del medio (Spiegel, 1994). Hay que resaltar que este factor no se asocia a la ausencia de A/R. En este caso se puede asumir que el apoyo material que una persona tenga no es suficiente para prevenir el desarrollo de una propensión ansiosa; ya que esta propensión se presenta básicamente porque existe una tendencia a interpretar un gran número de situaciones como amenazantes,

aspecto que no se previene con la presencia de un soporte económico o material el cual puede fluctuar o no con el tiempo.

El establecimiento de un vínculo afectivo si resultó ser un factor de protección frente a la A/E y a la A/R; establecer un vínculo afectivo con los padres u otra persona significativa también se asoció a la ausencia de A/E, al igual que establecer un vínculo afectivo con tíos, hermanos y otros resultó ser un factor de protección frente a la A/R; pero establecer un vínculo afectivo con padres y abuelos no resultó ser un factor de protección frente a la A/R; con relación a este aspecto se puede asumir que, en la investigación no se indagó sobre la calidad del vínculo afectivo, en este sentido no se puede comprobar la clase de prevención que genera el establecimiento de este vínculo. Por lo tanto en este caso era relevante preguntar acerca del establecimiento de un vínculo afectivo seguro; ya que teóricamente esta clase de vinculación esta asociada a la prevención de la ansiedad.

Armijo (1994) expone unos planteamientos en los cuales afirma que los factores de protección no son solamente los que se contraponen a los factores de predisposición; ya que si el factor de predisposición para la obesidad es comer en exceso, el factor de protección no es sólo "no comer en exceso"; también lo es establecer una rutina diaria de ejercicio físico con el fin de prevenir esta situación. Estos planteamientos permiten entender por qué en los resultados de la investigación no se establecieron como factores de protección los factores que según la medición no se asociaron a la presencia de ansiedad y en cambio se establecieron como factores de protección aspectos que según

diferentes supuestos teóricos se asociaban a la ausencia de ansiedad y que la medición realizada logro demostrar.

El modelo biológico propuesto por Comer (1992; citado por Collough, 1998) como una orientación teórica que trata de explicar el desarrollo de los trastornos mentales, planteando que la causa primaria de la conducta anormal es la alteración del cerebro (estructural o funcional), no se puede confirmar según los resultados de esta investigación; ya que los efectos biológicos de los factores de predisposición fisiológica no se asociaron a la presencia de ansiedad, el único factor que si lo hizo fue el consumo de cafeína. Por el contrario el modelo conductual expuesto por Eysenck (1987) que asume que el comportamiento anormal se basa en respuestas desadaptativas que han llegado a condicionarse a cierto tipo de estímulos mediante el condicionamiento clásico e instrumental se confirma en los resultados de esta investigación; ya que la asociación entre los factores de predisposición y la presencia de una respuesta desadaptativa de ansiedad surge por medio del condicionamiento.

En los resultados de la investigación se ratifica el modelo cognitivo que plantea Caballo (1997), en el cual se considera que las disfunciones mentales son experiencias anómalas definidas como “actividades mentales que no son las que experimentan la mayoría de las personas en iguales o similares circunstancias” (p.20). Este modelo se acepta; ya que los estilos de pensamiento erróneos están asociados a una respuesta de ansiedad que surge como una forma inusual de interpretar y experimentar una situación determinada.

Los planteamientos teóricos formulados por Spielberger y cols. (1994) en los cuales se considera que la ansiedad puede clasificarse como A/E definida como una “condición emocional transitoria del organismo humano, que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad” (p. 6) y como A/R definida como una “propensión ansiosa relativamente estable” se comprueban en los resultados de la investigación; ya que los factores de predisposición se asocian a la presencia de una respuesta de ansiedad que frente algunos factores se presenta como una reacción temporal menos intensa y menos duradera y frente a otros se presenta como una respuesta constante y estable.

Los planteamientos teóricos realizados por Spielberger y cols. (1994) en los cuales se considera a la ansiedad como un tipo especial de interacción entre el individuo y el ambiente, se comprueban en los resultados de la investigación; ya que la respuesta de ansiedad se establece como una relación entre la presencia de un estímulo en el ambiente y la interpretación amenazante que realiza un sujeto de esta situación.

Finalmente los resultados obtenidos en la investigación están de acuerdo con la formulación realizada por Akiskal & Mackinney (1985) en la cual afirman que determinar la vulnerabilidad que un individuo pueda tener hacia un trastorno, es útil en el establecimiento de un pronóstico y en la elección de acciones preventivas y terapéuticas adecuadas.

CONCLUSIONES

La A/E se presenta como un efecto secundario al consumo de medicamentos contra la tos.

El consumo excesivo de cafeína que se presenta desde la infancia consolida la presencia de A/R.

El cambio producido en el ajuste habitual de un individuo por las variables psicosociales, acontecimientos vitales estresantes y sucesos diarios negativos, genera respuestas ansiosas; debido a que este cambio se percibe como una amenaza; por lo tanto entre mayor sea el cambio que estas variables generen, mayor será la probabilidad de que se interprete de forma amenazante dicho cambio y por ende de que se presente una respuesta patológica de ansiedad.

Entre mayor sea el cambio producido por los acontecimientos vitales estresantes y sucesos diarios negativos, mayor será la interpretación amenazante que de él se haga; por lo tanto el cambio producido va a determinar la potencia de las conductas ansiosas.

El vínculo afectivo ansioso resistente ejercido por los padres u otra persona significativa (abuelos, tíos, hermanos y otros) sobre el niño, en el cual se presenta un comportamiento ambiguo, caracterizado por sobreprotección e indiferencia incrementa la probabilidad de que genere A/E y A/R en el niño.

El vínculo afectivo ansioso elusivo ejercido por los padres u otra persona significativa (abuelos, tíos, hermanos y otros) sobre el niño, en el cual se presenta un comportamiento disfuncional caracterizado por privación afectiva y negligencia aumenta la probabilidad de que se presente A/E en el niño.

Establecer un vínculo afectivo ansioso resistente y un vínculo afectivo ansioso elusivo obstaculiza el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces para enfrentar las situaciones estresantes del entorno que se van a interpretar de forma amenazante, acrecentándose la posibilidad de presentar A/E.

La experiencia de violencia intrafamiliar incrementa la probabilidad de que se presente A/E; ya que el episodio agudo de violencia es un evento estresante que genera una respuesta de ansiedad transitoria y específica.

La presencia de A/E y A/R esta determinada fundamentalmente por la interpretación amenazante que se hace del entorno; por lo tanto la predisposición asociada a la presencia de ansiedad se estructura a partir de los factores cognitivos.

El soporte social afectivo, que el grupo primario (familia y pareja) y secundario (amigos, vecinos, etc.) proporcionen, facilita la adquisición de recursos de afrontamiento eficaces para enfrentar las demandas del entorno, previniendo la presencia de A/E y A/R.

El ajuste social evita la presencia de A/E y A/R; ya que permite el desarrollo de habilidades de afrontamiento efectivas (como las habilidades sociales) para hacerle frente a las situaciones estresantes del entorno.

El respaldo material y económico que el grupo primario y secundario pueden proporcionar facilita enfrentar las demandas del medio, lo que va a prevenir la aparición de A/E.

La presencia de A/E se previene por medio del establecimiento de un vínculo afectivo con los padres u otra persona significativa (abuelos, hermanos, tíos y otros).

La respuesta patológica de ansiedad es un comportamiento anormal generado por el condicionamiento de respuestas desadaptativas originadas por una vinculación afectiva ansiosa (resistente y elusiva) y por la violencia intrafamiliar.

La respuesta ansiosa es una experiencia anómala; ya que se genera por la interpretación y experiencia inusual de un evento determinado.

La respuesta de ansiedad se presenta como una reacción temporal transitoria y específica.

La respuesta de ansiedad se presenta como una respuesta estable y constante que posibilita el desarrollo de una propensión ansiosa.

Determinar los factores de predisposición y de protección asociados a la presencia y ausencia de A/E y A/R facilitó la elaboración de lineamientos para una propuesta de prevención de la ansiedad y promoción de factores de protección.

Recomendaciones

En los resultados de la investigación se pudo observar que las diferencias entre A/E y A/R generan implicaciones importantes en el momento de analizar la predisposición y la protección asociada a su presencia y a su ausencia; por lo tanto es necesario que se profundice sobre el concepto de ansiedad bajo la clasificación de A/E y A/R, tomando en cuenta supuestos teóricos que enfaticen

esta distinción.

Es necesario que en la investigación se discrimine si la violencia intrafamiliar se experimenta en la infancia o en la actualidad; debido a que las diferencias son significativas si esta clase de problemática se experimenta en la niñez o en la edad adulta; ya que en la infancia se están comenzando a adquirir habilidades de afrontamiento, que se perciben como insuficientes para enfrentar una situación como la violencia intrafamiliar, que es evaluada por el niño de manera muy amenazante, por el contrario en un adulto los recursos de afrontamiento ya están organizados y la interpretación que se hace de esta situación es menos amenazante, lo que facilita su enfrentamiento.

Es importante comprobar en la investigación si el establecimiento de un vínculo afectivo seguro con los padres u otra persona significativa es un factor de protección asociado a la ausencia de A/E y A/R; ya que en este estudio no se comprobó esta importante hipótesis teórica; debido a que no se indagó sobre la presencia de un vínculo seguro sino sobre el establecimiento de un vínculo significativo, lo cual no logró discriminar de manera precisa el tipo de protección relacionado con la ausencia de ansiedad; ya que en este caso no se está evaluando la calidad del vínculo establecido.

Finalmente se recomienda que a partir de los lineamientos elaborados en la investigación se diseñe e implemente un programa de prevención de la ansiedad y promoción de los factores de protección dirigido a la comunidad estudiantil de la Universidad de Nariño con el propósito de desarrollar comportamientos saludables que mejoren su calidad de vida.

REFERENCIAS

Akiskal, H. S. & Mackinney, W. (1983). Diagnóstico y clasificación de los desórdenes afectivos. Madrid: Aguilar.

Akiskal, H. S. & Mackinney, W. (1985). La ansiedad: Una propuesta para un modelo integrador. Barcelona: Ancora.

Armijo, R. (1994). Epidemiología Médica. 2ª Ed. México: Manual Moderno.

Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª Ed. Barcelona: Masson.

Baeza, R. (1996). Naturaleza de la ansiedad.
<http://www.faes.es/ansiedadAP/entrega1/desarrollo1/htm>.

Bandura, A. (1982). Aprendizaje social. Madrid: Espasa Calpe.

Barra, E. (2003). Psicología de la salud. Santiago de Chile: Mediterráneo Ltda.

Bassechi, A. (2000). Trastornos de ansiedad.
<http://www.galeón.hispavista.com/pcazav/guía-ansi03.htm>

Baum, R. Gatchel, J. & Krantz, M. (1997). Intervención comunitaria: concepto, proceso y panorámica Madrid: Síntesis.

Beck, A. & Emery, G. (1985). Fobias y desórdenes de ansiedad: Una perspectiva cognitiva. Argentina: Paidós.

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995a). Manual de psicopatología. Vol. 1. Madrid: McGraw Hill.

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995b). Manual de psicopatología. Vol. 2. Madrid: McGraw Hill.

Brown, F. (1980). Principios de la medición en psicología y educación. México: Manual Moderno.

Buela - Casal, G., Carrasco, T. J. & Ríos, L. F. (1997). Psicología preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide.

Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo - conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2 Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. & Simón, M. (2001). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales. Madrid: Pirámide.

Cabrera, G. & Puentes, J. & Santa María, C. & Oviedo, R. (1999). El estudiante de la Universidad de Nariño. Revista de Investigaciones, 31 - 37.

Cerbuna, P. (1997). Las relaciones personales: Clave de salud. Buenos Aires: Suramericana.

Clark, L. (1989). Desórdenes depresivos y de la ansiedad: Psicopatología descriptiva y diagnóstico diferencial. Madrid: Síntesis Psicológica.

Cullough, C. (1998). La ansiedad. Buenos Aires: Suramericana.

Cyrułnik, B. (2001). La resiliencia: Una infancia Infeliz no determina la vida. 1ª Ed. Barcelona: Gedisa.

Davidoff, L. (1994). Introducción a la psicología. 3ª Ed. México: McGraw Hill.

Donovan, R. (1983). Competencias sociales. <http://www.socl/salud/04.htm>

- Dugas, S. (1997). Desarrollo psicológico de la ansiedad.
<http://www.eutimia.com/trmentales/ansiedad.htm>
- Eysenck, H. (1985). Ansiedad: Teoría de la incubación del miedo. México: Trillas.
- Eysenck, H. (1987). La terapia de conducta. Madrid: Síntesis Psicológica.
- García, J. (1999). Autoestima y drogadicción. Madrid: Síntesis.
- Greenberg, R. & Flanders, D. & Boring, J. (1993). Promoción de la Salud. <http://galeon/prom/material.htm>
- Kalejman, C. (1999). Explicaciones sobre el desarrollo evolutivo. Madrid: Alianza.
- Kendler, K.S. (1992). Depresión mayor y desorden generalizado de ansiedad: ¿Los mismos genes y los ambientes diferentes? México: Manual Moderno.
- Lira, E. (1999). Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica.
<http://www.cepvi.com/articulos/apego1.htm>
- Marín, F. (1995). Psicología comunitaria. Barcelona: Barcelona Editores.
- Maser, J. (2000). Aspectos biológicos de la ansiedad.
<http://www.psicoactiva.com/psicología/ansiedad3.htm>
- Materazzi, M. (1998). Introducción a lo preventivo.
<http://www.prev.com/enf/11.htm>
- Ministerio de Salud de Colombia. (1998). Política nacional de salud mental. Santa Fe de Bogotá: Oficina de Comunicaciones.
- Monedero, C. (1983). Psicopatología evolutiva. 1ª Ed. Barcelona: Labor.

- Mowrer, O. (1950). Teoría del aprendizaje y dinámica de la personalidad. Argentina: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Las condiciones de salud en las Américas. División de Salud Mental, 4, 15 – 60.
- Passarela, E. (2000). Estrés y ansiedad.
<http://www.fisterra.com/materia/investiga/3f-de-ansiedad.htm>
- Papalia, D. & Wendkos, O. (1985). Desarrollo humano. México: McGraw Hill.
- Posada, J. & Gómez, P. (1999). Salud y enfermedad. México: Manual Moderno.
- Prieto, A. (1999). Salud mental. <http://ucm.edu.es/info/salud/tema2.htm>.
- Reimer, T. (1984). Conceptualización del constructo de salud. 2ª Ed. Barcelona: Salvat.
- Reiss, M. (1972). Evaluación de la ansiedad: metodología y aplicaciones. Barcelona: Labor.
- Segura, R. & Criado, M. (1998). Violencia intrafamiliar.
<http://www.nimh.nih.gov/spanxiet/salud.htm>
- Siegel, S., (1995). Estadística no paramétrica. 4ª Ed. México: Trillas.
- Silva, P., (2000). La violencia intrafamiliar.

<http://www..cimac.org.mx/av/temas/violenciaintrafam.htm>

Spiegel, A. (1994). Psicología social de la salud. 2° Ed. España: Gedisa

Spielberger, C., (1980). Tensión y ansiedad. México: Harper & Row
Latinoamericana

Spielberger, C. & Gorsuch, R. & Lushene, R. (1994). Cuestionario de
ansiedad estado - rasgo. 4ª Ed. Madrid: Tea

Urrego, D. (1999). El estrés en el ambiente educativo, empresarial y
hospitalario. <http://www.uam.es/info/ps yap/-6k.htm>.

Watson, J.B. (1920). El conductismo. Buenos Aires: Paidós.

Winett, A. (1995). Educación para la salud. México: MC,Graw - Hill.

ANEXOS

ANEXO A.

Instrumento de Medición

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENCUESTA DE FACTORES DE PREDISPOSICIÓN Y DE PROTECCIÓN

ASOCIADOS A LA PRESENCIA Y AUSENCIA DE ANSIEDAD

EFAPA

N° ____

Lea cuidadosamente cada pregunta y sus alternativas de respuesta. Marque con una X solo una opción.

GÉNERO:

MASCULINO __

FEMENINO __

EDAD:

15 – 23 __

24 – 32 __

33 – 41 __

42 – 50 __

1. ¿Le han diagnosticado hipertiroidismo? SI __ NO__

2. En los últimos 12 meses, ¿Ha sufrido algún golpe severo en la cabeza, seguido de mareos, vómito y sueño profundo? SI __ NO__

3. En los últimos seis meses, ¿Ha consumido estimulantes como, marihuana, cocaína, anfetaminas, alucinógenos o éxtasis? SI __ NO__

4. ¿Con qué frecuencia consume bebidas tales como: café, té, chocolate, pepsi o coca - cola?

Nunca _____

Una vez por semana _____

Una o dos veces por día _____

3 veces por día _____

4 o más veces por día _____

5. ¿Utiliza constantemente medicamentos para la tos? SI ___ NO___

6. ¿Consume continuamente tranquilizantes sin prescripción médica; tales como: motival, sinogan, entre otros? SI ___ NO___

7. ¿Con qué frecuencia emplea analgésicos como: acetaminofén, aspirina e ibuprofeno?

Nunca _____

Una vez por semana _____

Una vez por día _____

3 o más veces por día _____

8. ¿Durante los últimos 12 meses su estado de salud fue?

Excelente

Buena

Regular

Mala

9. ¿En su infancia (después de los 5 años) se orinaba involuntariamente en la cama o en su ropa? SI ___ NO___

10. ¿Presentó en su niñez problemas de lenguaje (dificultad para adquirir y usar el lenguaje hablado, escrito o leído) en comparación con niños de la misma edad?

SI ___ NO___

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

11. ¿Ha sido víctima de acciones violentas como: atracos, privación de la libertad, atentados terroristas, desplazamiento forzado, etc.? SI ___ NO___

12. ¿Ha fallecido su pareja? SI ___ NO___

13. ¿Ha perdido su empleo? SI ___ NO___

14. ¿Ha sufrido algún accidente importante (como fracturas, luxaciones, quemaduras, etc.)?

SI ___ NO___

15. ¿Ha tenido dificultades económicas apremiantes? SI ___ NO___

16. ¿Algún miembro de su familia ha padecido alguna enfermedad incapacitante? SI ___ NO___

17. ¿Ha iniciado su formación universitaria? SI ___ NO___

18. ¿Ha cambiado de residencia? SI ___ NO___

19. ¿Ha recibido sanciones por cometer infracciones menores a la ley (como manejar en exceso de velocidad, votar basura en zonas no permitidas, etc.)?

SI ___ NO___

20. ¿Ha terminado una relación de pareja significativa para usted? SI ___
NO___

21. ¿Ha padecido alguna enfermedad (viral o crónica)? SI ___ NO___

22. ¿Ha llegado un nuevo miembro a su familia? SI ___ NO___
23. ¿Ha tenido una pérdida económica importante? SI ___ NO___
24. ¿Ha fallecido algún amigo? SI ___ NO___
25. ¿Se ha cambiado de carrera? SI ___ NO___
26. ¿Se ha incrementado la frecuencia de las discusiones con su pareja?
SI ___ NO___
27. ¿Ha fallecido algún familiar cercano a usted? SI ___ NO___
28. ¿Ha tenido menos tiempo libre? SI ___ NO___
29. ¿Han disminuido sus relaciones sociales? SI ___ NO___
30. ¿Ha cambiado el horario de su jornada estudiantil? SI ___NO___
31. ¿Se ha separado temporalmente de su pareja? SI ___ NO___
32. ¿Ha disminuido el tiempo dedicado a su recreación? SI ___ NO___
33. ¿Ha tenido que salir de su casa por primera vez? SI ___ NO___
34. ¿Le preocupan demasiado sus obligaciones académicas? SI ___ NO___
35. ¿Se preocupa excesivamente por llegar puntual a la universidad?
SI ___ NO___
36. ¿Le preocupa demasiado encontrarse en un trancón? SI ___ NO___
37. ¿Le preocupan excesivamente las situaciones de conflicto que se presentan
en la universidad; tales como: protestas, paros, etc.? SI ___ NO___
- EN EL ÚLTIMO MES:
38. ¿Ha perdido objetos importantes de forma continua; (como: llaves,
cuadernos, libros, etc.)? SI ___ NO___
39. ¿Ha dejado incompleta una tarea u oficio? SI ___ NO___

40. ¿Ha sido atacado verbalmente de forma constante? SI ___ NO___
41. ¿Experimentó alguna molestia física? SI ___ NO___
42. ¿Ha tenido pequeños accidentes de manera permanente (como manchar la ropa, romper algo, etc.)? SI ___ NO___
43. ¿Alguien se ubicó delante de usted en una fila que estaba haciendo?
SI ___ NO___
44. ¿Constantemente no ha podido realizar todo lo que planea para un día?
SI ___ NO___

Marque con una X solo una opción:

45. ¿Discute constantemente con sus padres? SI ___ NO___
46. ¿Discute continuamente con los demás miembros de su familia (hermanos, hijos, abuelos, entre otros)? SI ___ NO___
47. ¿Riñe frecuentemente con sus compañeros? SI ___ NO___
48. ¿Discute repetidamente con sus docentes? SI ___ NO___
49. ¿Tiene buenos amigos? SI ___ NO___
50. ¿Actualmente mantiene una relación de pareja? SI ___ NO___
51. ¿Considera que tiene una buena relación de pareja? SI ___ NO___
52. ¿Realiza con sus amigos diferentes actividades, de manera continua?
SI ___ NO___
53. ¿Existen varias personas que lo aconsejan en el manejo de sus problemas familiares? SI ___ NO___
54. ¿Generalmente su familia lo excluye de sus actividades? SI ___ NO___
55. ¿Existe alguien que se sienta orgulloso de sus logros? SI ___ NO___

56. ¿Conversa frecuentemente con sus familiares? SI ___ NO___
57. Cuando se siente solo ¿existen varias personas a las que puede acudir en busca de compañía? SI ___ NO___
58. ¿Carece de alguien con quién pueda sentirse a gusto hablando de sus problemas? SI ___ NO___
59. ¿Conversa con sus amigos continuamente? SI ___ NO___
60. ¿Habitualmente su pareja lo excluye de sus actividades? SI ___ NO___
61. ¿Existen varias personas con las que le agrada compartir su tiempo libre?
SI ___ NO___
62. ¿Realiza constantemente diferentes actividades con su familia? SI ___
NO___
63. ¿Si decide ir a cine, difícilmente encuentra a alguien con quien ir?
SI ___ NO___
64. ¿Ninguna persona de las que conoce le celebraría su cumpleaños?
SI ___ NO___
65. ¿Usualmente sus amigos lo excluyen de sus actividades? SI ___ NO___
66. ¿Si quisiera salir de paseo durante un día, le sería difícil encontrar quien lo acompañe? SI ___ NO___
67. ¿Existen varias personas que lo ayudan a resolver sus problemas?
SI ___ NO___
68. ¿Recibe apoyo económico de su familia? SI ___ NO___
69. ¿Puede encontrar fácilmente hospedaje en la casa de alguien, durante un lapso de tiempo breve? SI ___ NO___

70. ¿Actualmente recibe un salario de manera constante (mensual o quincenal)? SI ___ NO___

71. ¿Recibe apoyo económico de su pareja? SI ___ NO___

72. ¿En su infancia estableció algún vínculo afectivo significativo? SI ___

NO___ ¿con quién?:

73. Padres SI ___ NO___

74. Abuelos SI ___ NO___

75. Tíos (as) SI ___ NO___

76. Hermanos (as) SI ___ NO___

77. Otros SI ___ NO___ ¿Cuáles? _____

DURANTE SU INFANCIA, LA (S) PERSONA (S) SIGNIFICATIVA (S) PARA USTED (PADRES, ABUELOS, TIOS, HERMANOS, OTROS):

78. ¿No lo dejaba salir muy a menudo de casa por temor a que se enferme, se accidente, etc.? SI ___ NO___

79. ¿Arreglaba todos sus problemas? SI ___ NO___

80. ¿Le proporcionaba múltiples recomendaciones para evitar posibles peligros? SI ___ NO___

81. ¿Lo cuidaba excesivamente cuando se encontraba enfermo? SI ___ NO___

82. ¿Complacía constantemente sus peticiones? SI ___ NO___

83. ¿Lo amenazaba continuamente con abandonarlo? SI ___ NO___

84. ¿Lo ayudaba a resolver sus dificultades? SI ___ NO___

85. ¿Le brindaba un cuidado apropiado cuando se encontraba enfermo?

SI ___ NO___

86. ¿Recordaba su cumpleaños? SI ___ NO___

87. ¿Estaba atenta a su rendimiento escolar? SI ___ NO___

88. ¿Le permitía quedarse a dormir en otro lugar, diferente a su casa, varios días seguidos? SI ___ NO___

89. ¿Acudía a las reuniones de la escuela? SI ___ NO___

90. ¿Estimulaba el desarrollo de habilidades deportivas, artísticas, etc.?

SI ___ NO___

DURANTE SU INFANCIA:

91. ¿Fue un niño sobreprotegido? SI ___ NO___

92. ¿Recibió atención médica de manera excesiva? SI ___ NO___

93. ¿Consumía medicamentos de forma excesiva? SI ___ NO___

94. ¿Recibió de manera frecuente amenazas de separación; tales como, “si no obedeces me voy”? SI ___ NO___

95. ¿Realizaba actividades de manera independiente (como arreglar su habitación, ir al colegio, salir a jugar, etc.) SI ___ NO___

96. ¿Permanecía diariamente con una persona (mayor de edad) que se encargaba de su cuidado? SI ___ NO___

97. ¿Sintió constantemente que lo excluían de su círculo familiar? SI ___
NO___

DURANTE SU INFANCIA, LA (S) PERSONA (S) SIGNIFICATIVA (S) PARA
USTED (PADRES, ABUELOS, TIOS, HERMANOS, OTROS):

98. ¿Lo abandonó? SI ___ NO__

99. ¿Estaba pendiente de que asistiera diariamente a la escuela? SI ___
NO__

100. ¿Le brindaba apoyo en las situaciones adversas? SI ___ NO__

101. ¿Le demostraba su afecto mediante besos, abrazos, caricias, etc.?
SI ___ NO__

102. ¿Estaba pendiente de su presentación personal? SI ___ NO__

103. ¿Le brindaba afecto? SI ___ NO__

104. ¿Lo castigaba físicamente de manera excesiva? SI ___ NO__

105. ¿Estimulaba su aprendizaje mediante actividades como la lectura de
cuentos, el juego, etc.? SI ___ NO__

106. ¿Estaba atenta a escuchar sus problemas? SI ___ NO__

107. ¿Le expresaba palabras de afecto; como: te quiero, gracias mi amor, te
amo, etc.? SI ___ NO__

108. ¿Lo aceptó con sus debilidades y fortalezas? SI _

DURANTE SU INFANCIA:

109. ¿Recibió una alimentación adecuada? SI ___ NO__

110. ¿Disfrutaba de actividades recreativas (como visita a parques, centros
comerciales, paseos, etc.)? SI ___ NO__

111. ¿Un menor de edad diariamente se encargaba de su cuidado? SI ___
NO__

112. ¿Recibió atención médica apropiada? SI ___ NO__

113. ¿Enfrentó solo las situaciones nuevas de su vida, (tales como, el 1er día de escuela, el 1er viaje, etc.)? SI ___ NO__

114. ¿Permanecía en una vivienda adecuada? SI ___ NO__

115. ¿Debía llegar a su casa a un horario determinado? SI ___ NO__

116. ¿Permanecía solo en casa, la mayor parte del tiempo? SI ___ NO__

117. ¿Se separó de la (s) persona (s) significativa (s) para usted (padres, abuelos,

tíos (as), hermanos (as), otros)? SI ___ NO__

Marque con una X solo una opción:

118. ¿Ha padecido maltrato físico por parte de algún miembro de su familia (como, padres, abuelos, tíos (as), etc.)? SI ___ NO__

119. ¿Ha sido víctima de acoso sexual (gestos e insinuaciones sexuales; tocamiento, manoseo, etc.) por parte de algún miembro de su familia (como, padres, abuelos, tíos (as), etc.)? SI ___ NO__

120. ¿Ha sido víctima de abuso sexual (frotamiento genital, contacto bucogenital, penetración, etc.) por parte de algún miembro de su familia (como, padres, abuelos, tíos (as), etc.)? SI ___ NO__

121. ¿Ha sido agredido verbalmente por parte de algún miembro de su familia (como, padres, abuelos, tíos (as), etc.)? SI ___ NO__

122. ¿Es despreciado por algún miembro de su familia? SI ___ NO__

123. ¿Ha sido testigo de agresión física entre los miembros de su familia?

SI ___ NO__

124. ¿Ha sido testigo de acoso sexual (gestos e insinuaciones sexuales; tocamiento, manoseo, etc.) entre los miembros de su familia? SI ___ NO___
125. ¿Ha sido testigo de abuso sexual (frotamiento genital, contacto bucogenital, penetración, etc.) entre los miembros de su familia? SI ___ NO___
126. ¿Ha sido testigo de agresión verbal entre los miembros de su familia? SI ___ NO___
127. ¿En su familia los problemas se enfrentan de forma violenta? SI ___ NO___
128. ¿Le preocupan excesivamente las molestias físicas leves, que le ocurren de manera esporádica (como, dolores tenues de cabeza, molestias estomacales, etc.)? SI ___ NO___
129. ¿Frecuentemente piensa que usted o los suyos pueden sufrir algún daño físico? SI ___ NO___
130. ¿Piensa que las situaciones difíciles que se presentan en su vida no tienen solución? SI ___ NO___
131. ¿Generalmente acepta las experiencias negativas (como, perder el trabajo, realizar un gasto imprevisto, etc.) que le sucedan? SI ___ NO___
132. ¿Evita las situaciones en las cuales piensa que no va a tener un buen desempeño? SI ___ NO___
133. ¿Mantiene la idea constante de que alguien que usted conoce ha sufrido un accidente o le ha ocurrido algo perjudicial? SI ___ NO___
134. ¿Existen muchas situaciones que le generan preocupación? SI ___ NO___

135. ¿Evita determinadas situaciones porque piensa que le producirán consecuencias negativas? SI ___ NO___
136. ¿Piensa, a menudo, que las situaciones difíciles no van a arreglarse y que en cambio, si pueden empeorar? SI ___ NO___
137. ¿Evita o huye de las situaciones amenazantes? SI ___ NO___
138. ¿Piensa que situaciones adversas (como, el divorcio, las dificultades económicas, etc.) siempre van a producir efectos negativos? SI ___ NO___
139. ¿Le preocupan constantemente los peligros inesperados? SI ___ NO___
140. ¿Evita enfrentarse a los problemas? SI ___ NO___
141. ¿Con frecuencia piensa, qué haría, ante situaciones de peligro; aunque no haya mucha probabilidad de que ocurran? SI ___ NO___
142. ¿Piensa que no puede enfrentar solo las experiencias nuevas de su vida?
SI ___ NO___
143. ¿Tiende a anticipar mayor número de peligros que el común de la gente?
SI ___ NO___
144. ¿Le preocupan continuamente los acontecimientos futuros? SI ___
NO___
145. ¿Considera que si algo negativo le ocurre (como, accidentarse en un autobús, sufrir la mordedura de un animal, etc.) seguirá sucediéndole siempre?
SI ___ NO___
146. ¿Piensa que su futuro laboral será negativo? SI ___ NO___

“GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

ANEXO B.

Validez por Jueces de la Encuesta de Factores de Predisposición y de Protección Asociados a la Presencia y Ausencia de Ansiedad EFAP A

Tabla 1

Índice de Pertinencia

| Ítems | Porcentaje de Acuerdo |
|---|-----------------------|
| 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24, 25,26,27,28,29,31,33,34,35,37,39,41,43,44,46,48,49,52,53,54, 55,56,57,58,59,60,61,62,64,66,67,68,69,70,72,73,75,76,78,79, 80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,98,99,101, 102,103,104,105,106,107,110,111,112,113,115,118,119,120,121, 122,123,124,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134,135,137, 138,140,141,142,143,144,145,146,147,149,150,151,152,153,154 | 100% |
| 1,30,32,36,38,42,45,47,51,63,65,74,77,97,100,108,109,114,116, 117,136,139,148 | 80% |
| 40,50,71,76 | 60% |
| 0 | 40% |
| 0 | 20% |
| 0 | 0% |

En la tabla 1 se relacionan los ítems con el respectivo porcentaje de acuerdos obtenido de la calificación dada por los cinco jueces. Los ítems en su mayoría tienen un porcentaje de acuerdo entre el 80% y el 100%.

Tabla 2

Porcentaje de Acuerdos – Índice de Pertinencia

| Jueces | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Promedio |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------|
| Total de Acuerdos | 153 | 152 | 147 | 145 | 138 | 147 |
| Porcentajes | 99.35 | 98.70 | 95.45 | 94.15 | 89.61 | 95.45 |

En la tabla anterior, se observa que el porcentaje de acuerdos del índice de pertinencia es del 95.45%, lo que indica que existe un promedio alto de porcentaje entre los jueces, en relación a la pertinencia de los ítems.

Tabla 3

Índice de Relevancia

| Ítems | Porcentaje de Acuerdo |
|--|------------------------------|
| 2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,34,35,37,39,41,43,44,49,52,53,54,56,57,58,59,60,61,62,66,67,68,69,70,72,73,75,76,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,93,94,95,96,101,102,103,104,105,106,107,110,111,112,113,115,118,119,120,121,122,123,124,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134,135,137,138,140,141,142,143,144,145,146,147,149,151,152,153,154 | 100% |
| 1,3,30,31,33,36,38,42,45,46,47,48,55,63,64,65,74,77,92,98,99,100,108,109,114,116,117,136,139,148,150 | 80% |
| 32,50,51,71,97 | 60% |
| 40 | 40% |
| 0 | 20% |
| 0 | 0% |

En la tabla 3 se relacionan los ítems con el respectivo porcentaje de acuerdos obtenido de la calificación dada por los cinco jueces. Los ítems en su mayoría tienen un porcentaje de acuerdo entre el 80% y el 100%.

Tabla 4

Porcentaje de Acuerdos – Índice de Relevancia

| Jueces | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Promedio |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------|
| Total de Acuerdos | 152 | 154 | 147 | 145 | 136 | 146.8 |
| Porcentajes | 98.70 | 100 | 95.45 | 94.15 | 88.31 | 95.32 |

En la tabla anterior se observa que, el porcentaje de acuerdos del índice de relevancia es del 95.32%, lo que indica que existe un promedio alto de porcentaje entre los jueces, en relación a la relevancia de los ítems.

Tabla 5

Índice de Suficiencia

| Ítems | Porcentaje de Acuerdo |
|---|-----------------------|
| 4,5,6,7,8,10,14,15,20,21,22,23,25,26,27,28,29,31,33,34,35, 37,39,43,44,48,49,52,53,54,57,58,60,61,62,67,73,75,76,78, 79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,93,94,96,101,102, 103,104,105,106,107,110,111,113,115,119,120,121,122,123, 124,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134,135,137,138, 140,141,142, 143,144,147,149,151,152,154 | 100% |
| 1,2,3,9,11,12,13,17,18,19,24,30,32,38,42,46,55,59,63,64,66,6 8,69,70,74,77,95, 98,99,100,108,109,112,114,116,117, 118, 136,139,145,146,148,153 | 80% |
| 16,45,47,50,51,56,65,71,72,97,150 | 60% |
| 40,41 | 40% |
| 0 | 20% |
| 0 | 0% |

En la tabla 5 se relacionan los ítems con el respectivo porcentaje de acuerdos obtenido de la calificación dada por los cinco jueces. Los ítems en su mayoría tienen un porcentaje de acuerdo entre el 60% y el 100%.

Tabla 6

Porcentaje de Acuerdos – Índice de Suficiencia

| Jueces | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Promedio |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| Total de Acuerdos | 145 | 152 | 135 | 130 | 122 | 136.8 |
| Porcentajes | 94.15 | 98.70 | 87.66 | 84.41 | 79.22 | 88.82 |

En la tabla anterior se observa que, el porcentaje de acuerdos del índice de suficiencia es del 88.82%, lo que indica que existe un promedio alto de porcentaje entre los jueces, en relación a la suficiencia de los ítems.

Tabla 7

Índice de Claridad

| Ítems | Porcentaje de Acuerdo |
|---|-----------------------|
| 2,3,4,7,8,12,13,14,15,35,36,37,39,43,45,49,52,53,54,55,57,60,62,67,70,73,78,79,80,81,82,83,84,88,90,91,92,93,94,95,96,103,104,106,109,120,121,123,124,129,130,131,134,151,152, | 100% |
| 5,6,10,17,18,20,22,24,26,27,28,29,31,32,33,38,42,44,46,47,48,58,59,61,63,66,68,69,72,74,75,77,86,89,98,99,105,107,110,111,112,115,119,122,125,126,132,133,135,141,142,143,144,145,147,148,149,150,154 | 80% |
| 11,16,19,21,23,41,50,51,64,65,71,76,85,87,101,102,108,113,117,118,127,128,139,140 | 60% |
| 9,25,30,34,56,116,137,153 | 40% |
| 40,97,100,136,138,146 | 20% |
| 1,114 | 0% |

En la tabla 7 se relacionan los ítems con el respectivo porcentaje de acuerdos obtenido de la calificación dada por los cinco jueces. Los ítems en su mayoría tienen un porcentaje de acuerdo entre el 20% y el 100%.

Tabla 8

Porcentaje de Acuerdos – Índice de Claridad

| Jueces | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Promedio |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------|
| Total de Acuerdos | 120 | 138 | 123 | 102 | 119 | 120.4 |
| Porcentajes | 77.92 | 89.61 | 79.87 | 66.23 | 77.27 | 78.18 |

En la tabla anterior se observa que, el porcentaje de acuerdos del índice de claridad es del 78.18%, lo que indica que existe un promedio aceptable de porcentaje entre los jueces, en relación a la claridad de los ítems.

Tabla 9

Porcentajes de Acuerdos por Índices

| Jueces | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Promedio |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------|
| Índice | | | | | | |
| Pertinencia | 99.35 | 98.70 | 95.45 | 94.15 | 89.61 | 95.45 |
| Relevancia | 98.70 | 100 | 95.45 | 94.15 | 88.31 | 95.32 |
| Suficiencia | 94.15 | 98.70 | 87.66 | 84.41 | 79.22 | 88.82 |
| Claridad | 77.92 | 89.61 | 79.87 | 66.23 | 77.27 | 78.18 |
| | 92.53 | 96.75 | 89.60 | 84.73 | 83.60 | 89.44 |

En la tabla 9 se observa que, el resultado general de acuerdos por índices es del 89.44%, de esta manera se indica que la prueba creada tiene una validez por jueces de 89.44%, en relación a los índices establecidos.

Tabla 10.

Ítems Eliminados

| | |
|------------------|-------------------------------|
| Ítems Eliminados | 32,40,41,45,47,50,51,71,76,97 |
|------------------|-------------------------------|
