

Universidad de Montemorelos
Facultad de Educación y Psicología



**ANSIEDAD FISIOLÓGICA Y TOTAL ENTRE GÉNEROS EN
ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE ESCUELA SECUNDARIA**

Tesis

**Presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el grado de
Licenciatura en Psicología Clínica**

por

Yolanda Yosabet García Olvera

Agosto de 2010

ANSIEDAD FISIOLÓGICA Y TOTAL ENTRE GÉNEROS EN
ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE ESCUELA
SECUNDARIA

Tesis
presentada en cumplimiento parcial de los
requisitos para el grado de Licenciatura
en Psicología Clínica

por

Yolanda Yosabet García Olvera

APROBADA POR LA COMISIÓN:

M.C.E. Beatriz E. Rodríguez Garza
Presidente



Dr. Jaime Rodríguez Gómez
Secretario

Mtra. Claudia Florez Gutiérrez
Vocal

Fecha de aprobación

RESUMEN

ANSIEDAD FISIOLÓGICA Y TOTAL ENTRE GÉNEROS
EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES
DE ESCUELA SECUNDARIA

Por

Yolanda Yosabet García Olvera

Asesor: Beatriz E. Rodríguez Garza

RESUMEN DE TESIS DE PREGRADO

Universidad de Morelos

Facultad de Educación

Título: ANSIEDAD FISIOLÓGICA Y TOTAL ENTRE GÉNEROS EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE ESCUELA SECUNDARIA

Investigador: Yolanda Yosabet García Olvera

Asesor: M.C.E. Beatriz E. Rodríguez Garza

Fecha de terminación: Agosto de 2010

La ansiedad, es un estado de malestar psicofísico que afecta a todo ser humano sin importar raza, género, edad o nivel socioeconómico e interfiere en todas las esferas de la vida: social, emocional, laboral, escolar. Una población importante que esta afecta es la adolescencia La ansiedad tiene síntomas y características particulares. También se manifiesta fisiológicamente, es decir en el organismo existen cambios provocados por ésta.

La investigación sobre la ansiedad en la infancia y en la adolescencia es relativamente reciente.

Por lo cual esta investigación tuvo como objetivo conocer si hay alguna diferencia respecto a la ansiedad fisiológica y total entre géneros en los adolescentes

de dos escuelas secundarias del Distrito Federal, el Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel de Campo.

Para la realización de la presente investigación se tomó como muestra a los estudiantes de los tres grados de secundaria de las escuelas Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel de Campo formando un total de $n=84$ adolescentes, de los cuales el 49% ($n=41$) pertenecen al género femenino y el 51% ($n= 42$) al masculino, con una media de 14 años. Se utilizó la prueba estadística t de Student con un nivel de significancia estadística establecido con una $\alpha = .05$. Los datos fueron capturados y procesados con el programa estadístico SPSS versión 11.

En base a los resultados obtenidos de aplicar el proceso estadístico se obtiene como resultado que existe una diferencia significativa entre el género femenino y masculino en relación a la ansiedad fisiológica ($t_{(77)}=2.166$, $p=.033$), tanto como en la ansiedad total ($t_{(76)}=2.488$, $p=.015$), siendo el género femenino el que presentó mayor ansiedad fisiológica y total entre los adolescentes participantes.

Como conclusión, la presente investigación demuestra que no se encuentra estadísticamente un alto nivel de ansiedad entre los adolescentes de las escuelas Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel de Campo en el 2010.

Sin embargo se comprueba estadísticamente una diferencia significativa en el nivel de ansiedad fisiológica y total entre el género, siendo las mujeres de este estudio las que presentan un más alto nivel de ansiedad.

Universidad de Morelos

Facultad de Educación

ANSIEDAD FISIOLÓGICA Y TOTAL ENTRE GÉNEROS
EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES
DE ESCUELAS SECUNDARIAS

Tesis

Presentada en cumplimiento parcial de los
requisitos para el grado de Licenciatura
en Psicología Clínica

por

Yolanda Yosabet García Olvera

Agosto 2010

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a las personas que me aman.

Primeramente a mi Dios, por cada oración contestada y por darme las fuerzas necesarias para terminar esta etapa más en mi vida.

A mis padres Hugo García y Yolanda Olvera por sus palabras de ánimo para terminar lo que comencé.

A mi esposo Jonathan Bolaños por su paciencia y motivación.

A mi hermana Nayeli por estar al pendiente de mí.

Y a las personas que durante el proyecto me ayudaron, me apoyaron y me enseñaron, convirtiéndose en mentores para mí.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
Capítulo	
I. INTRODUCCION	1
Antecedentes	2
Justificación	3
Definición del problema	4
Declaración del problema	4
Hipótesis	5
Objetivos	5
Limitaciones	6
Delimitaciones	6
Definición de términos	6
II. MARCO DE REFERENCIA	7
La ansiedad	7
Principales síntomas de la ansiedad	11
Teorías sobre la ansiedad	13
Terapias para la ansiedad	13
Género y ansiedad	14
Adolescencia	19
Ansiedad y adolescencia	21
III. METODOLOGÍA	25
IV. RESULTADOS	31
V. CONCLUSIONES	36
Apéndice	
A. SOLICITUD DE PERMISOS	41
B. AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN	44
C. INSTRUMENTO	47
D. REACTIVOS SUBESCALAS	50

E. DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA DE LA MUESTRA.....	52
F. RESULTADOS ESTADÍSTICOS SUBESCALAS.....	54
LISTA DE REFERENCIAS	55

LISTA DE TABLAS

1. Operalización de variables	28
2. Descripción y valores estadísticos de las variables	32
3. Descriptivos de variables principales y prueba t de Student	34

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a mi Dios, por darme la paciencia, sabiduría, salud y los medios para poder concluir esta etapa importante en mi vida. A mi esposo Jonathan por su paciencia: ¡por fin, amor!. A mis padres, Hugo García y Yolanda Olvera, a mi hermana Nayeli por sus palabras de ánimo y exhortación, por el esfuerzo dedicado para ayudarme a alcanzar esta meta y por su paciencia. ¡Por fin, papitos!

A mis queridos asesores: gracias por sus valiosas enseñanzas y aportaciones. Maestra Kenny, Maestra Claudia y Doctor Rodríguez: gracias por tenerme paciencia y por el apoyo oportuno que recibí de ustedes, Dios les bendiga.

Y a cada persona que Dios puso en mi camino en esta institución por medio de la cual pude ver la mano de Dios: ¡Gracias!

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Datos obtenidos de la Secretaria de Salud informan que en México la prevalencia de ansiedad en la adolescencia oscila entre un 5 y hasta un 20%, presentándose con mayor frecuencia en edades más tempranas, incrementando el riesgo de uso, abuso y dependencia de sustancias, además de que con el tiempo conduce a desarrollar alguna psicopatología con agregación familiar, limitando sus capacidades, y el desarrollo de sus habilidades sociales para incorporarse a un grupo de amigos, atacando su autoestima y así creando conflictos tanto familiares como sociales (Quintero Cruz, 2007).

En México se ha revelado una alta incidencia de ansiedad en los jóvenes y se ha responsabilizado de ello a los problemas económicos, a la desintegración familiar y a la violencia tanto en los colegios como en las familias, lo cual provoca un nivel de dificultad en el desarrollo académico y social, disminuyendo las capacidades cognitivas y aumentando los problemas sociales (Molina Hernández, Téllez Alcántara, Manzo Denes y Carrillo Castilla, 2005).

Según Ardila Serrano (2007), es preciso establecer distinción neta entre pubertad y adolescencia. La pubertad se refiere esencialmente a la maduración física de los órganos sexuales. La adolescencia alude al proceso total del crecimiento, ya que durante este periodo del desarrollo el adolescente pasa por cambios físicos, biológicos y psicológicos. Este estudio se realizó por la inquietud que nació de saber qué tan cierto es que las adolescentes son más propensas que los adolescentes a presentar ansiedad fisiológica y total.

Antecedentes

Según Mestre, García y Vilar (1998), lo que más interesa conocer es qué procesos psicológicos han suscitado más interés desde la perspectiva del género. Estudios de revisión anteriores por Piret, Maccoby y Jacklin, citados en Mestre, García y Vilar (1998), abarcan precisamente los estudios publicados hasta 1974 sobre las diferencias sexuales en los procesos psicológicos, cognitivos, emocionales y sociales. La revisión de los artículos publicados a partir de esta fecha permite conocer la evolución que ha seguido la psicología diferencial del género en relación con los procesos psicológicos hasta la actualidad. Hay diferentes especialidades psicológicas que se preocupan por esta temática: la psicología en general, la psicología social, la psicología evolutiva y la psicología clínica.

Respecto a las primeras décadas del siglo XX se mantiene el interés por estudiar los procesos psicológicos y su relación con el género desde una perspectiva social y evolutiva, pero se introduce en los últimos años la perspectiva clínica y patológica de dichos procesos. Hay que señalar también la importancia que van adquiriendo las revistas especializadas en estudios sobre la mujer, en la publicación de artículos relacionados con los procesos psicológicos (Mestre, García y Vilar, 1998).

Colell, Limonero y Otero (2003), en su investigación respecto a la ansiedad ante la muerte, realizada con 270 alumnos de primer grado de enfermería en la Universidad Hispalense de Sevilla, España, con un rango de edades de entre dieciocho y veinticinco años, de los cuales 132 eran mujeres y 138 hombres, encontraron que no se advierten diferencias entre hombres y mujeres acerca del nivel de ansiedad experimentado. Las investigaciones sobre variable género son poco concluyentes y sólo algunas aportan diferencias entre sexos; en ellas las mujeres son las que tiene más puntuación. Aunque en la población normal la ansiedad generalizada es ligeramente mayor en el sexo femenino, la importancia otorgada por los estudiantes de enfermería a las situaciones que la originan ante la muerte es similar.

Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook y Parkinson (2006), en una investigación que realizaron con 85 niños con trastorno de ansiedad y sus respectivos padres, llegaron a la conclusión de que el índice de trastorno de ansiedad actual en las madres fue significativamente elevado, así como también el índice de vida del trastorno de ansiedad para las madres y los padres. De esta manera se confirmó la fuerte familiaridad de los trastornos de ansiedad, especialmente entre el niño y el trastorno de ansiedad materna. Todos los trastornos de ansiedad del niño fueron asociados a diversas formas de trastorno de ansiedad en la madre.

Justificación

La investigación sobre la ansiedad en la infancia y en la adolescencia es relativamente reciente, a pesar de tener unas tasas elevadas de prevalencia y ocupar un lugar clave en la psicopatología de estas edades, es por eso que es importante este campo de investigación, para poder orientar y apoyar a los adolescentes (Mardomingo, 2007).

Según Burt y Hendrick (2006), aunque la exposición a sucesos traumáticos durante la vida es aproximadamente igual en los hombres que en las mujeres, las mujeres tiene mas probabilidades que los hombres de sufrir violación y agresiones sexuales, lo cual incrementa los niveles de ansiedad, y los hombres sufren mayor número de agresión física.

Definición del problema

Desde la perspectiva social, la ansiedad es un mal más frecuente en mujeres que en hombres, debido a su “debilidad” ante los problemas. El Proceso de transición de la niñez a la adolescencia puede producir un incremento en la presencia de los síntomas de este padecimiento; en este periodo los cambios biológicos y sociales que plantean un nuevo rol desencadenan inseguridades e incertidumbres que, al mismo tiempo, desencadenan ansiedad (Krauskopf, 2007).

Por lo tanto, la presente investigación pretende conocer si hay alguna diferencia respecto a la ansiedad fisiológica y total entre géneros en los adolescentes de dos escuelas secundarias del Distrito Federal.

Declaración del problema

Para este estudio se plantea la siguiente pregunta: ¿Existe diferencia significativa en el nivel de ansiedad fisiológica y total entre varones y mujeres adolescentes estudiantes de las escuelas secundarias Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel de Campo del Distrito Federal en el segundo semestre del ciclo escolar 2009-2010?.

Hipótesis

Esta investigación formula las siguientes dos hipótesis:

H₁. Existe diferencia significativa entre el nivel de ansiedad fisiológica de varones y mujeres adolescentes, estudiantes de las escuelas secundarias Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel de Campo, del Distrito Federal.

H₂. Existe diferencia significativa entre el nivel de ansiedad total de varones y mujeres adolescentes, estudiantes de las escuelas secundarias Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel de Campo, del Distrito Federal.

Objetivos

1.- Cumplir con el requisito para lograr el grado de Licenciatura en Psicología Clínica.

2.- Conocer si las mujeres son más propensas a manifestar ansiedad fisiológica y total que los hombres, en la adolescencia.

3.- Comprobar si las mujeres son más propensas a manifestar ansiedad fisiológica y total que los hombres adolescentes.

Limitaciones

Esta investigación se realizó teniendo como limitantes el aspecto económico, ya que por el costo del instrumento solo se pudo aplicar la prueba a dos escuelas secundarias del Distrito Federal.

Otra limitación fue el factor tiempo, ya que la estancia en el Distrito Federal, lugar de la aplicación de las pruebas fue corta, debido a los gastos derivados de la etapa de recolección de datos.

Delimitaciones

La investigación fue realizada únicamente con estudiantes adolescentes de edad secundaria del Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel

de Campo. Se reconoce que un estudio realizado con una muestra aleatoria, tomada de una mayor población, tendría un aporte científico de aplicación más generalizada.

El estudio de esta investigación solo se realizó sobre ansiedad normal, es decir, no se incluyen los trastornos de ansiedad.

Definición de términos

Ansiedad Total: estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, ante lo que se percibe como una amenaza.

Ansiedad Fisiológica: índice de expresión de manifestaciones físicas (síntomas) que se experimentan durante la ansiedad.

Adolescencia: etapa del desarrollo del ciclo vital que corresponde entre los 10 y los 20 años de edad.

Género: conjunto de personas con caracteres físicos y fisiológicos comunes, ya sea femenino o masculino.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA

La ansiedad

El término *ansiedad*, proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Virues Elizondo, 2005)

A través del tiempo se trató de dar algunas definiciones de la ansiedad, teniendo como resultado los siguientes conceptos de estos autores:

Carroll (1972), menciona que es la aprensión que experimenta un individuo cuando su personalidad es amenazada. Puede ser constructiva o destructiva dependiendo esto del grado de aprensión y de la magnitud de la amenaza. Estimula al individuo a hallar el modo de afrontar con éxito la situación. No existe nadie que no tenga algo de ansiedad.

Lazarus (1976), indica que la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Beck, Emery y Grenberg (1985), refieren que es la percepción incorrecta del individuo, estando basada en falsas premisas del pensamiento.

Kyriacou y Sutcliffe (1987), declaran que es una respuesta del organismo con efectos negativos (tales como cólera y depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardíaca).

Lang (2002, citado en Virues Elizondo, 2005), añade que es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Alarcón, Mazzoti y Nicolini (2005), definen ansiedad como un sentimiento normal experimentado por todos los seres humanos en muchos momentos de la vida cotidiana, en forma fugaz o con una intensidad media. Esta frecuencia no impide que sea una emoción considerada como negativa e indeseable y que, junto con el dolor y la tristeza, sea la fuente más común de malestar para el ser humano. Por lo tanto, la ansiedad, es un sentimiento o vivencia que forma parte de la experiencia de la vida.

Se llama ansiedad normal a un conjunto de emociones y manifestaciones físicas que se presentan cuando una persona se enfrenta (o está por enfrentar) a situaciones nuevas, o de exigencia. La "ansiedad normal" ayuda a poder adaptarse a estas situaciones de manera tal que se pueda obtener la respuesta más adecuada pa-

ra las mismas. En este sentido es beneficiosa, ya que permite alcanzar mejor los objetivos planteados para la vida (Halgin y Krauss, 2004).

Según Barrero (2000), la ansiedad patológica inhibe la acción; es decir, no permite responder adecuadamente a un estímulo. Este mismo autor diferencia cuatro niveles de ansiedad: (1) El individuo se encuentra alerta y tiene capacidad de relacionar y reaccionar ante la aparición de problemas determinados. (2) Ocurre cuando el campo de percepción se ha restringido y se ve incapaz de percibir todos aquellos detalles del entorno que le rodean. Aun así, en este nivel su capacidad de reacción y solución de problemas no se ve dañada. (3) Se reduce aun más el campo de percepción que puede, finalmente, quedar reducido a un solo detalle. Así el individuo puede centrar todos sus esfuerzos en obtener un alivio inmediato, olvidándose de las causas que han promovido su estado y de la solución del mismo y (4) Se alcanza el estado de pánico, donde existe ya una importante desorganización emocional. El individuo, en este nivel solo es capaz de concentrarse en motivos sin importancia que ya nada tienen que ver con la verdadera causa de su problema.

En último término, el carácter patológico de la ansiedad está en función del sufrimiento causado a la persona y del grado de interferencia en la vida cotidiana (Echeburúa, 1994).

La diferencia entre ansiedad normal y patológica estriba básicamente en la intensidad, frecuencia y duración de su presentación, en la acentuación de algunas de sus características, así como en la repercusión en las actividades diarias y la producción de algún tipo de discapacidad. No se debe olvidar que los límites entre “lo normal” y “lo enfermo” son difusos y exigen una cuidadosa evaluación personal (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005).

La ansiedad patológica genera caos en el hogar, destruye las relaciones, produce ausentismo laboral e impide que se lleve una vida plena y productiva (Elliott y Smith, 2004).

También estos autores, Elliott y Smith (2004), mencionan que aun cuando las características varían de un país a otro, la ansiedad es el trastorno mental que se presenta con mayor frecuencia en el mundo.

El hecho de que la ansiedad sea una emoción que cualquier persona ha experimentado y que incluso en algunas circunstancias puede contribuir a mejorar el rendimiento, hace que los trastornos de ansiedad se consideren cuadros menores y por lo tanto, no se le da la importancia que merece (Herrán, 2007).

Virues Elizondo (2005), refiere que es importante mencionar que la ansiedad no es propia de un escenario, ya que se puede manifestar en hogares, eventos sociales, deportivos y en empresas.

Resulta importante tomar en cuenta la existencia de una serie de estresores externos que intervienen y pueden complicar la situación: relaciones familiares, problemas legales y problemas económicos (Virues Elizondo, 2005).

Según Alarcón, Mazzoti y Nicolini (2005), la diferencia entre miedo y ansiedad es que la primera es una emoción que se experimenta ante una amenaza real y concreta y termina al cesar ésta; mientras que la segunda es una emoción que aparece en ausencia de una amenaza real y concreta. Aunque no es demasiado válida, ha sido adoptada en general.

La ansiedad excesiva respecto a la propia salud (una ansiedad respecto a la propia salud desproporcionada para la situación médica real) es un problema frecuente y a menudo incapacitante. Existe poca información acerca de su etiología,

pero se cree que los factores ambientales explican la mayor parte de las diferencias individuales en cuanto a la ansiedad excesiva respecto a la salud (Taylor, Thordarson, Jang y Asmundson, 2006).

Principales síntomas de la ansiedad

Según Virues Elizondo (2005), los síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud en que se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas. Reacciones que escapan del control voluntario de la persona tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles.

Virues Elizondo (2005), agrupa las respuestas de ansiedad en tres sistemas de respuestas que son: (1) Nivel cognitivo: Inseguridad. Miedo o temor. Aprensión. Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad). Anticipación de peligro o amenaza. Dificultad de concentración. Dificultad para la toma de decisiones. Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente. (2) Motores u observables: Hiperactividad. Paralización motora. Movimientos torpes y desorganizados. Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal. (3) Fisiológico: síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, cambios en la tensión arterial, accesos de calor. Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica. Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas. Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia. Síntomas neuromusculares: tensión

muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva. Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

Por su parte Virues Elizondo (2005), menciona una lista de áreas en las que afecta la ansiedad: (1) Física: hipertensión, dolores de cabeza, síntomas gastrointestinales y en algunos casos crónicos de ansiedad modifican la constitución de ciertas estructuras cerebrales. (2) Familiar: los padres ansiosos suelen tener hijos ansiosos; esto se debe en parte a la genética, pero también al aprendizaje por observación. (3) Sobrepeso: la ansiedad eleva los niveles de cortisol, una de las hormonas relacionadas con el estrés, la cual favorece a la acumulación de grasa en el área abdominal aumentando el riesgo de derrame cerebral. (4) Aumento en consultas médicas: la gente ansiosa suele preocuparse en exceso por su salud. (5) Relaciones interpersonales: la ansiedad provoca irritabilidad con facilidad, haciendo que la persona se aisle emocionalmente, o bien, exista una dependencia excesiva y (6) Ausentismo laboral: las personas ansiosas faltan con más frecuencia a su trabajo que una persona cualquiera.

Según Reynolds y Richmond (1997), al índice de expresión hacia las manifestaciones físicas que se experimentan durante la ansiedad (síntomas) la llaman Ansiedad Fisiológica.

Teorías sobre la ansiedad

Burns (2006), menciona que existen cuatro teorías principales sobre las cuales pretende explicar las causas de la ansiedad:

1. Modelo cognitivo: se basa en que los pensamientos negativos provocan ansiedad; interpretamos constantemente lo que está pasando a nuestro alrededor, pero ya que es un proceso automático tiene el poder de producir emociones positivas y

negativas. Se basa en la idea de que cada tipo de pensamiento y cognición produce un tipo determinado de sentimiento.

2. Modelo de la exposición: se basa en la idea de que la causa de toda ansiedad es la evitación; es decir, se siente angustia por evitar las cosas que provocan miedo.

3. Modelo de la emoción oculta: se basa en la idea de que la causa de la ansiedad se debe a la amabilidad; es decir, el querer quedar bien siempre con la gente y temer a los sentimientos negativos provoca ansiedad.

4. Modelo biológico: se basa en la idea de que la ansiedad se debe a un desequilibrio químico del cerebro.

Esta investigación se basará en el modelo cognitivo- conductual el cual afirma que cuando una persona cambia su forma de pensar, puede cambiar su manera de sentirse (Burns, 2006).

Terapias para la ansiedad

Según Elliot y Smith (2004), existen tres terapias que atacan las tres formas en la que la ansiedad se presenta.

1. Terapias cognoscitivas o del pensamiento: este enfoque terapéutico se centra en la forma de pensar, percibir e interpretar lo que es importante para cada uno de nosotros, incluyendo: (a) la visión que tenemos de nosotros mismos, (b) los acontecimientos de nuestra vida y (c) el futuro. Las personas ansiosas inevitablemente tienen pensamientos distorsionados sobre estos tres aspectos, los cuales al mismo tiempo causan más ansiedad.

2. Terapias del comportamiento: este enfoque se centra en emprender acciones que mitigan la ansiedad; por ejemplo: hacer ejercicio, simplificar la vida y dormir más.

3. Terapias dirigidas a las sensaciones físicas: viendo que la ansiedad causa problemas también a nivel físico, esta terapia se enfoca en técnicas de relajación física.

Género y ansiedad

Según Calvate (2005), numerosos estudios han mostrado la existencia de importantes diferencias de género en los trastornos psicológicos. Mientras que las mujeres presentan mayores tasas de problemas internalizantes, tales como ansiedad y depresión, los hombres exhiben más problemas externalizantes, tales como conducta violenta y consumo de drogas.

Cabe mencionar que la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005), indica que el género determina de manera fundamental la salud mental y las enfermedades mentales. Se ha prestado más atención a la morbilidad asociada con las enfermedades mentales que a los determinantes específicos de cada género y a los mecanismos que promueven y protegen la salud mental y fomentan la resistencia al estrés y a la adversidad. Añade que el género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de su vida y salud mental, su posición y condición social, del modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental. Las diferencias de género aparecen en particular en las estadísticas de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y quejas somáticas). Estos tras-

tornos, que predominan en las mujeres, afectan aproximadamente a una de cada tres personas en la comunidad y constituyen un serio problema para la salud pública.

Continuando con datos proporcionados por la OMS (2005), la depresión, la ansiedad, los síntomas somáticos y las altas tasas de comorbilidad están significativamente asociados con los factores de riesgo que están interrelacionados y aparecen unidos, como las funciones asignadas por razón de sexo, los factores de perturbación y las experiencias y acontecimientos negativos. Los factores de riesgo específicos del género que influyen en los trastornos mentales comunes, que afectan de manera desproporcionada a las mujeres, incluyen la violencia de género, las carencias socioeconómicas, el salario bajo y la desigualdad en los ingresos, la condición y rango social bajo o subordinado y la continua responsabilidad del cuidado de otros. Las políticas económicas y sociales que producen cambios en los ingresos, el empleo y el capital social de manera repentina, perjudicial y seria y que no se pueden controlar o evitar, aumentan significativamente la desigualdad de género y las tasas de trastornos mentales comunes.

En un estudio realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna (España) 2004, con 285 personas oscilando entre los 25 y 70 años, los resultados indican que aunque ambos géneros usan con frecuencia la reevaluación positiva, en el resto de estrategias de afrontamientos se observan diferencias claras (OMS 2005).

Este mismo estudio realizado por la OMS (2005), menciona que también existe un alto número de probabilidades de que a las mujeres se les receten medicamentos psicotrópicos que alteren su estado de ánimo. Aparecen diferencias de género en los patrones de búsqueda de ayuda para tratar un trastorno psicológico. Es más pro-

bable que las mujeres soliciten ayuda y que revelen que tienen problemas mentales a su médico de atención primaria de la salud, mientras que existen más probabilidades de que los hombres soliciten asistencia a un especialista en salud mental y sean hospitalizados.

Los estereotipos de género que indican que las mujeres tienen propensión a los problemas emocionales y los hombres a los problemas con el alcohol parecen reforzar el estigma social y suponen un obstáculo a la hora de solicitar ayuda utilizando las vías normales.

A pesar de estas diferencias, la mayoría de hombres y mujeres que sufren dolor emocional y /o un trastorno psicológico no son ni identificados ni tratados por sus médicos. La depresión, ansiedad, dolor psicológico, violencia sexual, violencia doméstica y las cada vez mayores tasas de consumo de sustancias afectan en mayor grado a las mujeres que a los hombres en diferentes países y distintas circunstancias (OMS 2005).

Sucede que la propia personalidad de cada mujer, muy influenciada por los condicionamientos culturales, también es más propensa a generar este tipo de enfermedad. Aunque en menor proporción que las mujeres, muchos hombres también padecen ansiedad. Incluso, esta condición es aún más difícil de detectar en ellos, pues cuando estos hombres se ocupan obsesivamente de sus trabajos, son hiperresponsables, excesivamente controladores, exigentes, irritables, y con poca capacidad para delegar, la sociedad tiende a calificarlos como empresarios o trabajadores exitosos, y son pocos los que advierten que todo esto puede resultar un trastorno de salud (Carrasco Ortiz, Rodríguez Testal y Hesse, 2005).

Las exigencias crecientes adquiridas con la evolución sociocultural, han llevado a pocas modificaciones del rol masculino y a un sinfín de cambios en el rol femenino. La mujer debe desarrollar conductas y acciones atribuidas al hemisferio izquierdo (raciocinio, competitividad, discriminación analítica, espacialidad, etc.), antes considerado occidental o masculino, además de continuar desarrollando las del hemisferio derecho (creación, estética, protección, maternaje, etc.) antes considerado oriental o femenino. La pérdida de viejos roles y la adquisición cada vez más imperativa de otros nuevos, necesita de una especial estabilidad emocional difícil de mantener (Carrasco Ortiz, Rodríguez Testal y Hesse, 2005).

Con frecuencia se considera inapropiado para los varones expresar miedo o ansiedad, mientras que a las mujeres se les permite manifestar sus emociones de una manera más libre (Reynolds y Richmond, 1997).

Tanto en hombres como en mujeres los rasgos de personalidad positivos, como la estabilidad emocional, implican una alta tolerancia al estrés y un alto autoconcepto, que supone altos niveles de inteligencia social, integración social y trabajo en equipo (Garaigordobil, 2006).

Según Ferguson y Dacey (1997), las mujeres que fueron abusadas psicológicamente durante su niñez sufren significativamente más altos niveles de ansiedad y depresión.

Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook y Parkinson (2006), indican en una investigación que realizaron con 85 niños con trastorno de ansiedad y sus respectivos padres, que el índice de trastorno de ansiedad actual en las madres de niños angustiados fue significativamente elevado, así como también el índice de vida del trastorno de ansiedad para las madres y los padres. Se confirmó la fuerte familiaridad de los

trastornos de ansiedad, especialmente entre el niño y el trastorno de ansiedad materno. Todos los trastornos del niño fueron asociados a diversas formas del trastorno de ansiedad de la madre.

Otra investigación demostró que tanto hombres como mujeres con edades de entre 25 a 70 años, al ser sometidos a una intervención quirúrgica, tienen síntomas de ansiedad; esto se comprobó al aplicarles el Test de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger (1980) y se tomó una muestra de cortisol en saliva y su recuperación fue peor en comparación con aquellos pacientes de baja ansiedad (Cardoso Moreno, Ramos Fuentes, Torres Asencio, Fernández Sánchez, Rodríguez Santos y Peñas, 2006).

Galindo Balanza, Moreno Morales y Muñoz Guerrero (2009), realizaron un estudio con 700 estudiantes universitarios aplicando la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, con el objetivo de analizar la prevalencia de ansiedad y depresión en factores académicos y sociofamiliares asociados. En el análisis multivariante se demostró que el sexo femenino es quien presenta mayor riesgo de ansiedad.

Saucedo Martínez, Mendieta Cabrera, Vázquez García y Salinas Martínez (2005), en su investigación realizada con 17 mujeres mayores de 60 años de edad, llegaron a la conclusión de que los síntomas somáticos dolorosos coexisten con trastornos ansiosos-depresivos.

Burt y Hendrick (2004), en el Tratado de Psiquiatría refieren que las mujeres tienen más probabilidades de ansiedad y depresión comórbida. La probabilidad de usar ansiolíticos es doble en las mujeres que en los hombres, en gran parte debido al predominio de los trastornos de ansiedad en las mujeres.

Adolescencia

Según Nicolson y Ayers (2002), la adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Es un periodo de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo que, si no se trata satisfactoriamente, puede llevar a problemas afectivos y de comportamiento en la vida diaria. Por regla general se considera que comienza aproximadamente entre los 10 y los 13 años y termina entre los 18 y los 22. Suele dividirse en adolescencia temprana y tardía. Determinados problemas psicológicos o psiquiátricos pueden tener sus raíces en la adolescencia o hacerse más notables durante ésta; por ejemplo: fobias, ansiedad, depresión, suicidio, trastorno del déficit de atención, trastornos alimenticios y de conducta. Estos mismos autores afirman que la adolescencia es la época en la que los adolescentes tratan de buscar su identidad y autonomía lo que puede llevarlos a desacuerdos con sus padres o figuras de autoridad. La mayoría de los adolescentes pasan esta etapa de manera satisfactoria.

Por otro lado, Ardila Serrano (2007), menciona que es el lapso comprendido entre la niñez y la edad adulta, comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina alrededor de los 19 o 20. Su comienzo lo anuncia la aparición de la pubertad, aunque en las mujeres es más prematuro, estadio que se caracteriza por el crecimiento fisiológico y la madurez de las funciones reproductivas de los órganos sexuales primarios, acompañados de caracteres sexuales secundarios, concluyendo con la pubertad, que significa que el individuo ya es capaz de reproducirse.

Cada etapa del ciclo vital plantea al ser humano problemas característicos y nuevas oportunidad de inserción en el mundo. La adolescencia constituye en nuestros tiempos un periodo de la vida donde con mayor intensidad que en otros, se

aprecia la interacción entre las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles. De hecho, casi a finales del siglo XVIII es cuando empieza a usarse el término adolescencia (Krauskopf, 2007).

Esta misma autora, Krauskopf (2007), define adolescencia “como periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para si las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. Ésta no solo abarca los cambios biológicos de la pubertad sino que abarca todos los cambios psicológicos y sociales que ocurren durante este periodo”.

Melgosa (2000), menciona que el adolescente tiene que enfrentar 11 desafíos propios de la etapa: (1) adaptarse a su nueva imagen: esta adaptación es progresiva, (2) ajustarse a su nueva capacidad mental: destrezas intelectuales, ya que se empieza a razonar de manera más abstracta, (3) hacer frente a las crecientes exigencias escolares: se comienzan a manejar conceptos más complejos, (4) avanzar en su repertorio verbal: tiene que adquirir un léxico personalmente elaborado para traducir su pensamiento más maduro en lenguaje, (5) adquirir una identidad personal: necesita afirmar su individualidad, (6) establecer metas vocacionales: debe ir identificando su imagen profesional, (7) afirmar su independencia de sus padres: tanto psicológica como emocional, (8) establecer relaciones amistosas sanas: el grupo de un adolescente es básico, por lo cual en ocasiones le es difícil saber escoger amigos y desarrollar habilidades sociales, (9) aprender a controlar su sexualidad: la actividad sexual se haya condicionada por aspectos culturales, morales, sanitarios, por lo cual tiene que ejercer una responsabilidad completa, (10) adoptar un estilo de vida correc-

to: ha de fundamentar en principios firmes sus propios valores y (11) controlar sus impulsos y ejercer madurez de conducta: adquirir la capacidad de gobernar su impulsividad.

La adolescencia es una etapa de grandes decisiones, de emociones fuertes, la exaltación de los sentidos, de enamoramientos, desengaños y vulnerabilidad ante las presiones (Araujo, 2000).

Ansiedad y adolescencia

Según Wiener y Dulcan (2006), el temperamento de un niño es un factor importante para la aparición de síntomas de ansiedad en la adolescencia. Los niños con vínculo resistente ansioso (es decir inseguro), corren el riesgo de sufrir trastornos de ansiedad en la infancia o en la adolescencia.

Mardomingo (2007), menciona que al comienzo del cuadro clínico puede precederle algún factor precipitante, como la muerte o enfermedad de un familiar o conocido, el cambio de colegio o el traslado de un domicilio.

Una de las tensiones productoras de la ansiedad en la adolescencia es la exigencia de autodeterminación, la elección de uno mismo, la capacidad para la intimidad personal; es decir, habilidades sociales. Sociológicamente la ansiedad se explica derivada del conflicto entre la necesidad del adolescente de convertirse en una persona autónoma e independiente y, al mismo tiempo, ser un miembro aceptado en su grupo social (Saavedra, 2004).

Según Alda Díez y Gabaldón Fraile (2006), hay tres grupos de síntomas principales para la ansiedad en la adolescencia: (1) Preocupaciones excesivas hacia cada aspecto de la vida (sucesos futuros o conductas del pasado. (2) Preocupaciones excesivas acerca de la competencia y la aceptación social: marcada autoconciencia,

perfeccionismo excesivo. (3) Manifestaciones psicofisiológicas de la ansiedad: quejas somáticas sin base orgánica, onicofagia, tricotilomanía, pesadillas, sensación de tensión interna.

Varios estudios han demostrado que sí existe relación entre la ansiedad y la adolescencia:

Un estudio realizado con 462 adolescentes de entre 16 y 19 años fueron evaluados con un cuestionario de conductas relacionadas con la salud, la Escala de Ansiedad Rasgo (STAI) y la Escala de Meta-Emoción (TMMS), con la finalidad de examinar las relaciones entre la ansiedad, la inteligencia emocional, la percepción de la salud y las conductas relacionadas con la salud en la adolescencia. Los resultados muestran una relación entre la baja ansiedad, la claridad y la reparación emocional y la alta percepción de la salud y el bienestar. La percepción positiva de la salud se relaciona con un incremento de las conductas de salud y con un menor consumo de alcohol y drogas (Latorre y Montañés, 2004).

Otro estudio pretendió determinar en qué medida ciertas variables psicológicas influyen en la ansiedad social de adolescentes “normales”, y si el papel de las mismas difiere en función del sexo y de la edad. Una muestra de 961 (412 varones y 549 mujeres) adolescentes españoles ($M = 15,63$; $DT = 1,32$) fue evaluada mediante el YSR/11-18, el MMPI-A y la SIAS. Los resultados indican que se ha encontrado una diferencia significativa en la ansiedad social respecto al sexo y al curso escolar. La mayoría de las correlaciones encontradas entre la ansiedad ante la interacción social y las variables evaluadas por el YSR/11-18 y al MMPI-A fueron significativas, aunque bajas en ambos sexos y en los dos grupos de edad. Se discuten estas diferencias de sexo y edad a la hora de explicar la naturaleza de la ansiedad experimentada en si-

tuaciones interpersonales de acuerdo a las propuestas teóricas existentes (Zubeidat, Salinas y Sierra, 2009).

Se estudió la presencia de ansiedad en una muestra de adolescentes ausentistas escolares y la relación de esta variable con diversas dimensiones de adaptación. Se trabajó con una muestra de 85 alumnos que habían presentado más de un 25% de horas de ausencia injustificada al mes a sus centros escolares. Sus edades estaban comprendidas entre 12 y 16 años. Sesenta y dos de ellos eran hombres y 23 mujeres y todos ellos estaban escolarizados entre 1º y 4º de Escuela Secundaria Obligatoria en España. Se utilizó el STAI-C (Spielberger, 2001) y el Inventario de Adaptación de Conducta para adolescentes (IAC; Cruz & Cordero, 2004), para medir ansiedad-estado y grado de adaptación, respectivamente. Los resultados no reflejaron diferencias significativas en los niveles de ansiedad ni en los de adaptación entre niños y niñas ausentistas en situaciones normales de clase. Las dimensiones de adaptación que más predicen ansiedad en alumnos ausentistas son la adaptación personal y la adaptación familiar (Fernández Castillo y Madrid Medina, 2009).

En este estudio se exploró la comorbilidad entre el trastorno de ansiedad social, incluida la de sus subtipos específico y generalizado, y otros problemas psicopatológicos en adolescentes. Para ello se evaluaron 961 jóvenes españoles (media de edad= 15,63 años) mediante diferentes autoinformes que miden variables sociodemográficas, competencias e índices clínicos. Los resultados indicaron que en los índices referentes a la ansiedad y evitación de situaciones sociales, los jóvenes con ansiedad social mostraban un porcentaje de comorbilidad superior al presentado por los jóvenes con otras psicopatologías. El segundo grupo obtuvo un porcentaje de comorbilidad mayor que el primero en la mayoría de los problemas clínicos medidos

por el YSR/11–18 y el MMPI-A. En tan solo once de los índices clínicos evaluados resultó significativa la diferencia en comorbilidad entre los dos grupos de ansiedad social (específica y generalizada), presentando el primero un porcentaje de comorbilidad inferior (Zubeidat, Fernández, Salinas, 2007).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación

El diseño de este estudio fue ex post facto, cuantitativo y transversal de tipo descriptivo

Cuantitativo, porque se usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández Samperi, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006).

Transversal, ya que los resultados se recogieron en un solo momento temporal (Ortiz Uribe, 2004).

Descriptivo, porque se describen las tendencias de una población, mediante las propiedades, características o rasgos del fenómeno que se analiza (Hernández Samperi et. al, 2006).

Ex post Facto, ya que la muestra es elegida por características adquiridas antes de la realización de este estudio (Grajales, 2000).

Población de estudio

Se tomó como población a los adolescentes hombres y mujeres de dos escuelas secundarias ubicadas en la ciudad de México: Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano e Instituto Ángel de Campo, tomando en cuenta que en la primera fueron 57 estudiantes de secundaria de los tres grados y de la segunda, 61 alumnos de los

tres grados. Todos ellos adolescentes con edades de entre 12 y 16 años. Por lo tanto, los adolescentes de estas secundarias se convirtieron en la muestra del presente estudio.

Hipótesis nulas

En esta investigación se planten las siguientes hipótesis nulas;

Ho1. No existe diferencia significativa entre el nivel de ansiedad fisiológica de varones y mujeres adolescentes, estudiantes de las escuelas secundarias Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel de Campo, del Distrito Federal, en el segundo semestre del ciclo escolar 2009-2010.

Ho2. No existe diferencia significativa entre el nivel de ansiedad total de varones y mujeres adolescentes, estudiantes de las escuelas secundarias Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel de Campo, del Distrito Federal, en el segundo semestre del ciclo escolar 2009-2010.

Variables

Según Moreno Bayardo (1987), se le llama variable atributiva a la característica o propiedad que el sujeto presenta y que el investigador no puede manipular; es decir, es un atributo propio del sujeto. A este tipo de variables también se le pueden llamar variables asignadas.

Tomado en cuenta la definición, la ansiedad y el género en esta investigación son variables atributivas.

Instrumento

El instrumento que se utilizó en esta investigación es la Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes, de Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond. Este instrumento se aplica a niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Con un nivel de lectura aproximado de tercer grado de primaria. La aplicación puede ser individual o colectiva. El CMAS-R (siglas de la escala), subtitulada “lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, donde los niños y adolescentes responden a cada reactivo con un sí o un no. Está diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes. Las respuestas permiten obtener una puntuación de ansiedad total y cuatro puntuaciones en subescalas de ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y de mentira.

La ansiedad total consta de 28 reactivos para su evaluación, es decir; es el total de los reactivos de las tres subescalas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración. Es decir, es la escala principal del instrumento.

La primera subescala es la ansiedad fisiológica y consta de 10 reactivos para su evaluación. Ésta se encarga de medir el índice de expresión del adolescente hacia las manifestaciones físicas que se experimentan durante la ansiedad. Esta subescala fue tomada como una de las variables del presente estudio.

La segunda subescala es la inquietud/hipersensibilidad; su evaluación está basada en 11 reactivos. Esta subescala sugiere que la persona es nerviosa, miedosa, o de alguna manera, hipersensible a las presiones ambientales.

La tercera subescala es la de las preocupaciones sociales/concentración y la constituyen siete reactivos para su evaluación. Mediante esta subescala se puede expresar una preocupación acerca de la autocomparación con otras personas o la dificultad en la concentración.

Y la última subescala es la de mentira, con un total de 9 reactivos, los cuales no entran en la suma para medir la ansiedad total. Ésta es propia del instrumento, ya que su evaluación revela el cuadro de una conducta ideal y puede ser indicio de un autoinforme impreciso.

Operacionalización de las variables

El análisis de los datos se basará en los datos contenidos de la Tabla 1.

Tabla 1

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN INSTRUMENTAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Ansiedad fisiológica	Índice de la expresión de manifestaciones físicas (síntomas) que se experimentan durante la ansiedad.	Se determinará el nivel de ansiedad de los adolescentes con los siguientes 37 ítems del cuestionario Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes de Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond, según las sub-escalas siguientes:	
Ansiedad total	Estado de ma-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me cuesta trabajo tomar decisiones 2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero 3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí 4. Todas las personas que conozco me caen bien 5. Muchas veces siento que me falta el aire 6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a) 7. Muchas cosas me dan miedo 8. Siempre soy amable 	

	<p>lestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, ante lo que se percibe como una amenaza.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. Me enojo con mucha facilidad 10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir 11. Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas 12. Siempre me porto bien 13. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a) 14. Me preocupa lo que la gente piense de mí 15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a) 16. siempre soy bueno(a) 17. Muchas veces siento asco o náuseas 18. Soy muy sentimental 19. Me sudan las manos 20. Siempre soy agradable con todos 21. Me canso mucho 22. Me preocupa el futuro 23. Los demás son más felices que yo 24. Siempre digo la verdad 25. Tengo pesadillas 26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo 27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal 28. Nunca me enojo 29. Algunas veces me despierto asustado(a) 30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir 31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares 32. Nunca digo cosas que no debo decir 33. Me muevo mucho en mi asiento 34. Soy muy nervioso(a) 35. Muchas personas están contra mí 36. Nunca digo mentiras 37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase 	<p>Las respuestas se clasifican de la siguiente manera:</p> <p style="padding-left: 40px;">0. No 1. Sí</p> <p>En caso de adolescentes entre los 12 a 16 años de edad se considera:</p> <p>Ansiedad total cuando el niño presenta una puntuación escalar mayor a 60 puntos. Ansiedad fisiológica con puntuación escalar mayor a 10 puntos. Inquietud/hipersensibilidad con un puntaje escalar mayor a 10 puntos Preocupación/concentración, con un puntaje escalar mayor a 10 puntos. Y la subescala mentira con un puntaje escalar mayor a 13 puntos.</p>
--	--	---	---

Género	Conjunto de personas con caracteres físicos comunes: hay género masculino y género femenino.	Esta variable estará determinada por las respuestas que se obtendrán en el siguiente ítem en la parte de datos personales del instrumento: Género _____	Los datos se clasificarán según las siguientes categorías: 0. Femenino 1. Masculino
--------	--	--	---

Recolección de datos

Para la recolección de datos primeramente se solicitó de manera escrita el permiso para aplicar el instrumento a la dirección de las escuelas secundarias Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel de Campo (ver apéndice A).

Una vez obtenida la respuesta de manera escrita de las dos escuelas (apéndice B), se aplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños y Adolescentes de forma colectiva, es decir, grado por grado de ambas escuelas.

El apéndice C contiene una muestra del Instrumento y el apéndice D, los reactivos de evaluación para cada subescala.

Proceso para el análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos y para obtener el valor de los mismos se utilizó la prueba estadística t de Student para muestras independientes, ya que en esta investigación se comparan dos grupos: género femenino y género masculino.

Los datos obtenidos se capturaron y procesaron en el programa estadístico SPSS versión 11.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Como se ha indicado, el propósito de este estudio fue obtener evidencias sobre si existe diferencia en el nivel de ansiedad fisiológica y total según el género, en adolescentes estudiantes de los tres grados de secundaria de las escuelas Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el Instituto Ángel de Campo, en el segundo semestre del ciclo escolar 2009-2010.

El presente capítulo contiene datos descriptivos de la muestra y resultados de análisis estadístico respecto a las variables.

Descripción de la muestra

El total de la muestra fue de $N = 84$ adolescentes. El 49% ($n = 41$) pertenecen al género femenino y el 51% ($n = 42$), al género masculino. Las edades oscilaron entre los 12 y los 16 años, con una media de 14 años. La relación de adolescentes por escuela fue la siguiente: del Instituto Ángel de Campo participaron el 58% ($n = 49$) y del Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano, el 42% ($n = 35$) formando así un total de 84 participantes. La distribución por grados mostró que entre ambas escuelas, el 28% de los adolescentes ($n = 23$) cursan el primer grado, el 43% ($n = 35$) cursan el segundo grado, el 29% ($n = 24$) cursan el tercer grado de secundaria (Ver apéndice E).

Descripción de variables

A continuación se describen cada una de las variables de la presente investigación y las subescalas del instrumento. Cabe mencionar que la subescala de ansiedad fisiológica se tomó como una de las variables de investigación. La tabla 2 presenta la descripción estadística de cada una de las variables y subescalas del instrumento.

Tabla 2

Descripción y valores estadísticos de las variables y subescalas

	Media	Desviación estándar	Rango de evaluación	Valor percentil
Ansiedad Fisiológica	2.9	2.07	0-10	29%
Inquietud/hipersensibilidad	4.3	2.15	0-11	39%
Preocupaciones sociales/concentración	1.8	1.62	0-7	26%
Ansiedad total	8.9	4.76	0-28	32%

Ansiedad Fisiológica: esta subescala del instrumento de evaluación conforma una de las variables de este estudio. Consta de 10 reactivos para su evaluación. Una calificación alta en esta subescala sugiere que el adolescente tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que se experimentan durante la ansiedad. El valor percentil se puede explicar de la siguiente manera: de 0 a 100% de ansiedad fisiológica que pueden presentar los adolescentes de este estudio, solo presentan un 29%.

Ansiedad total: esta escala consta de 28 reactivos para su evaluación; como ya se mencionó, es la escala principal de evaluación del instrumento. Los adolescentes de esta investigación presentaron un 32% de ansiedad total.

A continuación se describen dos de las 4 subescalas que se evaluaron en el instrumento, las cuales, como ya se mencionó, no forman parte de las variables de esta investigación; sin embargo, se elaboró el análisis estadístico

Inquietud/ hipersensibilidad: consta de 11 reactivos para su evaluación. La puntuación alta en esta subescala sugiere que el adolescente internaliza gran parte de la ansiedad experimentada y, por lo tanto, el tratar de liberar esa ansiedad le produce malestar. De 0 a 100% de inquietud/hipersensibilidad, los estudiantes de esta investigación presentan un 39% respecto a la misma.

Preocupaciones sociales/concentración: consta de 7 reactivos para su evaluación. Los adolescentes que obtiene una alta puntuación pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de los individuos significativos en su vida. De 0 a 100% los adolescentes de esta investigación presentan un 26% respecto a esta subescala.

Pruebas de hipótesis

La hipótesis de investigación estudió la diferencia que existe en el nivel de ansiedad fisiológica y total, según el género, en adolescentes estudiantes de secundaria. Se utilizó la prueba estadística t de Student para saber si existía diferencia significativa entre las variables. El nivel de significación estadística fue establecido con una $\alpha = .05$. La Tabla 3 muestra los resultados de las pruebas.

Tabla 3

Descriptivos de variables principales y prueba t de Student

	Masculino		Femenino		Prueba de hipótesis		
	Media	DE	Media	DE	t	df	p
Ansiedad Fisiológica	2.4	1.79	3.4	2.22	2.166	77	.033
Ansiedad Total	7.7	4.32	10.3	4.86	2.488	76	.015

En base a los resultados obtenidos, se rechaza la hipótesis nula 1 y se acepta la hipótesis 1 de investigación, ya que se encontró una diferencia significativa ($t_{(77)}=2.166$, $p=.033$), lo cual indica que existe diferencia significativa en la variable ansiedad fisiológica según el género. Es el género femenino el que presenta mayor ansiedad fisiológica entre los adolescentes participantes.

También se rechaza la hipótesis nula 2 y se acepta la hipótesis 2 de investigación, pues se encontró una diferencia significativa ($t_{(76)}=2.488$, $p=.015$). Esto indica que sí existe diferencia entre la variable ansiedad total según el género entre los adolescentes que participaron en el estudio. Siendo el género femenino el que presenta mayor ansiedad total.

Hallazgos adicionales

El instrumento que se utilizó con el fin de evaluar la ansiedad, contenía cuatro subescalas de evaluación: (1) Inquietud e hipersensibilidad, (2) preocupaciones sociales/concentración, (3) fisiológica (ya considerada anteriormente) y (4) mentira. Tres de estas escalas no se consideran en esta investigación, pero al aplicar el instrumento se obtuvieron los datos; por lo tanto, se realizó el análisis estadístico consi-

derando estas variables y la diferencia de cada una con el género de los participantes. Los resultados se presentan dentro de este estudio como hallazgos adicionales.

Para el análisis de la subescala Inquietud/hipersensibilidad se siguió el mismo procedimiento estadístico que para las variables del estudio, encontrándose una diferencia significativa ($t_{(81)} = 2.496$, $p = .015$) con prevalencia en las mujeres.

De acuerdo al proceso estadístico para la evaluación de la subescala de preocupación social/concentración no existe diferencia significativa ($t_{(80)} = 1.367$, $p = .175$) entre esta variable según el género.

Cabe mencionar que la última subescala es la de mentira, la cual indica que los adolescentes revelan el cuadro de una conducta ideal, que por lo general no es característica de nadie y es propia del instrumento para ver que tan manipulada fue la prueba por parte del adolescente, por lo cual no se efectúa el análisis estadístico.

En el apéndice F se muestra el resultado de estas subescalas.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se presenta la discusión y posteriormente se exponen las conclusiones y recomendaciones del presente estudio de investigación.

Discusión

La revisión de la literatura muestra que durante las primeras décadas del siglo XX surgió un vivo interés por el estudio de los procesos psicológicos y su relación con el género desde una perspectiva social, reconociendo la necesidad de involucrar una perspectiva clínica y patológica de dichos procesos (Mestre, García y Vilar, 1998). Esto respalda científicamente la realización del presente estudio.

Dicha revisión muestra que el género está relacionado con la ansiedad, ya que la OMS y otros autores, como Cooper et. al (2006), Calvete (2005), Burt y Hendrick (2004), Reynolds y Richmond (1997), han realizado varios estudios relacionados con este tema, llegando a la conclusión de que las mujeres llegan a manifestar más ansiedad en reacciones llamadas respuestas internalizantes; y en cambio, los hombres tienden a respuestas externalizantes, como conducta violenta y consumo de drogas, pero también las mujeres suelen buscar más ayuda que los hombres. La propia personalidad de la mujer influenciada por las condiciones culturales en las que se desarrolla, es un factor determinante para caer en un estado de ansiedad; es decir, es más fácil que una

mujer refiera tener un problema más fácilmente que un hombre, ya que por cultura ellos deben de soportar todo sin mostrar debilidad.

Los resultados del estudio realizado concuerdan con los autores citados anteriormente, ya que se encontró una diferencia significativa en el nivel de ansiedad fisiológica y total entre los géneros femenino y masculino, en adolescentes estudiantes de los tres grados de secundaria de las escuelas Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano e Instituto Ángel de Campo en el segundo semestre del ciclo escolar 2009-2010, evidenciando una mayor prevalencia de ansiedad total y fisiológica en el género femenino.

A la adolescencia, se le unen los problemas culturales, y además se involucran los problemas que traen consigo los cambios propios de esta etapa, por ejemplo; los cambios biológicos tanto internos como externos; los cambios psicológicos: el juego entre ser niño y adulto, el formar su propia identidad; los cambios sociales: ser aceptado en su grupo de amigos y al mismo tiempo tener autodeterminación; los cambios cognitivos ya que comienzan a manejar al pensamiento abstracto y a racionalizar los problemas que los rodean y aprender a controlar su sexualidad la cual están aprendiendo a conocer, entre otras. Nicolson y Ayers (2002), Ardila Serrano, (2007), Melgosa (2000), Krauskopf (2007), Araujo (2000).

Conclusiones

Del presente estudio se extraer las siguientes conclusiones:

1. No se encuentra estadísticamente un alto nivel de ansiedad entre los adolescentes de las escuelas Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano y el

Instituto Ángel de Campo en el segundo semestre del ciclo escolar 2009-2010.

2. Se comprueba estadísticamente una diferencia significativa entre el nivel de ansiedad fisiológica y total entre los géneros, siendo las mujeres las que presentan un más alto nivel de ansiedad.

Recomendaciones

Apoyados en los estudios analizados para fines de esta investigación y considerando los resultados obtenidos, y para futuras investigaciones se ofrecen las siguientes recomendaciones:

1. Realizar estudios donde se involucre una mayor población; podría sugerirse un estudio en adolescentes a nivel municipio o estado, incluso a nivel nacional, a través de muestras aleatorias con el propósito de poder generalizar resultados.

2. Como se ha mencionado en el marco metodológico, el instrumento mide otras subescalas; por tal razón se sugiere que se realicen estudios considerando y evaluando todas las subescalas del instrumento.

Para las Escuelas:

1. Implementar en sus programas de orientación la detección oportuna de casos de ansiedad, con el fin de proporcionar apoyo psicológico a los estudiantes en riesgo.

2. Promover la realización de proyectos de intervención para comprobar los efectos que tiene sobre el estudiante el seguimiento de un programa de apoyo psicológico.

3. Impartir temas o hacer foros dónde se toquen temas de salud mental, con el propósito de enseñar a los estudiantes a identificar oportunamente algún síntoma de problemas que pudieran afectarlo emocionalmente y, por consecuencia, en su desempeño académico.

Para los Maestros:

1. Que conozcan sobre las problemáticas emocionales que pueden afectar a los adolescentes para que puedan identificar y canalizar algún caso a un especialista.

2. Que, conociendo que los adolescentes son susceptibles ante ciertos problemas emocionales, no juzguen o etiqueten a sus estudiantes por sus actitudes.

3. Que cada maestro asuma su responsabilidad, no sólo académica sino integral, al tratar a sus estudiantes y se convierta en mentor o consejero.

Para los Padres:

1. Conocer y comprender que la adolescencia es una etapa en el desarrollo de sus hijos; por lo tanto, desarrollar una buena comunicación en el hogar que les permita ser un apoyo positivo para que sus hijos atraviesen con éxito esta etapa.

2. Que en caso de detectar alguna actitud o conducta diferente a lo “normal” en él, busquen ayuda profesional con el fin de darle las herramientas necesarias para salir adelante.

3. Reconocer los esfuerzos y rasgos positivos en sus hijos y hacérselos saber, contribuyendo así a fomentar en ellos una mejor autoestima y, con esto una mayor seguridad personal.

APÉNDICE A

**SOLICITUD PARA APLICACIÓN DE
INSTRUMENTO**

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN
LIC. EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Montemorelos, Nuevo León, México
15 de Junio de 2010

Profesora Ángela Silva Noguérón
Directora General
Presente

Por este medio se le envía un cordial saludo, deseando que las bendiciones de Dios sean con usted.

El motivo de la presente es para solicitar el permiso pertinente para poder aplicar mi instrumento de investigación a los alumnos de los tres grados de nivel secundaria del Centro Educativo Ignacio Manuel Altamirano, institución dirigida por usted. Dicho instrumento se titula "Escala de ansiedad manifiesta en niños-revisada" de los autores Cecil Reynolds y Bert Richmond, que mide la ansiedad en niños y adolescentes.

La finalidad de la aplicación es por motivos de investigación de Tesis de Pregrado para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica de la Universidad de Montemorelos.

Sin más por el momento y agradeciendo su atención, quedo a sus órdenes para cualquier duda.

A t e n t a m e n t e

P. P. Yolanda Yosabet García Olvera

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN
LIC. EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Montemorelos, Nuevo León, México
15 de Junio de 2010

Profesor Juan González Haro
Director General
Presente

Por este medio se le envía un cordial saludo, deseando que las bendiciones de Dios sean con usted.

El motivo de la presente es para solicitar el permiso pertinente para poder aplicar mi instrumento de investigación a los alumnos de los tres grados de nivel secundaria del Instituto Ángel de Campo, institución dirigida por usted. Dicho instrumento se titula "Escala de ansiedad manifiesta en niños-revisada" de los autores Cecil Reynolds y Bert Richmond, que mide la ansiedad en niños y adolescentes.

La finalidad de la aplicación es por motivos de investigación de Tesis de Pregrado para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica de la Universidad de Montemorelos.

Sin más por el momento y agradeciendo su atención, quedo a sus órdenes para cualquier duda.

A t e n t a m e n t e

P. P. Yolanda Yosabet García Olvera

APÉNDICE B

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO



Asociación Civil Filantrópica y Educativa, A. C.

Centro Educativo "Ignacio M. Altamirano"

KINDER
09PJM1825K

PRIMARIA
11 0578

SECUNDARIA
ES4-508

BACHILLEROS
CER/21/IA

PROSPERIDAD No. 91
CALLE ESCANDON
TEL. 5277 6469
5277 6469
FAX. 5271 0059
MEXICO, D.F.

México, D.F., a 17 de junio de 2010

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este medio, se autoriza a YOLANDA YOSABET GARCÍA OLVERA, realizar Instrumento para su tesis, el próximo martes 22 de Junio del presente.

Sin más por el momento, quedo.

Atentamente,

Profra. Ángela Silva Noguérón
Directora General



"EDUCANDO CON LA ESPERANZA DE LA REDENCIÓN"



ESCUELA SECUNDARIA 09PES0678U
ANGEL DE CAMPO
CHIHUAHUA NO. 44
COL. SAN SEBASTIAN TECOLOXTL.
09520 IZTAPALAPA D.F.

México, D. F. a 25 de junio de 2010.


ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE TEST.

A QUIEN CORRESPONDA.

El que suscribe, **Prof. Juan González Haro**, Director de escuela Secundaria 09PES0678U "Ángel de Campo" por medio de la presente autoriza a la **C. Yolanda Yosabet García Olvera** aplicar el Test "Para medir la Ansiedad en los Adolescentes", a los alumnos de 1º, 2º y 3º de secundaria de esta escuela, instrumento que le servirá para presentar la Tesis de la carrera de Psicología Clínica.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente,


Prof. Juan González Haro
Director Técnico

APÉNDICE C

INSTRUMENTO

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Manual Moderno, S.A. de C.V. - Bogotá, Colombia



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F. Carrera 12 A No. 78-0308 Bogotá, DC

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: ____ Sexo (encierre uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: ____

Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra “**Si**” si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra “**No**”. Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques “**Si**” y “**No**” en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate “¿Así soy yo?” Si es así, encierra en un círculo “**Si**”. Si no es así, marca “**No**”.

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escolar
Total:	_____	_____	
I:	_____	_____	
II:	_____	_____	
III:	_____	_____	
M:	_____	_____	

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Traducido y reimpreso con autorización © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S.A. DE C.V.
Av. Sonora num. 206. Col. Hipódromo, 06100 México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

Nota: Este material está impreso en PUNTO Y NEGRO.
No lo acepte si está en un solo color.

MF
47-2

0409

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Sí	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Sí	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Sí	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Sí	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Sí	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Sí	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Sí	No
8. Siempre soy amable	Sí	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Sí	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Sí	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	No
12. Siempre me porto bien	Sí	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Sí	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Sí	No
16. Siempre soy bueno(a)	Sí	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas	Sí	No
18. Soy muy sentimental	Sí	No
19. Me sudan las manos	Sí	No
20. Siempre soy agradable con todos	Sí	No
21. Me canso mucho	Sí	No
22. Me preocupa el futuro	Sí	No
23. Los demás son más felices que yo	Sí	No
24. Siempre digo la verdad	Sí	No
25. Tengo pesadillas	Sí	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Sí	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Sí	No
28. Nunca me enojo	Sí	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	Sí	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Sí	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Sí	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Sí	No
34. Soy muy nervioso(a)	Sí	No
35. Muchas personas están contra mí	Sí	No
36. Nunca digo mentiras	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No

APÉNDICE D

REACTIVOS DE EVALUACIÓN PARA SUBESCLAS

CONTENIDO DE REACTIVOS DE LAS CUATRO SUBESCALAS			
Ansiedad fisiológica 10 reactivos	Inquietud/hipersensibilidad 11 reactivos	Preocupaciones sociales/concentración 7 reactivos	Mentira 9 reactivos
1. Me cuesta trabajo tomar decisiones.	2. Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen como quiero.	3. Parece que las cosas son más fáciles para otros que para mí	4. Todas las personas que conozco me caen bien
5. Muchas veces siento que me falta el aire.	6. Casi todo el tiempo estoy preocupado.	11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	8. Siempre soy amable
9. Me enojo con mucha facilidad	7. Muchas cosas me dan miedo.	15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	12. Siempre me porto bien
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a).	10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.	23. Los demás son más felices que yo	16. Siempre soy bueno(a)
17. Muchas veces siento asco o náuseas.	14. Me preocupa lo que la gente piense de mí.	27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	20. Siempre soy agradable con todos
19. Me sudan las manos.	18. Soy muy sentimental	31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	24. Siempre digo la verdad
21. Me canso mucho.	22. Me preocupa el futuro	35. Muchas personas están contra mí	28. Nunca me enojo
25. Tengo pesadillas.	26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo.		32. Nunca digo cosas que no debo decir
29. Algunas veces me despierto asustado.	30. Me siento preocupado cuando me voy a dormir		36. Nunca digo mentiras
33. Me muevo mucho en mi asiento.	34. Soy muy nervioso(a)		
	37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase		

APÉNDICE E

**DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA DE
LA MUESTRA**

SEXO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Femenino	41	48.8	49.4	49.4
	1 Masculino	42	50.0	50.6	100.0
	Total	83	98.8	100.0	
Missing	System	1	1.2		
Total		84	100.0		

GRADO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 1o de Secundaria	23	27.4	28.0	28.0
	2 2o de Secundaria	35	41.7	42.7	70.7
	3 3o de Secundaria	24	28.6	29.3	100.0
	Total	82	97.6	100.0	
Missing	System	2	2.4		
Total		84	100.0		

ESCUELA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Angel del Campo	49	58.3	58.3	58.3
	2 CEIMA	35	41.7	41.7	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

ESCUELA * GRADO Crosstabulation

Count

		GRADO			Total
		1 1o de Secundaria	2 2o de Secundaria	3 3o de Secundaria	
ESCUELA	1 Angel del Campo	17	15	15	47
	2 CEIMA	6	20	9	35
Total		23	35	24	82

APÉNDICE F

**RESULTADOS ESTADÍSTICOS
DE SUBESCALAS**

Group Statistics

	SEXO Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ANSFIS Ansiedad Fisiológica	0 Femenino	38	3.39	2.224	.361
	1 Masculino	41	2.41	1.789	.279
INQHIP Inquietud / Hipersensibilidad	0 Femenino	41	4.88	1.873	.293
	1 Masculino	42	3.74	2.264	.349
PRESOC Preocupaciones Sociales	0 Femenino	41	2.07	1.752	.274
	1 Masculino	41	1.59	1.466	.229
MENTIRA Mentira	0 Femenino	40	4.18	2.697	.427
	1 Masculino	40	3.83	2.275	.360
ANSTOT Ansiedad Total	0 Femenino	38	10.29	4.865	.789
	1 Masculino	40	7.70	4.322	.683

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
ANSFIS Ansiedad Fisiológica	Equal variances assumed	2.774	.100	2.166	77	.033	.98	.453
	Equal variances not assumed			2.148	71.033	.035	.98	.456
INQHIP Inquietud / Hipersensibilidad	Equal variances assumed	1.696	.197	2.496	81	.015	1.14	.457
	Equal variances not assumed			2.502	78.902	.014	1.14	.456
PRESOC Preocupaciones Sociales	Equal variances assumed	1.539	.218	1.367	80	.175	.49	.357
	Equal variances not assumed			1.367	77.585	.175	.49	.357
MENTIRA Mentira	Equal variances assumed	4.111	.046	.627	78	.532	.35	.558
	Equal variances not assumed			.627	75.837	.532	.35	.558
ANSTOT Ansiedad Total	Equal variances assumed	.764	.385	2.488	76	.015	2.59	1.041
	Equal variances not assumed			2.480	73.877	.015	2.59	1.044

LISTA DE REFERENCIAS

- Alarcón, R., Mazzotti, G. y Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría* (2 ed.). México: Manual Moderno.
- Alda Díez, J. A. y Gabaldon Fraile, S. (2006). *Urgencias psiquiátricas en el niño y adolescente*. Barcelona: Masson
- Araujo, A. M. (2000). *Adolescencia* (2ª ed.). Bogotá: Universidad de la Sabana.
- Ardila Serrano, L. M. (2007). *Adolescencia, desarrollo personal: guía y talleres para padres y docentes* (2ª ed.). Bogotá: Ecoe
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Barrero, A. (2002). *Estrés y ansiedad*. Madrid: Paidós.
- Beck, A., Emery, G., y Grenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Burns, D. D. (2006). *Adios: ansiedad: como superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*. Barcelona: Paidós.
- Burt, V. K., Hendrick, V. C. (2004). *Tratado de psiquiatría clínica* (4 ed.). Barcelona: Masson.
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 203-214.
- Cardoso Moreno, M., Ramos Fuentes, M., Torres Asensio, M., Fernández Sánchez, N., Rodríguez Santos, L. y Peñas, L. (2006). Nivel de ansiedad y recuperación postoperatoria. *Interpsiquiatría*, 55(13).
- Carrasco Ortiz, M., Rodríguez Testal, J. F. y Hesse, B. (2005). Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato. *Chile Abuse & Neglect*, 25 (6), 819-838.

- Carroll, H. (1972). *Higiene mental. Dinámica del ajuste psíquico*. Nueva York: Continental.
- Colell Brunet, R., Limonero García, J. y Otero, M.D. (2003). *Investigación en Salud. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y enfermedad terminal. V (02)*. Recuperado de internet el 13 de mayo de 2009 de <http://www.redalyc.uamex.mx>
- Cooper, F., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H. y Parkinson, M. (2006). Effective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affect Disorders*, 93(1), 205-212.
- Echeburúa, E. (1994). Ansiedad normal, ansiedad patológica. *Salud* 111 (42) recuperado el 17 de abril de 2009 de <http://www.redalyc.uaemex.mx>
- Elliot, C. H., Smith, L. L. (2004). *Ansiedad para Dummies*. Bogotá: Norma.
- Ferguson, K. y Dacey, C. (1997). Anxiety, depression, and dissociation in women health care providers reporting a history of childhood psychological abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21(10), 311-316.
- Fernández Castillo, A., Madrid Medina, A. (2009). Absentismo escolar, ansiedad y adaptación en adolescentes: estudio preliminar. *Ansiedad y estrés*, 15 (2-3). 181-192.
- Galindo Balanza, s., Moreno Morales, I. y Guerrero Muñoz, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20 (2).
- Garaigordobil, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills and personality traits: A study with adolescents from 14 to 17 years. *Spanish Journal of Psychology*, 9(2), 182-192.
- Grajales, T. (2000). *Memorias*. México: Universidad de Montemorelos.
- Halgin, R. y Krauss, S. (2004). *Psicología de la anormalidad, perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos* (4ª ed.). México: MC Graw Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: MC Graw Hill.
- Herrán, A. (2007). *Las fases tempranas de la ansiedad*. Barcelona: Masson.
- Krauskopf, D. (2007). *Adolescencia y educación* (2 ed.). San Jose, Costa Rica: UNED.

- Kyriacou, C. (1987). Teacher stress: prevalence, sources and symptoms. *British Journal of Educational Psychology*, 118 (4), 159-167.
- Latorre, J. M., Montañés, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y estrés*, 10 (1). 111-125.
- Lazarus, R. S. (1976). *Discussion Psychopathology of human adaptation*. Nueva York: Plenum.
- Mardomingo, M. J. (2007). *Psiquiatría del niño y el adolescente: método, fundamentos y síndrome*. España: Masson.
- Melgosa, J. (2000). *Para padres y adolescentes* (1ª ed.). Madrid, España: Safeliz.
- Mestre, E., García, S., Vilar, M. (1998). *La psicología actual desde la perspectiva del género: un análisis de la literatura publicada a través del Psychological*. Recuperado el 4 de julio 2010 de <http://www.redalyc.uaemex.mx>
- Moreno Bayardo, M.G. (1987). *Introducción a la metodología de la investigación educativa*. México: Progreso
- Molina Hernández, M., Téllez Alcántara, N.P., Manzo Danes, J. y Carrillo Castilla, P. (2005). El estudio experimental de la ansiedad. *Ciencia y el hombre*, XVIII (2).
- Nicolson, D., Ayers, H. (2002). *Problemas de la adolescencia: guía práctica para el profesorado y la familia*. España: Narcea.
- Ortiz Uribe, F. G. (2004). *Diccionario de metodología de la investigación científica*. México: Limusa
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Género y salud mental de las mujeres*. Recuperado el 24 de junio de 2008 de <http://www.un.org.mx>
- Quintero Cruz, M. (2007). Ansiedad y funcionalidad familiar en adolescentes de una preparatoria privada de Cd Obregon, Sonora. Recuperado el 23 de julio de 2010 de <http://www.salud.gob.mx>
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en niños: revisada*. México: Manual Moderno.
- Saavedra, M. S. (2004). *Como entender a los adolescentes para educarlos mejor* (1ª ed.). México: Pax
- Saucedo Martínez, D., Mendieta Cabrera, D., Vásquez García, A. y Salinas Martínez, R. (2005). Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo

doloroso en mujeres de 60 años de edad. *Medicina Universitaria*, 7(28), 123-126.

Taylor, S., Thordarson, D., Jang, K. y Asmundson, G. (2006). Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World Psychiatry*, 4(1), 47-50.

Virues Elizondo, R. A. (2005) Estudio sobre ansiedad. *Psicología Científica*, 69 (1). Recuperado el 25 mayo de 2005, de <http://www.psicologiacientifica.com>.

Wiener, J. M., Dulcan, M. K. (2006). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. American Psychiatric Publishing. Barcelona: Masson.

Zubeidat, I., Salinas, J. M., Sierra, J. C. (2009). Implicación de competencias psicosociales, problemas de conducta y variables de personalidad en la predicción de la ansiedad social ante la interacción social en adolescentes: diferencias de sexo y edad. *Ansiedad y estrés*, 15 (2-3). 231-247.

Zubeidat, Ihab., Fernández, A., Sierra, Juan C. (2007). *Psicothema*, 19 (4). 654-660.