

VoBo
De Hacia
Boris



[Handwritten signature]
2011/2020

[Handwritten signature]



[Large handwritten signature]



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“GRADOS DE ANSIEDAD EN RELACIÓN A
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO”**

EN MUJERES QUE ASISTEN A LA ASOCIACIÓN GUATEMALTECA POR EL AUTISMO.

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL
HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIA PSICOLÓGICAS**

POR

**MIGUEL ANGEL LAZO MASAYA
ALEJANDRA LIZETH GARCÍA MAZARIEGOS**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGOS (AS)**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADOS (AS)

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2020

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal

Secretaria

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

Representantes de los Profesores

Astrid Theilheimer Madariaga

Lesly Danneth García Morales

Representantes Estudiantiles

Licenciada Lidey Agaly Portillo Portillo

Representante de Egresados



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg. 111-2020
CODIPs.2532-2020

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

06 de noviembre de 2020

Estudiantes

Alejandra Lizeth García Mazariegos
Miguel Angel Lazo Masaya
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto CUADRÁGESIMO TERCERO (43º) del Acta SESENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL VEINTE (64-2020), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 30 de octubre de 2020, que copiado literalmente dice:

“**CUADRAGÉSIMO TERCERO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “**GRADOS DE ANSIEDAD EN RELACIÓN A ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES QUE ASISTEN A LA ASOCIACIÓN GUATEMALTECA POR EL AUTISMO**”, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Alejandra Lizeth García Mazariegos
Miguel Angel Lazo Masaya

CARNÉ: 2935 27857 0101
CARNÉ: 2161 28749 0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Estuardo Bauer Luna y revisado por la Licenciada Rosario Elizabeth Pineda de García. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA



/Gabby

Guatemala, 28 de octubre de 2020

Señores

Miembros del Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes, **ALEJANDRA LIZETH GARCÍA MAZARIEGOS, CARNÉ NO. 2935-27857-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2013-16026 y Expediente de Graduación No. L-160-2019-C-EPS / MIGUEL ANGEL LAZO MASAYA, CARNÉ NO. 2161-28749-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2011-22741 y Expediente de Graduación No. L-188-2019-C-EPS, han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:**

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional
- 10 créditos académicos por trabajo de graduación
- 15 créditos académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-

Por lo antes expuesto, en base al Artículo 53 del **Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"GRADOS DE ANSIEDAD EN RELACIÓN A ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES QUE ASISTEN A LA ASOCIACIÓN GUATEMALTECA POR EL AUTISMO."**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 09 de OCTUBRE del año 2020.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Lucia, G.

CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación

DEDICATORIAS

A mi mami, porque sin importar lo difícil de la situación, has logrado ayudarme y motivarme, mostrándome el camino correcto, no solo con palabras, sino con tu ejemplo, y así lograr ser una persona de bien, que es capaz de realizar todo con honestidad y humildad.

A mi papi, porque desde el principio me has dado tu cariño y apoyo, me has mostrado un adecuado ejemplo de ser como persona, como pareja y como padre.

A mi mama porque, aunque a veces no recordés mi nombre, sé que nunca has olvidado el buscar la manera de consentirme y hacerme sentir querido y protegido en tus brazos. Y me enseñaste, que no importa lo complicado del camino, siempre es posible caminar hacia adelante.

A ti, porque con tu cariño, dedicación, apoyo, sinceridad y paciencia, me has dado la fuerza necesaria para lograr superar una etapa más en mi vida. Y me complace y enorgullece tanto el poder decir que todas las adversidades puestas a lo largo de esta etapa, las superé contigo a mi lado.

A mis hermanos, porque sé que siempre estaba uno en la casa que me abriera las puertas y de una u otra manera recibir el apoyo que necesitaba.

POR MIGUEL ANGEL LAZO MASAYA

DEDICATORIAS

A mi papá y mi mamá por todo su apoyo, por preocuparse por mi seguridad, salud y bienestar, enseñarme valores, y por haberme brindado todo lo que he necesitado a lo largo de este camino.

A mi hermana que siempre has estado para mí, y me has apoyado desde el primer momento en que supe que la psicología era mi pasión y vocación, por ser la mejor hermana mayor.

A mis abuelas que siempre me han apoyado, se han preocupado por mi bienestar y me han dado su enorme y cálido cariño.

A ti, que has estado a mi lado desde el primer momento, me has apoyado incondicionalmente hasta en mis ideas más descabelladas, por tu paciencia admirable en cada una de mis facetas, por motivarme a ser mejor, creer en mí y ser mi compañero en este maravilloso camino que hemos creado juntos. Y por haber traído a mi vida al ser que me enseñó a amar, Daiki.

Al docente que me inspiró, Mario Colli por haberme devuelto la confianza que había perdido en mí misma, por inspirarme a ser más grande, por motivarme a nunca dejar de aprender, y por haber confiado en mis habilidades, dejando una gran huella en mi aprendizaje.

A mi supervisora de prácticas, Karla Emy por ser una excelente guía en mi aprendizaje práctico, y principalmente, por la empatía y calidez humana que, gracias a usted, el día de hoy conozco y valoro.

POR ALEJANDRA LIZETH GARCÍA MAZARIEGOS

AGRADECEMOS A

TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Orgullosamente nuestra Alma Máter.

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por ser nuestra segunda casa.

DOCENTES DE LA ESCUELA

Zoila Núñez, José Chocón, Carlos Salazar, Mario Colli y Karla Emy Vela, por ser los mejores docentes y haber dejado una huella de conocimiento e inspiración con su enorme y valiosa contribución en nuestra formación como profesionales.

REVISORA DE TESIS

Licenciada Rosario Pineda por su valioso apoyo durante todo el proceso de revisión de nuestro trabajo de investigación.

PERSONAS QUE LABORAN EN LA ESCUELA

Por todas esas personas que nos apoyaron en todo el camino, y por su excelente trabajo.

ASOCIACIÓN GUATEMALTECA POR EL AUTISMO

Por abrirnos las puertas de su institución, especialmente a la directora Kareen Gudiel por su apoyo, gran apertura y permitirnos lograr esta investigación.

Índice

Resumen.....	XVI
Prólogo.....	XVII
Capítulo I	
1. Planteamiento del problema y marco teórico.....	1
1.01. Planteamiento del problema.....	1
1.02. Objetivos.....	5
1.02.01. Objetivo general.....	5
1.02.02. Objetivos específicos.....	5
1.03. Marco teórico.....	6
1.03.01. La ansiedad.....	6
1.03.01.01. Etiopatogenia de la ansiedad.....	10
1.03.01.02. Grados de ansiedad.....	14
1.03.01.03. Teorías explicativas de la ansiedad.....	16
1.03.01.04. Afrontamiento a la ansiedad.....	17
1.03.02. Estrategias de afrontamiento.....	19
1.03.02.01. Teorías explicativas de las estrategias de afrontamiento.....	24
1.03.02.02. Modelo conductual.....	25
1.03.02.03. Modelo cognitivo.....	26
1.03.02.04. Modelo cognitivo-conductual.....	27
1.04. Consentimiento informado.....	28

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos.....	32
2.01. Enfoque y modelo de investigación.....	32
2.01.01. Enfoque cuantitativo.....	32
2.01.02. Diseño en el enfoque cuantitativo.....	33
2.02. Técnicas.....	34
2.02.01. Técnicas de muestreo.....	34
2.02.01.01. Muestreo no probabilístico.....	34
2.02.02. Técnicas de recolección de datos.....	36
2.02.02.01. Inventario.....	36
2.02.02.02. Escala tipo Likert.....	37
2.02.03. Técnicas de análisis de datos.....	38
2.02.03.01. Prueba estadística no paramétrica.....	38
2.03. Instrumentos.....	39
2.03.01. Inventario de Ansiedad de Burns (IAB).....	39
2.03.02. Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M)	40
2.04. Operacionalización de objetivos, categorías/variables.....	42

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de resultados	48
3.01. Características del lugar y de la muestra.....	48
3.01.01. Características del lugar.....	48
3.01.02. Características de la muestra.....	49
3.02. Presentación e interpretación de resultados.....	50
3.03. Análisis general.....	76

Capítulo IV

4. Conclusión y recomendaciones80

4.01. Conclusiones.....80

4.02. Recomendaciones.....81

4.03. Referencias.....82

Anexos

Anexo 1 - Consentimiento informado86

Anexo 2 - Consentimiento informado – adaptación a formulario de Google.....90

Anexo 3 - Inventario de Ansiedad de Burns (IAB)94

Anexo 4 - Inventario de Ansiedad de Burns (IAB) – adaptación a formulario de
Google.....96

Anexo 5 - Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M)101

Anexo 6 - Escala de Estrategias de Coping , Modificada (EEC-M) – adaptación a
formulario de Google104

Resumen

Título del proyecto: “Grados de ansiedad en relación a estrategias de afrontamiento”

En mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo.

Nombre de los autores: Miguel Angel Lazo Masaya **Carné:** 201122741

Alejandra Lizeth García Mazariegos 201316026

La investigación tuvo como objetivo general establecer la relación entre el grado de ansiedad y el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada por mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo. Para cumplir dicho objetivo, los investigadores clasificaron los grados de ansiedad que presentan, identificaron las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres que presentan ansiedad y, por último, establecieron el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada predominante en las mismas mujeres participantes. Esto se llevó a cabo durante el mes de septiembre del año 2020 de forma virtual evaluaron la ansiedad que presentan las 40 mujeres participantes

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo con diseño correlacional debido a que se buscó cuantificar las relaciones entre las dos variables ya mencionadas, sustentando el estudio con la teoría cognitivo-conductual. Se trabajó con la técnica de muestreo no probabilístico, se utilizó un inventario que mide la ansiedad en grados y una escala estandarizada. Los resultados se analizaron con estadística no paramétrica. Se tomó en cuenta las consideraciones éticas pertinentes y se registró un consentimiento informado. Los principales hallazgos se ven reflejados en que se encontró que las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres con las que se trabajó presentan una relación directa con el grado de ansiedad que manifiestan, sean estrategias eficaces o no eficaces, dicha relación depende del uso frecuente, excesivo o nulo que empleen para afrontar conflictos o problemáticas que se les presenten.

Prólogo

Al hablar sobre ansiedad se resalta la definición de una problemática que a nivel mundial genera consecuencias físicas y psicológicas en donde, según datos estadísticos de la OMS (2013), la principal población vulnerable es la femenina. Entre las consecuencias con mayor índice se encuentra la incapacidad para afrontar de manera adecuada dicha problemática, lo cual se ve reflejado en la presencia de grados altos de ansiedad.

La idea de llevar a cabo la investigación titulada: “Grados de ansiedad en relación a estrategias de afrontamiento” en mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo, nació a lo largo del año 2019 durante el proceso del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) realizado por los autores de esta, Lizeth y Miguel. A lo largo de este año, ambos tuvieron la cercanía con la población que asistía a la institución en la que realizaron el EPS, la cual consistía en una clínica de atención médica y psicológica para niños, niñas y adolescentes quienes, para poder ser atendidos, se presentaban con el acompañamiento de un padre, madre o tutor mayor de edad.

Al transcurrir el año, ambos observaron que quién en su mayoría acompañaba a los y las menores, solía ser la madre, debido a distintos factores contextuales y socioculturales que albergaban a la familia. Por tal motivo, la atención brindada por ambos fue dirigida o enfocada mayormente a las madres de familia. Al profundizar en el trabajo que realizaron con ellas, observaron que manifestaban signos o conductas como nerviosismo, preocupación excesiva, intranquilidad, fatiga, estado de ánimo bajo, entre otros, los cuales podrían dar indicios de la existencia de ansiedad en ellas. Sin embargo, la intensidad con la que mostraban los signos variaba de una mujer a otra.

Las formas distintas con la que cada una de las mujeres con las que se trabajó afrontaban las situaciones percibidas como amenazantes o peligrosas, y la manifestación de signos de ansiedad que cada una presentó, originó la interrogante sobre la existencia de una relación respecto a ambas, más en concreto, entre las estrategias que estas mujeres utilizaban día con día para afrontar las diferentes situaciones adversas, con el grado de ansiedad que podían o no presentar.

Es así, como los investigadores para cumplir los objetivos de la investigación, evaluaron y clasificaron por medio del Inventario de Ansiedad de Burns el grado de ansiedad que cada una de las participantes de la investigación presentó, dichos grados de ansiedad consistieron en mínimo, límite, leve, moderado grave y extremo. Y por medio de la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M), identificaron cada una de las 12 estrategias de afrontamiento y establecieron el tipo de estrategia de afrontamiento más utilizada por las mujeres participantes. Dichas estrategias utilizadas consistieron en las estrategias de afrontamiento eficaces (religión, solución de problemas, reevaluación positiva, apoyo social, expresión de la dificultad de afrontamiento, apoyo profesional y autonomía) y las no eficaces (la espera, evitación emocional, evitación cognitiva, reacción agresiva y negación).

La investigación finalizó con resolver la interrogante inicial, buscar la relación existente entre cada estrategia de afrontamiento y el grado de ansiedad presentado por el grupo de mujeres participantes. Dando a conocer con los resultados, la importancia en la profundización de un tema no abordado en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, como lo es el de las estrategias de afrontamiento en el manejo de la ansiedad.

Miguel Lazo y Lizeth García M.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01. Planteamiento del problema

La ansiedad es un problema social que afecta a todos los países independientemente del nivel de desarrollo económico o democrático. Según la OMS (2016) la prevalencia de la ansiedad está en aumento en todo el mundo, entre el año 1990 y el 2013, el número de personas que presentan ansiedad se ha elevado a un 50%, de 416 millones a 615 millones.

Aproximadamente un 10% de la población mundial está afectada, y precisamente son los trastornos mentales los que representan el 30% de las enfermedades de tipo no mortal. Actualmente a nivel mundial, las inversiones en los servicios de salud mental aún son muy por debajo de lo que realmente es necesario.

Según una encuesta de la OMS (2016) realizada para el Atlas de Salud Mental, los gobiernos gastan en promedio un 3% del presupuesto disponible para la salubridad en salud mental que necesita la población, esta cifra va aproximadamente entre menos del 1% en los países con bajos ingresos y el 5% en los de altos ingresos. Esto es alarmante, porque esto indica que las necesidades de la población respecto a la salud mental no están siendo cubiertas a su totalidad en ningún país. Y con esto, los sistemas de salud aún no han pronunciado respuesta alguna respecto a la carga de trastornos mentales, como consecuencia a ello, la discrepancia entre la necesidad de tratamiento y la asistencia a la población es grande en todo el mundo.

En países con bajos y medios ingresos, según el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS (2013) entre el 76% y el 85% de las personas que presentan trastornos mentales graves no reciben ningún tipo de atención o tratamiento. En países de altos ingresos la cifra también es alta, ya que va del 33% al 50% de la población que no reciben atención de salud

mental. La prevalencia de los trastornos de ansiedad, presentan que en el 2015 un 3.6% de la población mundial presentó trastornos de ansiedad. Haciendo la distinción que la ansiedad es mucho más común en la población femenina con un 4.6% que en la masculina con un 2.6%., y en la región de América se hace la apreciación que la población femenina con trastornos de ansiedad llega hasta el 7.7% y la población masculina llega al 3.6%.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada por la Universidad de San Carlos de Guatemala (2009), la prevalencia de trastornos mentales en la población guatemalteca es de 27.8%. Las personas de 21 a 50 años son el grupo etario que reporta haber padecido más trastornos de salud mental, siendo los trastornos de ansiedad los más frecuentes. Se identificó que el sexo femenino de la población entrevistada fue el más afectado con el 62.1%. En el área urbana son más frecuentes los trastornos de salud mental con un 4.7%, que en el área rural con un 2.6%.

La ansiedad, como la describe Miguel-Tobal (1990) es una reacción emocional de intranquilidad que incomoda a la persona, la cual se divide en tres grupos diferentes de respuestas, los aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales, donde la persona trata de buscar una solución a la amenaza. De esto nace la necesidad de las personas por construir estrategias lo más adaptativas y funcionales posibles. En este punto, las estrategias de afrontamiento toman un papel sumamente importante ante la ansiedad, las cuales según los autores Lazarus y Folkman (1991) son energías cognitivas y conductuales que cumplen la función de controlar demandas concretas que surgen de forma externa o interna a la persona.

Para lograr integrar en una misma teoría ambas variables, la investigación estuvo sustentada por la teoría psicológica cognitivo-conductual, que según Hernández y Sánchez (2007) es un modelo que combina los factores cognitivos y conductuales de la persona.

Las personas que padecen ansiedad se ven fuertemente afectadas en su vida social, laboral y familiar, y como ya se evidenció en las estadísticas, la población a nivel mundial con mayor riesgo de verse afectada por este trastorno es la población femenina. A raíz de esto, según la OMS (2013) surgió un creciente interés en el campo de estudio de la ansiedad en el análisis de los modos en que las mujeres afrontan dicha problemática. El incremento en este interés se focaliza en los modos propios en que las mujeres establecen estrategias para afrontar las repercusiones que trae la ansiedad y que podrían resultar favorecedoras en la disminución de esta, o al menos, a sobrellevarla, lo cual indicaría una probable relación entre ambas variables.

La mayor motivación para esta investigación surgió por el trabajo con la población atendida en el Ejercicio Profesional Supervisado realizado por los investigadores. Durante el cual, lograron observar que las mujeres que se presentan para atención psicológica, manifiestan algunos signos o conductas como nerviosismo, preocupación excesiva, intranquilidad, fatiga, estado de ánimo bajo, entre otros, los cuales podrían dar indicios de la existencia de ansiedad en ellas, sin embargo, la intensidad con la que mostraban los signos variaban de una mujer a otra, y debido a esto, se originó la interrogante sobre la existencia de una relación respecto al tipo de estrategias utilizadas para afrontar las diferentes situaciones de amenaza que se puedan presentar.

La investigación se enfocó en responder las siguientes incógnitas: ¿qué grados de ansiedad presentan las mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo?, ¿qué grado de ansiedad predomina en las mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo?, ¿qué estrategias de afrontamiento utilizan las mujeres asistentes a la Asociación Guatemalteca por el Autismo?, y ¿qué tipo de estrategia de afrontamiento utilizada predomina en las mujeres asistentes a la Asociación Guatemalteca por el Autismo?

De acuerdo con la situación actual del país respecto a la pandemia ocasionada por covid-19, se tomó en cuenta las disposiciones sobre el distanciamiento social y la prohibición de reuniones establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Los investigadores realizaron adaptaciones para llevar a cabo el trabajo de campo de la investigación, optaron por medios de comunicación virtual, para resguardar la salud de los investigadores y a las personas que accedieron a formar parte de la investigación.

Las adaptaciones que los investigadores realizaron se enfocaron en la transcripción de ambos instrumentos utilizados y el consentimiento informado a formularios de Google, para que las mujeres que deseaban participar de forma voluntaria lograran acceder y realizar los instrumentos de forma virtual para cumplir con las restricciones previamente mencionadas.

1.02. Objetivos

1.02.01. Objetivo general

Establecer la relación entre el grado de ansiedad y el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada por mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo durante el año 2020.

1.02.02. Objetivos específicos

- Evaluar la ansiedad que presentan las mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo.
- Clasificar los grados de ansiedad que presentan las mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres asistentes a la Asociación Guatemalteca por el Autismo.
- Establecer el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada que predomina en las mujeres asistentes a la Asociación Guatemalteca por el Autismo.

1.03. Marco teórico

En los últimos años, la psicología ha dirigido sus esfuerzos hacia el estudio de la ansiedad, no sólo por el alto índice de prevalencia en la población, sino también con el objetivo de señalar los factores predisponentes y determinar el inicio o mantenimiento de esta, debido a que es uno de los cuadros clínicos con mayor incidencia en los últimos años a nivel mundial. Respecto a este tema, la psicología se ha centrado específicamente en el análisis de factores como la edad, las influencias psicosociales, el procesamiento cognitivo y las características individuales de la personalidad que influyen en la presencia de ansiedad en las personas y las estrategias de afrontamiento que estas mismas utilizan para sobrellevar o resolver la situación que perciben como amenazante o peligrosa.

La ansiedad y las estrategias de afrontamiento son temas que han sido estudiados de manera independiente uno del otro, sin embargo, ha sido poco abordada la existencia de una relación entre el grado de ansiedad y el tipo de estrategia de afrontamiento utilizado por las personas. Además, a la ansiedad la clasifican por niveles, y en esta investigación en particular, se abordará la ansiedad dividiéndola en grados utilizando la clasificación de Burns y el Inventario de Ansiedad del mismo autor.

1.03.01. La ansiedad

Desde las primeras décadas del siglo XX, existe un interés por la ansiedad como respuesta emocional en la literatura psicológica, ya que ha ayudado a la investigación básica en el ámbito de las emociones. Estas investigaciones se han desarrollado a lo largo de la historia, encontrándose con dos problemas fundamentales: la ambigüedad conceptual del constructo de ansiedad y las dificultades metodológicas al ser abordada, mismos que, dieron lugar a que las

distintas corrientes psicológicas como la psicodinámica, la existencial, la conductista y, las más recientes, cognitiva y cognitivo-conductual, se ocuparan del abordaje de la ansiedad.

La evolución histórica de la ansiedad se remonta durante las décadas de los años cincuenta y sesenta, cuando la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno de la esquizofrenia. La filosofía existencial comenzó a abordar la ansiedad considerándola como una reacción de naturaleza humana que apunta hacia estímulos que son dañinos, y esta se activa como respuesta cuando el sistema de valores que da sentido a la vida del ser humano se ve amenazado de muerte. Seguido a esto, diversos autores dieron continuación al aporte de diversas formas en que comenzaron a definir a la ansiedad como concepto, iniciando con Wolpe (1958) en la década de los años cincuenta, describió la ansiedad como "lo que impregna todo" (Citado en Sierra et al., 2003, pág. 19), viéndose afectada por diversos factores ambientales externos a la persona, provocándole un estado de ansiedad constante y aparentemente injustificado.

En los sesenta, la ansiedad fue introducida en la psicopatología por Sigmund Freud (1964) definiéndola desde una perspectiva psicoanalítica, como un estado afectivo que genera molestias e incomodidad, que se caracteriza por una combinación de sentimientos y pensamientos fastidiosos e irritantes para la persona. En la misma década Lang (1968) propuso la teoría tridimensional respecto a la forma de manifestación de la ansiedad, según la cual indica que es a través de reacciones agrupadas en un triple sistema de respuesta que son la cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o la comportamental, las cuales pueden ser discordantes, porque están reguladas por distintas normas que dan lugar a modelos de respuestas divergentes (Citado en Sierra et al., 2003, pág. 27).

A finales de esta misma década, Franks (1969) concibió a la ansiedad como un conjunto de manifestaciones caracterizadas por sensaciones de carácter ansioso como tensión,

pensamientos ansiógenos y activación fisiológica (Citado en Sierra et al., 2003, pág. 19). Estas manifestaciones aparecen como respuesta a estímulos internos, que son los cognitivos o somáticos, y externos que son los que se encuentran en el ambiente.

En los años ochenta se comenzó a describir las características de la ansiedad. Lewis (1980) señala que, en primer lugar, la ansiedad constituye un estado emocional experimentado como miedo o tensión; en segundo lugar, es una emoción desagradable, como el sentimiento de muerte o sensación de estar al límite; en tercer lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional resulta desproporcionado a ésta; en quinto lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, etc.; en último lugar, se informa de la manifestación de trastornos corporales que bien pertenecen a funciones controladas voluntariamente de huida, defecación, etc., o bien obedecen a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias como vómitos, temblor y sequedad de boca.

A partir de los años noventa, según Valdés y Flores (1990), se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o de manera recíproca a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando la persona no logra una adaptación exitosa al medio que lo rodea. Siendo esta concepción la más cercana a la que más tarde la corriente psicológica cognitivo-conductual abordaría, tomando en cuenta los factores psicósomáticos y la adaptación al medio que lo rodea.

La ansiedad es un estado de malestar con manifestaciones psicológicas y físicas, caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad, incomodidad, miedo o preocupación ante lo que la persona vivencia como una amenaza inminente y de causa

indefinida. La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que la persona se siente amenazada por un peligro propio o del ambiente.

Según Virues (2005) a través del tiempo, distintos autores han manejado definiciones importantes del concepto de ansiedad, cabe mencionar algunas de las más sobresalientes:

- Lazarus (1976) describe la ansiedad como una manifestación que surge en todas las personas, que siendo bajo situaciones cotidianas, esta incrementa el funcionamiento y el ajuste al ambiente social, laboral y académico de la persona. Cumple la función de activar a la persona en circunstancias de peligro, para ejercer presión y que la persona realice las acciones necesarias para evadir la amenaza o afrontarla de manera adecuada.
- Beck (1985) define la ansiedad como lo que la persona percibe de forma errónea o equivocada, basándose en indicios incorrectos o inexistentes.
- Kiriadou y Sutcliffe (1978) se refieren a la ansiedad como una acción que conduce a manifestaciones negativas, haciendo énfasis a reacciones fisiológicas como cambios hormonales, incremento en el pulso y la respiración, etc.
- Lang (2002) define a la ansiedad como una respuesta emocional que manifiestan las personas frente a circunstancias que interpretan como peligrosas o amenazantes.

En síntesis, la ansiedad hace referencia a un conjunto de sensaciones de intranquilidad e inquietud que incomoda a la persona, están caracterizadas por la anticipación de una amenaza, la manifestación de síntomas cognitivos y la sensación de desastre o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, exponiendo una respuesta de sobresalto, donde la persona trata de buscar una solución a la amenaza.

1.03.01.01. Etiopatogenia de la ansiedad. Cuando se habla de ansiedad resulta importante tomar en cuenta la existencia de una serie de estresores externos que intervienen en esta. En el pasado solía considerarse que estaba relacionada exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente, se reconoce que su origen es multifactorial, y es la combinación de estos factores, lo que más cercanamente se encuentra en su etiopatogenia, los cuales se agrupan de la siguiente manera (Sierra et al., 2003):

- **Factores biológicos:** según estudios, en la mayoría de las personas que padecen algún tipo de trastorno de ansiedad se ha encontrado componentes biológicos genéticos vulnerables, aunque con mayor incidencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social.
- **Factores psicosociales:** las necesidades, las situaciones, los conflictos de las personas y los cambios en la cotidianidad a nivel interpersonal, académico, laboral, y económico, influyen de manera significativa como agentes precipitantes en la ansiedad.
- **Factores traumáticos:** los acontecimientos negativos intensos que surgen de manera brusca siendo inesperados e incontrolables y que ponen en peligro o amenaza la integridad psicológica y/o física de la persona, variando la intensidad del hecho y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar lo desconocido e inhabitual, explican el impacto psicológico que generan consecuencias provocando daños que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como por ejemplo en el estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático.
- **Factores cognitivos y conductuales:** los patrones cognitivos negativos en el sistema de pensamientos anteponen a conductas distorsionadas y trastornos emocionales, como en este caso, la ansiedad que se manifiesta por una percepción peligrosa de manera

exagerada y de una baja estimación de las propias capacidades. También suelen influir factores externos del medio y por mecanismos de condicionamiento y generalización, que se aprenden o se imitan de respuestas, conductas y acciones de quienes rodean a la persona. Por ejemplo, una niña que frecuentemente ha observado a su padre experimentar miedo al salir en transporte público (a raíz de un asalto que presencié) y prefiere no salir, la niña aprende a tener fobia a salir en transporte público.

En resumen, entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones que generan estrés, el ambiente familiar de las personas, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por situaciones cotidianas. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las diversas características de la personalidad.

La interacción de estos múltiples factores son los que favorecen la manifestación de ansiedad en las personas, la cual adopta muchas formas distintas, según Burns (1999) existen las pautas siguientes:

- **Preocupación crónica:** existe una preocupación constante por parte de la persona, quien piensa continuamente en su familia, en su salud, en su carrera, en su economía y en cualquier factor que intervenga en su cotidianidad. Experimenta dolores físicos, mantiene firme la sensación de que está a punto de sucederle algo desagradable, aunque realmente no sepa definir el tipo de conflicto que le aqueja.
- **Miedos y fobias:** las personas pueden experimentar miedo o fobia a cualquier objeto, animal o situación en concreto, caracterizado por ser intenso y exageradamente

desagradable, provocado por una percepción de peligro o amenaza sin justificación aparente.

- **Ansiedad por la actuación:** este tipo de ansiedad se caracteriza por la manifestación de miedo o temor persistente ante una o más situaciones sociales, en las que la persona deba realizar una actividad importante frente un grupo de personas. Suelen experimentar molestias físicas como la sensación de estar paralizada, temblores, palpitaciones aceleradas, entre otras.
- **Ansiedad por hablar en público:** este tipo de ansiedad suele manifestarse similar al anterior, debido a que la persona comienza a manifestar ciertas molestias como nerviosismo cuando debe hablar frente a más personas. Esto suele ser causada por factores internos, como la repetición de pensamientos negativos a cerca de la situación en la que se encuentra.
- **Timidez:** al igual que en la anterior, la persona experimenta sensaciones de nerviosismo, incomodidad, e intranquilidad en reuniones sociales, las cuales también son causadas por factores internos como lo son los pensamientos negativos que creer ocurrirán en la situación en la que se encuentra.
- **Ataques de pánico:** la persona experimenta sentimientos negativos, como terror, sobresalto de manera exagerada, que aparecen sin razón aparente y atacan de forma inesperada. Durante los ataques la persona manifiesta una serie de síntomas físicos como mareo, palpitaciones aceleradas y sensación de adormecimiento en los dedos.
- **Agorafobia:** este tipo de ansiedad se caracteriza porque en la persona predomina un intenso temor de que algo malo le ocurrirá estando fuera de casa y nadie podrá ayudarle.
- **Obsesiones y compulsiones:** en la persona predominan pensamientos de forma obsesiva

sobre impulsos compulsivos de realizar diversas acciones para lograr controlar sus miedos.

- **Trastorno de estrés postraumático:** esto es desencadenado por una situación aterradora, ya sea que la persona la haya experimentado o presenciado. Se caracteriza por la manifestación de reviviscencias, pesadillas y angustia grave, así como pensamientos incontrolables sobre la situación que haya vivenciado.
- **Preocupación por su aspecto físico (trastorno dismórfico corporal):** este tipo de ansiedad es caracterizada por sensaciones y pensamientos negativos que presenta la persona de forma excesiva sobre la apariencia de su aspecto físico.
- **Preocupaciones por su salud (hipocondría):** la persona que padece este tipo de ansiedad se caracteriza por tener la creencia firme de que padece de alguna enfermedad crónica, por lo que visita médicos de forma excesiva buscando siempre padecer una nueva enfermedad.

Los indicadores característicos de la ansiedad se diferencian de las sensaciones comunes de nerviosismo e inquietud en que se manifiestan externamente como respuestas exageradas y/o sin justificación ante estímulos o situaciones ambientales de la vida diaria, reacciones fuera del control voluntario de la persona, estos indicadores tienden a ser intensos y constantes que generan molestia e inquietud porque obstaculizan de forma negativa en la vida de la persona.

Los indicadores más frecuentes en que se presenta la ansiedad son las manifestaciones somáticas, es decir, las manifestaciones que son observables, siendo las siguientes las más comunes: hiperactividad, paralización motora, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal y conductas de evitación fisiológicas o corporales.

Los síntomas cardiovasculares como palpitaciones, pulso rápido y tensión arterial alta también suelen ser frecuentes. Síntomas respiratorios como sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial. Síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea, molestias digestivas. Síntomas genitourinarios como micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia. Síntomas neuromusculares como tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva. Y síntomas neurovegetativos como sequedad de boca, sudoración excesiva y mareos.

Las personas suelen presentar manifestaciones psíquicas como: preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos, irritabilidad, temor a que algo grave esté por sucederle como enfermarse, morirse, enloquecer o perder el control, nerviosismo o sobresaltos, preocupación, inseguridad, miedo o temor, aprensión, pensamientos negativos como inferioridad o incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad de concentración, dificultad para la toma de decisiones y sensación general de desorganización o pérdida de control sobre su ambiente.

Otras manifestaciones no específicas que podrían experimentar son: una respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos, sensación de tener la mente en blanco, irritabilidad persistente, dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones y en algunas personas es común que reporten la necesidad de orinar frecuente, pero “cuando van al baño no hacen nada, pero tienen la necesidad “a lo que se le denomina polaquiuria.

1.03.01.02. Grados de ansiedad. El término ansiedad apunta a la combinación de distintas manifestaciones físicas y psicológicas que no son atribuibles a peligros reales, manifestándose ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso. Partiendo de esto, la ansiedad forma parte de la existencia humana, porque todas las personas sienten un

grado moderado de la misma que se relaciona con las situaciones cotidianas y que constituye una respuesta, fisiológica y adaptativa, proporcionada al estímulo que la origina. Esta ansiedad se convierte en patológica cuando no cumple una función adaptativa o cuando por su intensidad, cualidad o duración, es desproporcionada y excede los límites aceptables para la persona.

Las exteriorizaciones cognitivas varían de intensidad, yendo desde una manifestación muy leve hasta una realmente grave como el pánico en donde la persona puede llegar a un fuerte convencimiento de que puede llegar a morir en cualquier momento, o llegar a tener fuera de su alcance el control de sus propias funciones corporales.

La intensidad y frecuencia con la que se presenta el conjunto de estas manifestaciones, son las que determinan el grado de ansiedad que la persona muestra. Spielberger, Pollans y Wordan (1984) resumen que la ansiedad es entendida como una acción normal y forzosa ante una situación que se percibe como amenazante, o como una respuesta inadecuada, siendo este último caso la ansiedad patológica. La diferencia entre ambos tipos de ansiedad es que la segunda se manifiesta con una frecuencia, intensidad y persistencia mucho mayor que en la ansiedad considerada como normal en las personas. (Sierra et al., 2003, pág. 16).

A diferencia de otros autores, como Beck que mide la ansiedad en niveles, Burns (1999) hace distinciones de la ansiedad en seis grados. El primer grado refiere pocos síntomas de ansiedad o ninguno, es la más baja posible. El segundo refiere a una ansiedad marginal, la persona manifiesta pocos síntomas de ansiedad. Estos dos primeros grados corresponden a un intervalo normal de ansiedad. El tercero representa una ansiedad leve, la cual no es un grado especialmente alto, pero la ansiedad puede estar provocando incomodidades o perturbaciones significativas. El cuarto representa una ansiedad moderada, esta es decididamente una ansiedad suficiente para provocar perturbaciones. El quinto grado refiere una ansiedad grave, este indica

sentimientos fuertes de ansiedad. Y sexto grado hace referencia a una ansiedad extrema, en esta a la persona le acosan sentimientos intensos de ansiedad y probablemente se encuentre muy afectada. Estos últimos cuatro grados corresponden a un intervalo clínico de ansiedad, los cuales deben ser indicados a psicoterapia para recibir la orientación adecuada.

1.03.01.03. Teorías explicativas de la ansiedad. Como ya se hizo mención con anterioridad, las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. Todas las teorías están de acuerdo en que la ansiedad consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional. Existen muchas teorías sobre las causas de la ansiedad, Burns (1999) plantea como centrales las cuatro siguientes:

- **El modelo cognitivo:** sostiene que la persona se induce a sí misma manifestaciones de ansiedad por la reproducción de pensamientos negativos constantes sobre lo malo que pudiera ocurrir en la situación en la que se encuentra.
- **El modelo de la exposición:** este modelo sostiene que el origen de cualquier tipo de ansiedad es que la persona que la padece evita a toda costa las circunstancias que le generan temor o intranquilidad, volviéndose esto un tipo de evitación excesiva.
- **El modelo de la emoción oculta:** la idea central de este modelo es que las personas que padecen de ansiedad son aquellas que poseen una personalidad de excesiva amabilidad, quienes quieren agradar a todas las personas por miedo a ocasionar conflictos o problemas con los demás, y es ese sobre esfuerzo el que genera ansiedad en la persona.
- **El modelo biológico:** este modelo sustenta que las manifestaciones de ansiedad en una persona son ocasionadas por un desequilibrio de neurotransmisores en el cerebro.

Es relevante mencionar el aporte de las teorías cognitivo-conductual y la importancia que esto toma. Esta corriente plantea que cuando una persona siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, se trata de variables cognitivas de la persona como pensamientos, creencias, ideas, etc. y variables situacionales como estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta. Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como un rasgo de personalidad, a ser considerada como un concepto multidimensional. A partir de ahí, surge la teoría interactiva multidimensional la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos dé lugar al estado de ansiedad.

En el caso de la teoría tridimensional, Miguel-Tobal (1990) describe a la ansiedad como una reacción emocional que, se divide en tres grupos diferentes de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a que estímulos internos y externos a la persona intervienen en la manifestación de esta, siendo las características de las personas las que determinan en gran medida qué estímulos son los que mayormente provocan la respuesta de ansiedad.

1.03.01.04. Afrontamiento a la ansiedad. A lo largo de la historia, la ansiedad ha sido abordada por los diversos autores de diferentes teorías y corrientes psicológicas mencionadas con anterioridad, quienes han propuesto definiciones del concepto e indicadores con los que se manifiesta, y de acuerdo con todo esto, la ansiedad se asocia a diferentes deficiencias para la persona en su cotidianidad. Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, pueden llegar a inhabilitar como cualquier otra enfermedad física crónica.

El modelo médico, el psicoanálisis del yo y posteriormente, la psicología cognitiva, estudiaron la dinámica que atraviesan las personas cuando se ven inmersas en situaciones que les generan ansiedad. Estos modelos señalan que, es primordial que las personas identifiquen y analicen sus propios pensamientos y creencias disfuncionales y la relación de éstos con los signos y síntomas que presentan, para facilitar el reforzamiento de la propia capacidad para construir estrategias de respuesta más adaptativas y funcionales frente a situaciones amenazantes, favoreciendo a las personas poner en marcha como recursos psicológicos las estrategias de afrontamiento.

Las autoinstrucciones son útiles para detectar las autoverbalizaciones negativas (“no podré”) y cambiarlas por autoinstrucciones positivas (“seré capaz”), e impedir las respuestas evitativas a la ansiedad anticipatoria. El entrenamiento en el manejo de la ansiedad enseña a la persona a usar la relajación aplicada para el control de la ansiedad. La distracción cognitiva y detención del pensamiento ayuda a la persona a centrar la atención en estímulos neutros no amenazantes (contar farolas, escaparates de zapatos, contar carros, etc.). La resolución de problemas asertiva ayuda a las personas a resolver las situaciones vitales estresantes de la manera más adecuada. Ayudan a identificar y delimitar los problemas; facilitan un método para priorizar los objetivos y concretar los pasos de actuación. Se consigue reducir la intensidad de la preocupación, aumentar el sentido de control ante circunstancias negativas reconociendo los hitos conseguidos, fomentar la iniciativa y generar una forma más efectiva de enfrentarse a futuros problemas. Por último, la reestructuración cognitiva ayuda sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más racionales.

1.03.02. Estrategias de afrontamiento

Aunque la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento no siempre garantiza el éxito, estas sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento.

Las personas deben establecer estrategias eficaces de afrontamiento para lidiar con los cambios físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales. El concepto de estrategias de afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1991) como las energías cognitivas y conductuales que se modifican de manera constante para cumplir la función de controlar demandas concretas que surgen de manera externa o interna a la persona, y son calificadas como excesivas, rebasando la capacidad de herramientas que posee la persona. (Citado en González, Padilla, 2006, pág. 502). Estos autores sugieren que para que la persona tenga éxito en el afrontamiento a estas situaciones, debe existir una correlación entre las opciones de afrontamiento y las variables de cada persona como los valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición de cada una de ellas.

La persona, de esta manera, consigue incrementar su adaptación al entorno que la rodea y a las exigencias que este medio demanda. Las capacidades de afrontamiento son importantes para la prevención de conflictos y para que la persona cumpla la función de adaptación al ambiente. Muchas personas optan por la búsqueda de apoyo por parte de personas cercanas o profesionales e instituciones expertas en el tema, cuando se ven en situaciones de tensión. Lazarus & Folkman (1986) describieron que, esto establece en la persona una manera positiva y exitosa de afrontamiento a las circunstancias amenazantes, ya que conlleva un trabajo directo con el conflicto por medio de una orientación adecuada (Citado en Amarís, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013, pág.129).

Cabe destacar que Lazarus & Folkman (1986) mencionan los elementos importantes para llevar a cabo cualquier acción con algún tipo de estrategias de afrontamiento, dependerán directamente del tipo de circunstancia o conflicto en que la persona se encuentre, la posibilidad de cambio, la falta de precisión que presenta, así como la intensidad y la gravedad de la situación que enfrenta la persona (Citado en Di-Colloredo, Aparicio y Moreno, 2006, pág.131)

Las estrategias de afrontamiento no solo tienen un componente intrínseco en la persona, sino que, también se desarrollan según el ambiente y contexto en que la persona se encuentra, por ejemplo, una persona que tiene la intención de buscar ayuda profesional, no podrá obtenerla si se encuentra en una aldea o comunidad que no cuenta con ese tipo de apoyo.

Mechanic (1974), parte de la perspectiva socio-psicológica que suscita también tres funciones: enfrentar las demandas sociales del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a las demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas. (Citado en Di-Colloredo et al., 2006, pág.138).

Lazarus y Folkman (1986), dividen estas estrategias en dos grandes grupos. El primero es el afrontamiento centrado en el problema que tiene como función la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto aversivo de las condiciones ambientales. Estas estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste; como ellas generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo y a su beneficio y a su elección y

aplicación. Sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido a la resolución del problema se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior de la persona.

El segundo es el afrontamiento centrado en las emociones, que tiene como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evadiendo la situación conflictiva, reevaluando cognitivamente la situación amenazante o reparar de forma selectiva los elementos positivos de sí mismos o del entorno (Lazarus & Folkman 1986).

Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como flexibles al cambio.

Chorot y Sandín (1993) estructuraron 12 estrategias de afrontamiento, las cuales se describen a continuación (Citado en Gantiva, Jaimes y Villa, 2010, pág. 47)

1. **Solución de problemas:** esta estrategia se caracteriza por ser una serie de acciones que las personas ejecutan con el objetivo de solucionar un conflicto en específico, habiendo tomado en cuenta el momento acertado para indagarlo e intervenirlo. Esto involucra la utilización de estrategias cognitivas analíticas y racionales para resolver el problema de manera satisfactoria.
2. **Búsqueda de apoyo social:** la persona que pone en marcha esta estrategia para afrontar

sus conflictos busca apoyo y respaldo en personas cercanas, familiares o profesionales que le proporcionen orientación, apoyo emocional e información para poder enfrentar la situación problemática en la que se ve envuelta.

3. **Espera:** este tipo de estrategia se compone de elementos tanto cognitivos como comportamentales, ya que la persona sostiene firmemente la idea de que el conflicto se solucionará por si solo al dejar en pausa y que el tiempo pase.
4. **Religión:** esta estrategia se centra en la idea de que el rezo y la oración orienta a tolerar y generar soluciones ante el problema y poder manejar las emociones causadas por el conflicto.
5. **Evitación emocional:** implica la utilización de herramientas y recursos, con la finalidad de encubrir o privar las propias emociones buscando evadir las respuestas calificadas por la persona como reacciones negativas, por las consecuencias y carga general, o por la idea que existe una negativa social frente a la expresión de estas.
6. **Búsqueda de apoyo profesional:** con esta estrategia se busca que la persona emplee el uso de recursos profesionales en la obtención de información sobre el problema y las alternativas existentes o posibles para enfrentarlo. Es considerada un tipo de apoyo social.
7. **Reacción agresiva:** estrategia enfocada en la expresión impulsiva de ira focalizada en la misma persona, hacia las demás personas o hacia objetos, logrando así la disminución de la carga emocional presentada por la persona en determinado momento.
8. **Evitación cognitiva:** se enfoca en el uso de distracción y mantenerse activo con el fin de neutralizar pensamientos valorados como negativos, evitando así el pensar en el problema.
9. **Reevaluación positiva:** estrategia cognitiva que busca mediante la identificación de

aspectos positivos, aprender de las dificultades. Contribuye positivamente a tolerar la problemática y fomenta los pensamientos que favorecen el enfrentamiento con la situación.

10. **Expresión de la dificultad de afrontamiento:** esta estrategia surge como la expresión de desesperanza frente al control que la persona misma pueda tener de las emociones y del problema, lo que implica un proceso de autoevaluación y monitoreo en donde los propios recursos no son favorables para resolver las tensiones producidas por el evento.
11. **Negación:** con esta estrategia se busca optar por un comportamiento en el que el problema no existe, tratando de no pensar en él y buscar el alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con el problema, para así tolerar o soportar el estado negativo que genera.
12. **Autonomía:** es buscar resolver el problema de manera independiente, encontrar las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas.

Las estrategias de afrontamiento con el fin de lograr la adaptación del sujeto ante una situación se enfocan en mantener un balance emocional, preservando una imagen de la persona misma que sea satisfactoria para ésta, así como su sentido de competencia personal, ayudan al sostenimiento de relaciones sociales y a prepararse para situaciones problemáticas futuras.

Como fin primordial de las estrategias de afrontamiento, se puede llegar a tomar la noción según Snyder (1999) en donde son consideradas eficaces solo si llegan a contribuir en el bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud (Citado en Di-Colloredo et al., 2006, pág.151).

1.03.02.01. Teorías explicativas de las estrategias de afrontamiento. La noción y concepto de las estrategias de afrontamiento ha sido relevante en el manejo y comprensión de lo que una persona hace ante situaciones amenazantes o estresantes, manteniendo distancia al concepto de mecanismo de defensa. El esfuerzo a nivel cognitivo-conductual que la persona realiza puede ser orientado simultáneamente a más de una estrategia, sin embargo, siempre habrá dominancia por una de ellas.

El interés por el concepto de afrontamiento ha sido de gran importancia en la psicología durante más de 60 años. Durante los años 1940 a 1950, era tomado como un concepto organizativo en la evaluación y descripción clínica, y actualmente se ha convertido en el eje principal donde se centran un gran número de estrategias de atención psicoterapéutica que el desarrollar procesos adaptativos sea su principal objetivo.

La propuesta de Lazarus y Folkman (1986) de la concepción de las estrategias de afrontamiento, es la que mayor trascendencia ha tenido, ya que es planteada desde una perspectiva cognitivo-conductual, definiendo el concepto como: los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona. Mattlin, Wethington & Kessler (1990) lograron que esta perspectiva contemple el afrontamiento como un proceso que se encuentra en constante cambio, y hace alusión a cómo las condiciones del contexto sociocultural determinan la interacción de la persona con ella misma y con su entorno (Citado en Amarís et al., 2013, pág.125).

Las investigaciones en la Psicología, han logrado develar la importancia del afrontamiento en la comprensión de los ajustes que realiza una persona en su ambiente, y poder percibir niveles positivos o negativos de la calidad de vida, siendo así, puede llegarse a la

conclusión de que la presencia de altos grados de ansiedad en la persona se ven relacionados en la carencia de los recursos personales que le permitan articular las estrategias de afrontamiento necesarias para manejar una problemática de manera adecuada. Por lo tanto, los investigadores plantearon la hipótesis de investigación siguiente: “Existe una relación entre el grado de ansiedad y el tipo de estrategia de afrontamiento”.

Partiendo de esta hipótesis como base, todo el proceso de la investigación se sustentó desde la teoría cognitivo – conductual, ya que este modelo es integrador del modelo conductual y cognitivo, integra tanto los factores internos como los externos de la persona. Asume una metodología rigurosa y un estilo de elaboración orientado a técnicas conductuales en conjunto con la evaluación y tratamiento de los fenómenos que forman parte de la cognición. Pero es importante que, para una aproximación más adecuada a la teoría cognitivo - conductual, se tome en consideración los dos modelos que se encuentran íntimamente relacionados en éste y juegan el papel central para su creación.

1.03.02.02. Modelo conductual. Según Cardona, Chiner y Lattur (2006) este modelo estudia el comportamiento humano observable, sin tomar en cuenta la etiología de éste. Trata de establecer la relación entre la conducta y el problema para facilitar el diseño de intervención de la manera más adecuada a en cada uno de los diversos casos. En síntesis, este modelo describe, explica y modifica determinados comportamientos al predecir, instaurar y modificar conductas a partir de la manipulación externa.

Este modelo se basa en cinco supuestos básico de los que parte, los cuales se describen a continuación:

1. El manejo y explicación del comportamiento es llevado a cabo por medio del análisis de

las variables externas que afectan la conducta.

2. Existe una interacción entre los estímulos, el comportamiento y los refuerzos, siendo estos tres elementos funciones de manera interdependiente.
3. Este modelo es basado en la psicología objetiva de orientación básicamente experimental y conductista.
4. Parte del enfoque en que las conductas ya han sido aprendidas o se encuentran en proceso de aprenderse. Haciendo énfasis en los condicionamientos ambientales, situacionales y sociales que tienen influencia en la conducta.
5. El diagnóstico consiste en determinar las características conductuales de la persona, sin tomar en cuenta el origen de éstas.

Los métodos más utilizados en este modelo en cuanto a la recolección de información son: la observación mediante técnicas como los registros narrativos, escalas de apreciación, cuestionarios o inventarios y entrevista estructurada; la experimentación directa en la que se manipulan las variables ambientales y así comprobar los efectos de estas sobre la conducta.

1.03.02.03. Modelo cognitivo. Considera a la persona un ser capaz de desarrollar los potenciales que posee, si se hace uso de las variables cognitivas como el razonamiento, la atención, lenguaje, etc., teniendo como objetivo la comprensión de los fenómenos mentales.

Al igual que el modelo conductual, el cognitivo cuenta con supuestos básicos que hacen posible su realización:

- Da mayor importancia a los procesos y estrategias que utiliza la persona en la resolución de problemas a nivel cognitivo.
- Para dar orientación a la intervención, obtiene información precisa sobre los procesos cognitivos encontrados a un nivel intelectual determinado.

- La persona es considerada en su totalidad para poder tener en cuenta los aspectos afectos, actitudinales y motivacionales, y no exclusivamente los aspectos cognitivos.
- Profundiza en el análisis de las condiciones que benefician el adquirir, integrar y neutralizar los conocimientos por parte de la persona.
- Las deficiencias cognitivas y del aprendizaje se consideran basadas parcialmente en deficiencias cuantitativas y cualitativas de la enseñanza formal e informal.

En cuanto a los métodos que utiliza es puramente experimental, aunque hace uso de la metodología correlacional y la observacional. Las técnicas en las que suele apoyarse son los mapas cognitivos, el análisis de la duración de un proceso cognitivo determinado y el pensamiento en voz alta.

1.03.02.04. Modelo cognitivo-conductual. Según Hernández y Sánchez (2007) este modelo combina la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, con el fin de dar explicación al proceso de instauración de conductas en la infancia y adolescencia. Este modelo integra tanto los factores internos como los externos de la persona. Asume una metodología rigurosa y un estilo de elaboración orientado a técnicas conductuales en conjunto con la evaluación y tratamiento de los fenómenos que forman parte de la cognición.

El modelo cognitivo-conductual a su vez integra modelos explicativos de tipo cognitivo que manifiestan el constructo de que cognición, conducta y emociones suelen estar fuertemente interconectadas y existir una retroalimentación constante entre ellas, siendo esto estratégicamente útil para promover cambios incidiendo en aspectos cognitivos sin llegar a negar la intervención de factores causales.

El modelo enfatiza en el estudio de los procesos de aprendizaje, así como, en la influencia de los modelos que la persona adquiere del ambiente. En relación con aspectos

psicopatológicos los modelos cognitivos-conductuales plantean que las cogniciones son vías que producen un trastorno, sin excluir la coexistencia de otros factores que también puedan explicar su etiopatogenia.

Al ser un modelo integrador, la intervención desde un modelo cognitivo conductual en la investigación resultará práctica, ya que, cuando una persona hace un análisis de las conductas, los recursos o las habilidades que posee para enfrentarse a una situación y considera que no dispone de ellos o que no son suficientes, se desencadenará un episodio de ansiedad, lo cual se instaure a nivel de conducta y cognición, por lo que será de gran importancia la forma de percibir, pensar, sentir y actuar de las personas participantes, y la consciencia de la situación en que viven y el entorno social que las rodea.

Siendo la ansiedad el factor principal en la investigación, entran en juego las estrategias de afrontamiento que, vistas desde el modelo cognitivo conductual, son consideradas como un conjunto de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, y se orientan a resolver el problema que acontece, también se enfocan en la reducción y eliminación de la respuesta emocional o ya sea el modificar como la persona realiza la evaluación de la situación. La utilización de una u otra estrategia está determinada por la evaluación cognitiva, el control percibido, las emociones y la activación fisiológica.

1.04. Consentimiento informado (ver anexos 1 y 2)

En la parte ética se tomó en cuenta la utilización de un consentimiento informado, el cual garantizó que la persona haya expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que los investigadores le

proporcionaron, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. (Castellanos, López, Caballé, & García, 2009)

Para la realización de éste, se tomó en cuenta Las Pautas Éticas Internacionales Para La Investigación Relacionada Con La Salud Con Seres Humanos, por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), la Declaración De Helsinki De La Asociación Médica Mundial, el Informe de Belmont y el Código de Ética del Psicólogo por el Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Como se establece en la pauta 1, 9 y 15 de CIOMS (2016) y según Franca-Tarragó (2012, pág. 52) para la realización de la investigación, se establece que se trabajó con mujeres mayores de edad, quienes no son consideradas un grupo vulnerable y tuvieron la posibilidad de brindar un consentimiento por ellas mismas sin la necesidad de pedir permiso bajo ningún contexto cultural. Así mismo, se encontraron en total uso de sus capacidades físicas y psicológicas, lo que les permitió por derecho propio elegir el participar o no en la investigación.

El consentimiento informado tomó en cuenta los tres elementos mencionados en el informe de Belmont, AAVV (1978) los cuales son: información, comprensión y voluntad. Constó de un texto detallado ubicado al inicio del formulario de Google, con lenguaje comprensible y contextualizado a la población, teniendo en cuenta que no contenga frases que haga que los posibles participantes renuncien o parezca que renuncien a ningún derecho legal por ser parte de la investigación.

La información contenida en el documento de Consentimiento Informado describió el objetivo de la investigación, la metodología que se utilizó y se hizo saber los posibles riesgos y

beneficios que pudo llegar a tener el ser participe en ésta. Se dio a conocer a todas las participantes que la información brindada a lo largo de la investigación, así como todos los instrumentos utilizados, fueron codificados en base a letras y números para conservar el anonimato y las únicas personas que tuvieron acceso a estos datos a parte de los investigadores, fueron el docente asesor, la revisora de contenido, y el director de El Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs), quienes se encargarán del almacenaje y destrucción de los datos y el material, al haber transcurrido un año después de la conclusión de la investigación. Los resultados generales obtenidos de la investigación fueron mostrados a las personas participantes, así como también, a la directora de la Asociación Guatemalteca por el Autismo, y fueron publicados en el informe final de la investigación.

Al ya haber establecido el contenido del consentimiento, en base al Informe de Belmont, AAVV (1978, pág. 8), el punto 31 de la Declaración de Helsinki, AMM (2015), y punto 1.7.10 del (2018), se inició con el elemento de información el cual constituye en dar a conocer a los posibles participantes de la investigación la información que conlleva el ser parte de ésta y al haberlo hecho se dio la oportunidad de rechazar o aceptar dar el consentimiento voluntario e informado en la participación de la investigación. Este paso se llevó a cabo al momento en que las personas que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo accedieron de forma virtual al formulario de Google mediante la invitación abierta que se hizo a participar de forma voluntaria.

El consentimiento informado estuvo disponible de forma virtual en la plataforma de formularios de Google, de lunes a domingo las veinticuatro horas del día, durante dos semanas después de la realización de la convocatoria, para que las personas interesadas en participar en la investigación contaran con el tiempo prudencial, para así, cada una de ellas realizaran la lectura

detallada, contando con el tiempo necesario para analizar cada aspecto y completarlo. Se proporcionó con antelación a dichas participantes, los contactos de los investigadores para resolver dudas, en caso de haberlas al momento de realizarlo, dejando en claro la voluntariedad de la participación, y el anonimato que tuvo la persona participante, permitiendo aclarar todo aspecto que fue tratado a lo largo del proceso y abarcando así los elementos de comprensión y voluntariedad, como lo establece CIOMS (2016) en la pauta 9. Al finalizar la lectura del texto completo, el formulario de Google solicitó que la persona aceptara o rechazara el consentimiento, el cual, en caso de ser aceptado, se le brindó a cada una de las participantes una copia, enviada vía electrónica al correo que proporcionen, para que contaran con ella a su disposición en todo momento.

Se proporcionó el consentimiento informado a cada una de las personas interesadas en participar para realizar una lectura personal dándoles el tiempo prudencial para analizar cada aspecto, permitiendo aclarar el proceso y abarcando así los elementos de comprensión y voluntariedad, como lo establece CIOMS (2016) en la pauta 9.

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.01. Enfoque y modelo de investigación

2.01.01. Enfoque cuantitativo

Tomando como base este enfoque, se empleó procesos cuidadosos, metódicos y empíricos en un esfuerzo para generar conocimiento. En términos generales, esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo debido a que durante el proceso se utilizaron las siguientes estrategias:

- Se llevó a cabo la evaluación de variables.
- Se establecieron suposiciones o ideas como consecuencia de las evaluaciones realizadas.
- Se demostró el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- Se revisaron tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
- Se propuso nuevas evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas o incluso para generar otras.

Por medio de este enfoque, el proceso de la investigación fue secuencial y probatorio. Cada etapa precedió a la siguiente y no se saltaron o eludieron pasos. El orden fue riguroso, aunque desde luego, fue posible hacer las modificaciones que fueron necesarias. Partió de una idea que fue acotándose y, una vez que fue delimitada, se derivaron los objetivos y preguntas de investigación ya planteadas. De las preguntas se determinaron variables, a partir de las cuales, se trazaron un plan para probarlas, y se midieron las variables en el contexto ya determinado, en este caso, se midieron los grados de ansiedad en mujeres que se presentan a la Asociación Guatemalteca por el Autismo, y las estrategias de afrontamiento que estas utilizan. Por último, se

analizaron las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrajo una serie de conclusiones respecto a las preguntas y objetivos de investigación, siempre guardando la confidencialidad y anonimato de cada una de las participantes voluntarias.

Al momento de recolectar los datos se fundamentó en la medición de las variables, lo cual se llevó a cabo al utilizar procedimientos estandarizados, en donde los resultados se representaron mediante números y se analizaron con métodos estadísticos. Se siguió un patrón predecible y estructurado. Tomando las decisiones críticas sobre el método antes de recolectar los datos.

Con la investigación se buscaron regularidades y relaciones existentes entre el grado de ansiedad y el tipo de estrategia de afrontamiento.

Se siguió rigurosamente el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, y las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento, guardando la confidencialidad y anonimato de cada una de las participantes voluntarias.

2.01.02. Diseño en el enfoque cuantitativo

Estudio correlacional. Se utilizó el diseño de estudio correlacional debido a que los investigadores establecieron la relación existente entre dos variables en una misma muestra, en este caso, la correlación entre grado de ansiedad y tipo de estrategia de afrontamiento.

Para lograr el objetivo general de establecer una relación entre las dos variables, los investigadores evaluaron cada una de estas de forma independiente, y después se cuantificaron, analizaron y establecieron las vinculaciones que fueron encontradas. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometida a prueba.

Es importante recalcar que las mediciones de las variables que se correlacionar provinieron de las mismas participantes, para asegurar la validez de la correlación de las mediciones del grado de ansiedad y el tipo de estrategia de afrontamiento predominante.

Con la utilización de este diseño, los investigadores tuvieron la ventaja principal de saber cómo se puede comportar la variable al conocer el comportamiento de otra variable vinculada. Es relevante hacer mención que, dicha correlación que los investigadores establecieron entre ambas variables solamente es un aporte, debido a que la existencia de una relación entre dos variables puede variar según el tipo de población y el contexto en el que se encuentran.

Con el uso del diseño correlacional, la investigación también sirvió como un trabajo de investigación con una medida de valor explicativo, ya que el hecho de saber que dos variables se relacionan aportó cierta información explicativa. Desde luego, la explicación es parcial, porque existen otros factores vinculados a las dos variables establecidas. Los investigadores velaron porque en todo el proceso del trabajo de investigación guardase la confidencialidad y anonimato de las participantes voluntarias.

2.02. Técnicas

2.02.01. Técnicas de muestreo

2.02.01.01 Muestreo no probabilístico. En el proceso de la investigación se trabajó con la técnica de muestreo no probabilístico de tipo voluntario o autoseleccionado, debido a que los investigadores no exigieron una cantidad mínima o máxima de personas para ser partícipes de la investigación y, por consiguiente, evaluadas. El procedimiento de muestreo que los investigadores realizaron se dividió de la siguiente manera:

- En primer lugar, la utilización de esta técnica ayudó a obtener respuestas de forma rápida y económica, debido a que las personas que conformaron la muestra participaron en la

investigación de forma voluntaria y presentaron únicamente dos características específicas escogidas considerando cuestiones éticas y legales: ser persona de sexo femenino y ser mayor de edad.

- En segundo lugar, los investigadores hicieron los procedimientos necesarios para la obtención de los permisos de las autoridades de la Asociación Guatemalteca por el Autismo y procedieron a realizar la convocatoria mediante afiches en la red social Facebook, que informaron e invitaron a ser partícipes de la investigación a todas las mujeres que asisten a la institución ya mencionada, por lo tanto, las mujeres que accedieron a formar parte de la muestra lo hicieron de forma voluntaria.

La técnica de elección de la muestra que se utilizó, justificó el principio de justicia porque los investigadores se basaron en las pautas según Rawls (1979) la igual consideración y respeto por todas las personas participantes, con esto evitando todo tipo de discriminación, ya sea por condición social, credo religioso, raza o nacionalidad, exceptuando la de edad y el sexo de las personas participantes (citado en Franca-Tarragó, 2012, pág.39) debido a que en la investigación las únicas dos características que se establecieron para la muestra, fue que las personas participantes debían ser de sexo femenino y tener la mayoría de edad, esto debido a que en el proyecto de investigación se utilizaron instrumentos estandarizados específicamente para personas adultas, y de sexo femenino debido a que son la población que más asiste a la institución en donde se llevó a cabo la investigación. Esto ayudó a que en la elección de la muestra se cumpliera el reducir estereotipos que pudieran provocar discriminación, aplicando como consideraciones éticas los principios de autonomía, justicia y beneficencia con la población.

Las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (CIOMS, 2016) fueron una parte importante del proceso de la investigación. Se partió de la consideración que las mujeres son una muestra sensible o vulnerable, por lo tanto, se tomó en cuenta la pauta 18 que habla sobre las mujeres como parte de una investigación, con lo cual solo debería requerirse el consentimiento informado de la propia mujer para participar en una investigación. Si bien algunas sociedades no respetan la autonomía de la mujer, en ningún caso el permiso de otra persona ha de reemplazar el requisito de consentimiento informado individual por parte de la mujer.

Los investigadores tomaron las medidas necesarias para resguardar los derechos y el bienestar de las mujeres participantes en la realización de la investigación, haciendo uso del consentimiento informado con cada una de ellas, y guardando su confidencialidad y anonimato, al no divulgar los datos o información obtenida.

2.02.02. Técnica de recolección de datos

2.02.02.01. Inventario. Los investigadores utilizaron el Inventario de Ansiedad de Burns, adaptado de forma virtual mediante formulario de Google para la autorrealización por parte de cada una de las participantes que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo. Dicha adaptación del inventario estuvo disponible en la plataforma de lunes a domingo las veinticuatro horas del día, durante dos semanas después de la realización de la convocatoria. Esto con el objetivo de medir los grados de ansiedad que presentan las personas participantes en la investigación.

Este procedimiento se realizó posterior a la información necesaria brindada haciendo uso de un consentimiento informado para cada participante voluntaria de la investigación, esto

último, con el objetivo de cumplir los requerimientos éticos, partiendo de los tres principios básicos de la ética que deben regir la investigación biomédica y de comportamiento que incluya sujetos humanos.

La utilización de esta técnica en específico fue necesaria por su fácil aplicación y análisis, y para recoger una serie de rasgos, con el fin de identificar el grado de ansiedad que presentan las participantes.

2.02.02.02 Escala tipo Likert. De forma conjunta a la evaluación del Inventario de Ansiedad, los investigadores llevaron a cabo la aplicación de la Escala de Estrategias de Coping-modificada, igualmente adaptada de forma virtual mediante formulario de Google para la autorrealización por parte de cada una de las participantes que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo. Dicha adaptación de la escala estuvo disponible en la plataforma de lunes a domingo las veinticuatro horas del día, durante dos semanas después de la realización de la convocatoria. Fue necesaria la utilización de esta escala para alcanzar el objetivo de identificar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres participantes.

Las técnicas de recolección de datos se eligieron debido a que son procedimientos estandarizados, que garantizan validez y confiabilidad en la aplicación y en los resultados que se obtuvieron. Portando los conocimientos básicos sobre la aplicación y evaluación de ambos instrumentos, los investigadores utilizaron la modalidad de autoevaluación individual virtualmente, mediante formulario de Google. Cada herramienta incluyó las instrucciones necesarias y debidamente especificadas para la realización del Inventario de Ansiedad de Burns y la Escala de Estrategias de Coping-modificada. Se brindó el correo electrónico de los

investigadores a las participantes para resolver dudas, en caso de haberlas, al momento de realizarlos.

La protección de la dignidad de cada una de las mujeres participantes en la investigación se resguardó con discreción al no divulgar la información y los datos obtenidos, solicitando solamente los datos necesarios y básicos (iniciales del nombre y edad) para la aplicación de las técnicas de recolección.

2.02.03. Técnicas de análisis de datos

2.02.03.01. Prueba estadística no paramétrica. Se llevó a cabo el análisis de los datos mediante el coeficiente de correlación de Spearman, el cual se concentró en obtener la relación entre los datos obtenidos haciendo uso del programa SPSS v25. Inicialmente se tabularon los resultados de ambos instrumentos utilizados, el inventario de ansiedad y la escala de estrategias, con el fin de ordenarlos y codificarlos. Para estos resultados se establecieron categorías según lo indica cada instrumento, y fueron basadas en los grados de ansiedad y las estrategias de afrontamiento utilizadas según el baremo ya establecido de cada instrumento.

La presentación de la información estadística se realizó en tablas, gráficas y de manera textual haciendo uso de Excel. La utilización de esta técnica ayudó a presentar los resultados de modo tal que sobresaliera la estructura. Se organizaron los datos en gráficos de barras que permitieron exponer las características sobresalientes y para indicar los porcentajes que facilitaron el análisis de tipo cuantitativo. Con el fin de brindar el resultado al realizar las comparaciones pertinentes, se utilizaron diagramas de dispersión generados por el programa SPSS, y se procedió a realizar el análisis con ambos resultados para la presentación final de los resultados.

Para tomar en cuenta la parte ética en el proceso de investigación, se establecieron medidas para resguardar la información que se obtuvo de ambos instrumentos estandarizados a utilizar en el trabajo de campo. Una vez tabulado y codificado cada uno de los datos resultantes, se plasmaron en el trabajo de investigación y se entregó al Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, quienes serán los responsables de la destrucción de todo el material físico, habiendo pasado un año. Los documentos digitales en programas como Excel y los formularios de Google serán eliminados por los investigadores.

2.03. Instrumentos

2.03.01. Inventario de Ansiedad de Burns (IAB) - Versión en español (ver anexos 3 y 4)

Nombre de la prueba	Inventario de Ansiedad de Burns (IAB) -versión en español-
Autor	David D. Burns.
Objetivo	Evaluar grados de ansiedad.
Aplicación	Autoadministrable.
Población dirigida	Adultos de 18 años en adelante.
Tiempo	No utiliza un tiempo específico.
Recursos	Inventario, lápiz y borrador.

2.03.02. Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M) (ver anexos 5 y 6)

Nombre de la prueba	Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).
Autor	Escala original: Chorot y Sandín (1993). Escala Modificada: Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006).
Objetivo	Identificar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas para afrontar problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida.
Aplicación	Autoadministrable.
Población dirigida	Adultos.
Tiempo	20 a 30 minutos.
Recursos	Cuadernillo, lápiz y borrador.

Para cumplir con los requisitos éticos, el Inventario de Ansiedad de Burns y la Escala de Estrategias de Coping, Modificado, son instrumentos contextualizados, debido a que se encuentran adaptados a la cultura latinoamericana. Ambos instrumentos reúnen los tres requisitos esenciales de confiabilidad al producir resultados consistentes y coherentes. Validez al medir específicamente la variable que se busca medir, y objetividad al no ser permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que los administraron, calificaron e interpretaron.

Los investigadores poseen los conocimientos básicos para la administración e interpretación adecuada de ambos instrumentos. Se establecieron medidas para resguardar la información que se obtuvo de ambos instrumentos utilizados en el trabajo de campo. Posterior a la tabulación y codificación de los datos resultantes, el material físico de los inventarios y escalas

con datos de las participantes voluntarias, se entregaron al Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs, dicho departamento se encargará de la destrucción del material transcurrido un año. Por otro lado, los investigadores fueron los encargados de la eliminación de los documentos digitales en Excel que se utilizaron para realizar el análisis de los datos.

2.04. Operacionalización de objetivos, categorías / variables

Objetivos / hipótesis	Definición conceptual categoría /variable	Definición operacional indicadores	Técnicas / instrumentos
<p>“Existe una relación entre el grado de ansiedad y el tipo de estrategia de afrontamiento”</p>	<p>Ansiedad: Emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un</p>	<p>Ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensaciones de carácter ansioso: nerviosismo, preocupación o miedo, sensación de estar tenso, estresado o al límite. • Pensamientos de carácter ansioso: 	<p>Técnica: Inventario estandarizado.</p> <p>Instrumento: Inventario de Ansiedad Burns (IAB)</p>

cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos. (Barlow, 2002)

dificultad para concentrarse, incapacidad para centrarse en un pensamiento, miedo a estar solo o ser abandonado, temor a la crítica o a la desaprobación, sensación de que algo terrible va a ocurrir.

- Síntomas físicos:
palpitaciones fuertes, dolor o tensión en el pecho, sensación de cansancio, sensación de sofoco o

dificultad para
respirar, tensión
muscular.

<p>Clasificar los grados de ansiedad que presentan las mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo.</p>	<p>Grados de ansiedad: hacen referencia a la intensidad o frecuencia con la que se manifiestan los signos y/o síntomas característicos de la ansiedad en una persona. (Burns, 1999)</p>	<p>Grados de ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado mínimo o inexistente, escasos síntomas de ansiedad o ninguno. • Grado borde o limite, pocos síntomas de ansiedad. • Grado leve, puede estar provocando incomodidades o perturbaciones significativas. • Grado moderado,
---	--	--

ansiedad
suficiente para
provocar
perturbaciones.

- Grado grave,
sentimientos
fuertes de
ansiedad.
- Grado extremo o
pánico, a la
persona le acosan
sentimientos
intensos de
ansiedad y
probablemente se
encuentre muy
afectada.

Identificar las
estrategias de
afrentamiento que
utilizan las mujeres
asistentes a la

**Estrategias de
afrentamiento:**
esfuerzos
cognitivos y
conductuales

**Estrategias de
afrentamiento:**
• Buscar la
solución de

Técnica:
Escala tipo Likert.

Asociación Guatemala por el Autismo.	constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externa y/o internas que son evaluados como excedentes o desbordantes de los recursos de las personas. (Lazarus y Folkman, 1986)	problemas. <ul style="list-style-type: none"> • Buscar ayuda o apoyo en amigos o familiares. • Espera que la solución llegue sola. • Tener fe en que puede ocurrir un milagro. • Procura guardar para sí mismo los sentimientos. • Busca ayuda con profesionales. • Se comporta de forma hostil con los demás. • Trata de no pensar en el problema. • Intenta verle los aspectos 	Instrumento: Escala de Estrategias de Coping, modificada (EEC-M)
--	---	---	---

positivos al
problema.

- No es capaz de expresar abiertamente lo que siente.
 - Niega que tiene problemas.
 - Considera que los problemas los puede solucionar sin ayuda de los demás.
-

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.01. Características del lugar y de la muestra

3.01.01. Características del lugar

La Asociación Guatemalteca por el Autismo es una iniciativa privada sin ánimo de lucro que busca darle respuesta integral al Trastorno del Espectro de Autismo. Tiene como misión que la persona con autismo sea parte activa de una sociedad inclusiva. Y como visión promover el desarrollo integral de la persona dentro del espectro autista, creando, innovando y proveyendo herramientas que impulsen sus fortalezas.

La atención brindada por la Asociación se encuentra dividida en 6 programas cuyos pilares son la sensibilización y la comunicación respecto al tema, estos programas son:

- Programa Potenciales.
- Programa Psicoeducativo y Terapéutico.
- Programa Entiéndeme: formación de profesionales, padres y público en general.
- Programa Acercar: atención a distancia.
- Programa Acógeme: inclusión educativa, social y laboral.
- Programa de Diagnósticos.

Debido a la situación de Covid-19, se implementó un nuevo Programa Integral, que atiende a diferentes etapas, incluyendo los procesos de evaluación, diagnóstico, diseño y acompañamiento terapéutico basado en el Neuroaprendizaje individualizado, a través de la atención virtual y directa a cada familia. En alianza institucional con Fundación Colombiana Ángeles de la Guarda.

La Asociación trabaja en base a dos fuentes principales de ingresos, las cuales son el 45% aporte de padres de familia y 55% gestiones de la asociación. El primer grupo incluye donaciones mensuales acordadas con padres de familia, actividades eventuales de recaudación organizadas por padres de familia; en el segundo grupo se encuentran eventos anuales de recaudación: carreras, seminario, bingo y rifas; patrocinio de empresas y patrocinio de colaboradores de empresas, patrocinios individuales permanentes y esporádicos.

La institución cuenta con 15 profesionales especializados en la atención de autismo apoyando los programas individualizados. Y brinda capacitación de practicantes de Educación Especial de la Universidad San Carlos de Guatemala, de Psicología de Universidad del Valle y de Terapia Física de Universidad Da Vinci.

3.01.02. Características de la muestra

La muestra con la que se trabajó estuvo integrada por mujeres que participaron de forma voluntaria, que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo. Las participantes se encontraban entre los 20 años en adelante, en un estatus socioeconómico medio o medio bajo predominante, provenientes de todo el país, principalmente del municipio de Mixco. La mayoría de las mujeres contaba con tercero básico aprobado. En cuanto a la condición laboral, una parte de ellas contaba con trabajo estable, sin embargo, el grupo mayoritario mencionó ser ama de casa. Gran parte de las participantes se encontraban con pareja estable. Las religiones predominantes fueron la religión cristiana evangélica y cristiana católica.

3.02. Presentación e interpretación de resultados

La muestra con la que se trabajó fue con mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo, quienes contaban con la mayoría de edad, y mostraron disponibilidad para llenar los instrumentos de evaluación utilizados de manera virtual mediante un formulario de Google. Dicho formulario, constó del consentimiento informado (ver anexo 1), seguido del Inventario de Ansiedad de Burns (ver anexo 2), y la Escala de Coping, Modificada (EEC-M) (ver anexo 3).

En las siguientes tablas y figuras que se presentan, se detallan los datos obtenidos en base a la tabulación de las respuestas dadas por las participantes. Iniciando con el detalle general de éstos en la tabla 1, seguido a este se presenta en la figura 1, los resultados obtenidos del Inventario de Ansiedad de Burns que registra la ansiedad presentada por una persona y la cataloga en grados, en la figura 2 se presenta la cantidad de personas según rango de edades y grados de ansiedad de la aplicación del inventario, así como en la figura 3 el grado de ansiedad medio con los rangos de edad según la aplicación de este. En la figura 4 se muestran las estrategias de afrontamiento utilizadas por las participantes, según la frecuencia de uso, basándose en las respuestas obtenidas en la evaluación de la Escala de Coping, Modificada (EEC-M), seguido se encuentra la figura 5 que representa la frecuencia con la que la muestra utiliza las estrategias de afrontamiento según rangos de edad de esta.

Para analizar la relación que existe entre los datos obtenidos por ambos instrumentos de evaluación, se procedió mediante el coeficiente de correlación de Spearman, a verificar según el grado de ansiedad con las 12 estrategias evaluadas. Se distribuyó en la tabla 2 la estrategia de “religión”, en la tabla 3 la estrategia de “solución de problemas”, en la tabla 4 se encuentra “reevaluación positiva”, en la tabla 5 la estrategia “reacción agresiva”, en la tabla 6 la estrategia

“expresión de la dificultad de afrontamiento”, en la tabla 7 la estrategia “apoyo profesional”, en la tabla 8 la estrategia “apoyo social”, en tabla 9 la estrategia de “evitación emocional”, en la Tabla 10 la estrategia de “evitación cognitiva”, en la tabla 11 la estrategia de “espera” y en las Tablas 12 y 13, las estrategias de “autonomía” y “negación” respectivamente.

Tabla 1

Resultados generales de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Burns y La Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Ansiedad	25.28	17.63	4.00	83.00
Solución de Problemas	3.59	1.14	1.44	5.78
Apoyo Social	3.11	1.36	1.00	5.71
Espera	2.57	0.90	1.11	4.67
Religión	3.68	1.47	1.00	5.86
Evitación Emocional	3.26	1.12	1.25	5.63
Apoyo Profesional	2.64	1.62	1.00	6.00
Reacción Agresiva	2.64	1.33	1.00	5.60
Evitación Cognitiva	3.02	1.09	1.20	6.00
Reevaluación positiva	3.57	1.36	1.20	6.00
Expresión de la Dificultad de Afrontamiento	2.87	1.02	1.00	4.75
Negación	2.90	0.86	1.33	5.33
Autonomía	2.41	1.20	1.00	5.00
			N	40

Nota: los valores de ansiedad corresponden a los resultados obtenidos de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Burns. Los siguientes 12 valores, corresponden a las estrategias evaluadas por la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M). Los números resaltados corresponden a las estrategias más utilizadas por parte de las personas participantes.

En la tabla 1 se muestran los datos generales obtenidos al realizar la evaluación con las pruebas aplicadas a un grupo de 40 mujeres mayores de edad que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo. Se muestra que la media en el puntaje total de ansiedad es de

25.28, que según el baremo del Inventario de Ansiedad de Burns corresponde al rango de ansiedad moderada. Se obtuvo que el menor puntaje obtenido para esta prueba fue de 4 puntos equivalentes al grado mínimo o inexistente de ansiedad, y el máximo fue de 83 puntos, que equivale al grado extremo de ansiedad catalogado por el inventario, todo esto con una tendencia a variar de 17.63 puntos.

Las 12 estrategias de afrontamiento que evalúa la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M), se encuentran enumeradas seguidas a los datos de ansiedad, en las que se encontró que la media de la estrategia “solución de problemas” representa un 3.59, es decir, estrategia de uso frecuente con tendencia a variar de 1.14, llegando a ser el mínimo de 1.44 correspondiente a un uso nulo, y el máximo de 5.78, haciendo referencia a que siempre es utilizada. La estrategia “religión”, mostró una media de 3.68 es decir, utilizada con frecuencia, con una desviación típica de 1.47, teniendo como mínimo de uso 1, es decir, nunca se utiliza y como máximo 5.86, refiriéndose a que siempre se utiliza. La estrategia “reevaluación positiva”, cuenta con una media de uso de 3.57, correspondiente a uso frecuente, un mínimo de 1.20, cercano a una utilización nula y un máximo de 6, es decir que, siempre es utilizada y una tendencia a variar de 1.36. Siendo estas tres mencionadas, las más utilizadas de las estrategias de afrontamiento catalogadas como eficaces.

Las estrategias de afrontamiento, como se mostró en el marco teórico a lo largo de esta investigación, tienen como fin primordial lograr la adaptación de las personas ante una situación conflictiva o estresante, en donde se enfocan en mantener un balance emocional, preservando una imagen de la persona misma que sea satisfactoria para ésta, así como su sentido de competencia personal, ayudando al sostenimiento de relaciones sociales y a prepararse para

situaciones problemáticas futuras. En síntesis, tomando en consideración la noción según Snyder (1999), las estrategias de afrontamiento son consideradas eficaces (religión, solución de problemas, reevaluación positiva, apoyo social, expresión de la dificultad de afrontamiento, apoyo profesional y autonomía) solo si contribuyen en el bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona, y como no eficaces (la espera, evitación emocional, evitación cognitiva, reacción agresiva y negación), si no contribuyen de forma positiva a estas tres áreas mencionadas.

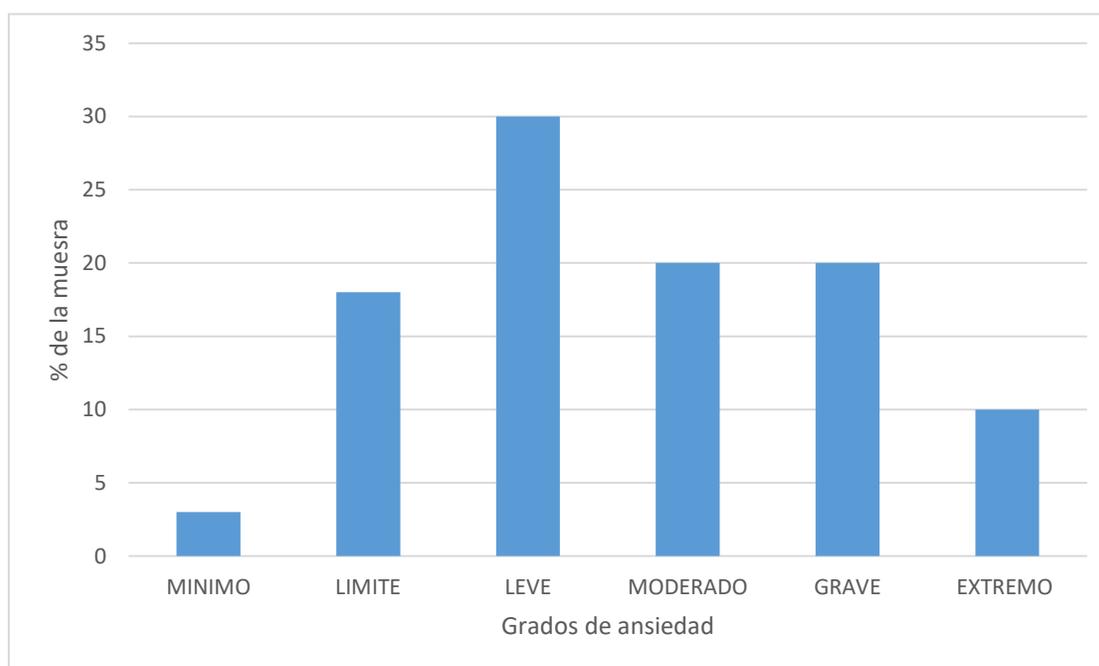


Figura 1. Porcentajes de la muestra según grados de ansiedad de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Burns.

La figura muestra los resultados de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Burns obtenidos por las mujeres participantes, los cuales se clasificaron según el baremo de dicho inventario, el cual consta de seis rangos de puntuación correspondientes a los grados de ansiedad, los cuales son los siguientes: el primer rango va de 0 a 4 lo cual apunta a un grado mínimo o

inexistente de ansiedad, el segundo es de 5 a 10 apuntado a un grado borde o límite, el tercer rango va de 11 a 20 correspondiente al grado leve, el cuarto es de 21 a 30 que apunta al grado moderado, el rango número cinco va de 31 a 50 lo cual apunta al grado grave, y por último, se encuentra el rango de 51 a 99 correspondiente al grado de ansiedad extremo o también llamado pánico.

Los porcentajes de respuestas de cada grado de ansiedad evaluado en la muestra, se presenta en la figura tomando en cuenta lo mencionado con anterioridad respecto a los grados de ansiedad según Burns, iniciando con el 2.5% para el grado mínimo correspondiente a solamente una persona, el 17.5% para el grado límite de ansiedad, el cual corresponde a 7 personas, el 30.0% para el grado leve correspondiente a 12 personas, el 20.0% para el grado moderado que corresponde a 8 personas, el grado grave se presenta con el 20.0% al igual que el grado anterior, de la misma manera correspondiente a 8 personas, y por último, con el 10.0% para el grado extremo de ansiedad que corresponde a solamente 4 personas de la muestra.

Se observa en la figura que el grado leve es el más alto respecto a las puntuaciones obtenidas por la muestra, sin embargo, existe una tendencia a mayor cantidad de personas que puntuaron en los grados grave y extremo, lo que contrasta en que la media sea de 25.28 correspondiente al grado de ansiedad moderado.

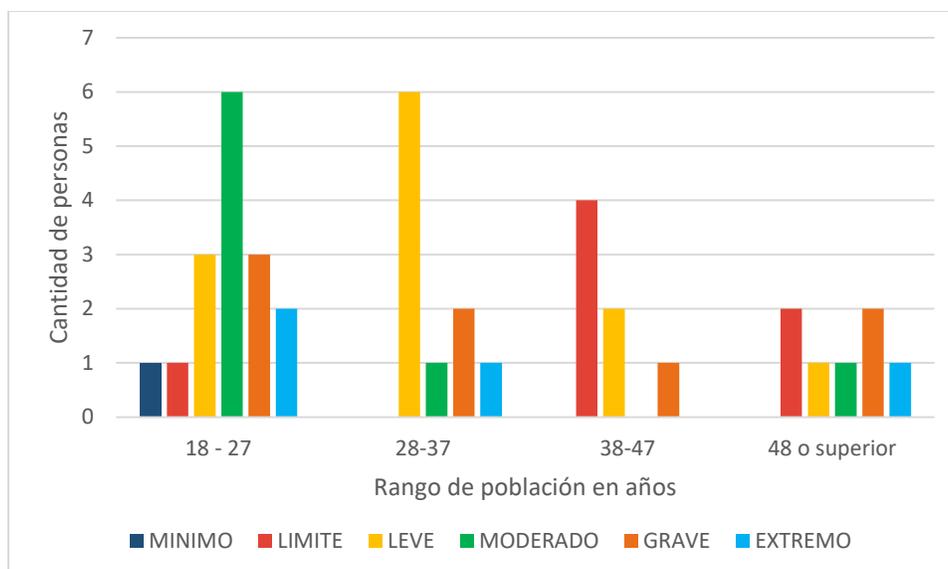


Figura 2. Cantidad de personas según rango de edades y grados de ansiedad de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Burns.

En la figura se puede observar la cantidad de personas que representan cada grado de ansiedad, clasificados según los rangos de edad de la muestra. Según las tabulaciones realizadas, respecto a la sumatoria de todas las participantes, el rango de mayor cantidad de personas es el de 18 a 27 años con un valor de 16, seguido de las personas que se encuentran en el rango de 28 a 37 años con una cantidad de 10 personas, situándose en tercer lugar los últimos dos restantes, el rango de 38 a 47 años y el de 48 o superior, con una cantidad de 7 personas en cada uno.

En el rango de 18 a 27 años, destaca el grado moderado con una cantidad de 6 personas, siendo el único rango de edades que cuenta con grado mínimo con la cantidad de 1 persona que puntuó dicho grado de ansiedad. Para el rango de 28 a 37 años destaca el grado leve siendo la cantidad de 6 personas quienes obtuvieron dicho grado de ansiedad como resultado. En el tercer rango, que corresponde de 38 a 47 años, destaca el grado de ansiedad límite con una cantidad de 4 personas. Por último, en el rango de edad de 48 o superior, destacan por igual el grado límite y grave, ambos con un valor de 2 personas quienes puntuaron dichos grados de ansiedad.

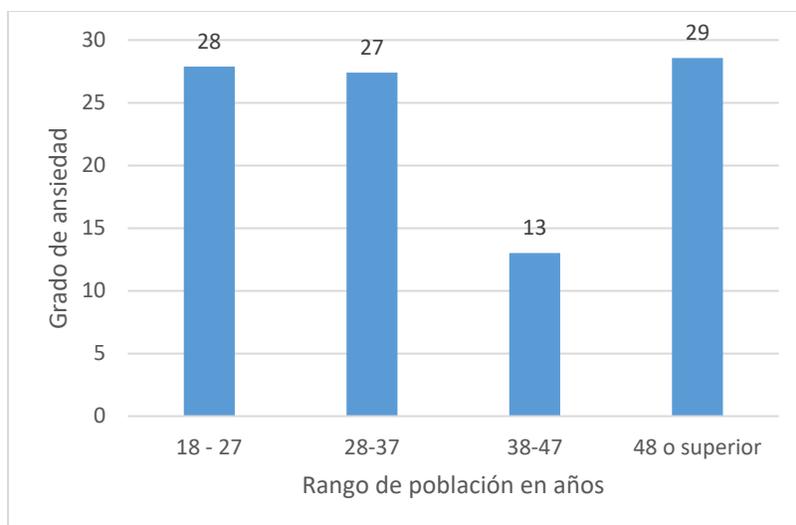


Figura 3. Grado de ansiedad medio por rango de edades según la Aplicación el Inventario de Ansiedad de Burns.

La figura muestra el grado de ansiedad medio que representa cada rango de edad. Iniciando con los rangos de 48 o superior con un valor de 29, de 18 a 27 años con un valor de 28 y el rango de 28 a 37 con un valor de 27, los cuales corresponden al grado moderado de ansiedad. Por último, el rango de edad que representa haber puntuado el menor grado de ansiedad, corresponde al de 38 a 47 años que cuenta con un valor de 13 que corresponde al grado de ansiedad leve.

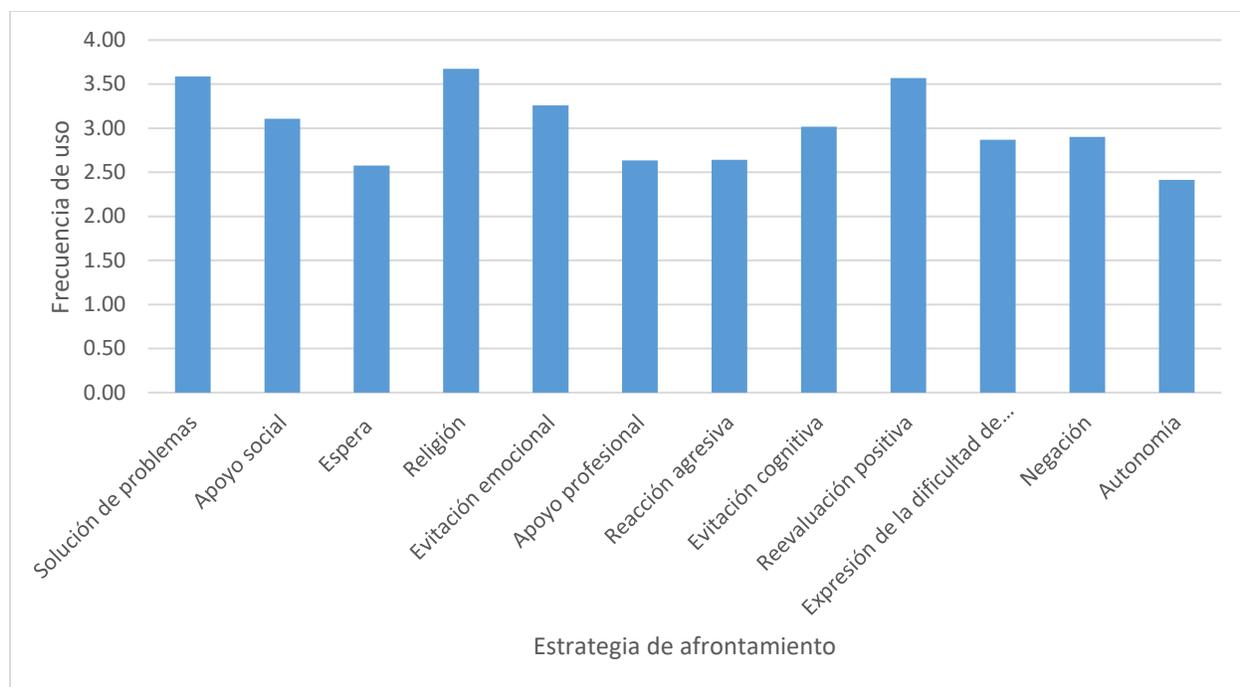


Figura 4. Frecuencia con la que la muestra utiliza las estrategias de afrontamiento evaluadas por la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

La figura muestra la frecuencia de uso de cada una de los resultados de la aplicación de la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M) obtenidos por las mujeres participantes, contrastados con cada una de las estrategias de afrontamiento que evalúa dicha escala, las cuales se dividen en dos grupos: las estrategias de afrontamiento eficaces (religión, solución de problemas, reevaluación positiva, apoyo social, expresión de la dificultad de afrontamiento, apoyo profesional y autonomía) y las no eficaces (la espera, evitación emocional, evitación cognitiva, reacción agresiva y negación).

La estrategia “solución de problemas” con 3.59 representa un uso frecuente, situándose como la segunda estrategia más utilizada por las participantes, “apoyo social” con 3.11 representa una frecuencia de uso ocasional, la estrategia de “espera” con 2.58 corresponde a una frecuencia de uso ocasional, “religión” con 3.8 se sitúa en un uso frecuente siendo la estrategia

de afrontamiento más utilizada por las participantes, “evitación emocional” con 3.26 representa un uso ocasional situándose como la cuarta estrategia más utilizada por la muestra, “apoyo profesional” con 2.64 que hace referencia a que casi nunca es utilizado, “reacción agresiva” con 2.64 que al igual que la estrategia anterior, corresponde a que casi nunca es utilizado por la muestra, “evitación cognitiva” con 3.02 se sitúa en uso ocasional, “reevaluación positiva” con 3.57 corresponde a un uso frecuente, situándose como la tercera estrategia más utilizada, “expresión de la dificultad de afrontamiento” con 2.87 representa un uso ocasional, “negación” con 2.90 al igual que la anterior, representa un uso ocasional de la estrategia, y por último, “autonomía” con 2.41 corresponde a un uso de casi nunca, siendo la estrategia menos utilizada por las participantes de la muestra.

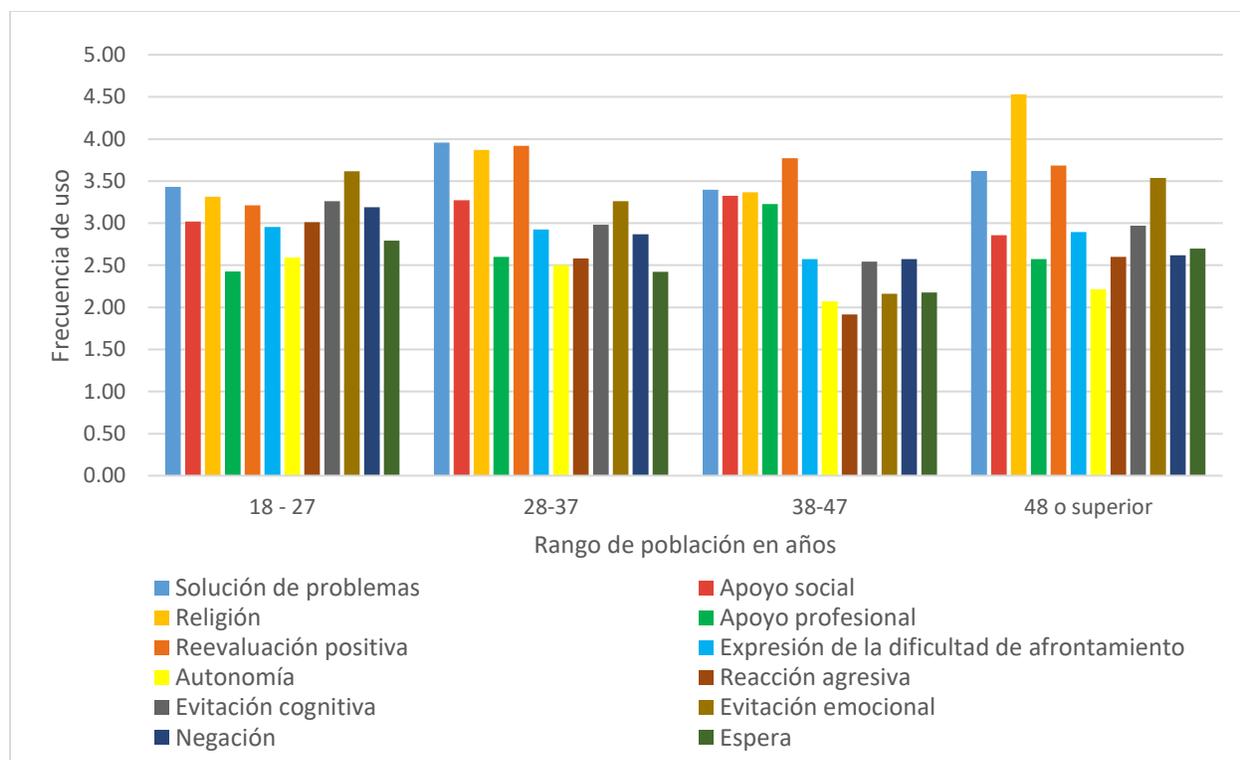


Figura 5. Frecuencia con la que la muestra utiliza las estrategias de afrontamiento según rangos de edad de esta, evaluadas por la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

La figura muestra la frecuencia con la que las personas que corresponden a cada rango de edad utilizan cada una de las estrategias de afrontamiento, siendo las primeras 7 barras las estrategias eficaces y las últimas 5 barras estrategias no eficaces.

En el primer rango de 18 a 27 años de edad, se aprecia que la estrategia que las personas de este rango utilizan con más frecuencia con un valor de 3.62 es la “evitación emocional”, correspondiente a la división de estrategia no eficaz, lo cual refleja que, ante una adversidad o conflicto que se presente en la vida cotidiana las personas de este rango tienden a la utilización de herramientas y recursos, con la finalidad de encubrir o privar las propias emociones buscando evadir las respuestas calificadas por la persona como reacciones negativas, por las consecuencias y carga general, o por la idea que existe una negativa social frente a la expresión de estas. Y la estrategia menos utilizada es la búsqueda de “apoyo profesional” con un valor de 2.43.

En el segundo rango de 28 a 37 años, la estrategia de afrontamiento más utilizada con un valor de 3.96 es la “solución de problemas”, la cual corresponde a la división de estrategia eficaz. Esto muestra que, las personas de este rango de edad se caracterizan por ejecutar una serie de acciones con el objetivo de resolver de manera satisfactoria un conflicto en específico que se les presente, habiendo tomado en cuenta el momento acertado para indagarlo e intervenirlo. La estrategia utilizada con menor frecuencia por este grupo es la “espera” con un valor de 2.42.

En el tercer rango de 38 a 47 años de edad, se observa que la estrategia utilizada con mayor frecuencia con un valor de 3.77 es la “reevaluación positiva”, correspondiente a la división de estrategia de afrontamiento eficaz, lo cual refleja que las personas que pertenecen a este rango de edad buscan mediante la identificación de aspectos positivos, aprender de las dificultades, contribuyendo de forma positiva a tolerar la problemática y fomentan los pensamientos que favorecen el enfrentamiento con la situación que se les presenta. Y la estrategia de afrontamiento menos utilizada es la “reacción agresiva” con un valor de 1.91.

El último rango, que representa a las personas de 48 años o superior, muestra que la estrategia de afrontamiento más utilizada con un valor de 4.53 es la “religión”, la cual al igual que la anterior, también corresponde a la división de estrategia eficaz. Esto muestra que, las personas de este rango de edad se centran en la idea de que el rezo y la oración orienta a tolerar y generar soluciones ante el problema, y así, poder manejar las emociones causadas por cualquier conflicto que se les presente. La estrategia utilizada con menor frecuencia por este grupo es la “reacción agresiva” con un valor de 2.21. También se observa que las estrategias de afrontamiento no eficaces se presentan con una frecuencia de uso similar a las estrategias eficaces.

En la figura se puede observar que, en el rango de edad de 18 a 27 años, se presentan las 7 estrategias de afrontamiento eficaces según su uso frecuente de forma descendente de la siguiente manera: iniciando con la estrategia de mayor uso “solución de problemas”, seguida de “religión”, “reevaluación positiva”, “expresión de la dificultad de afrontamiento”, “apoyo social”, “autonomía”, y, por último, la estrategia eficaz menos utilizada por este grupo de personas es el “apoyo social”. Respecto a las estrategias 5 estrategias de afrontamiento no eficaces, al igual que las anteriores, se presentan de forma descendente de la siguiente manera: siendo “evitación emocional” la más utilizada de este grupo, seguido de “evitación cognitiva”, “negación”, “reacción agresiva” y, por último, “la espera” es la estrategia no eficaz menos utilizada por este mismo grupo.

De forma descendente, en el segundo rango de edades que corresponde de 28 a 37 años, la estrategia de afrontamiento que muestra mayor uso es la “solución de problemas”, seguida de la “reevaluación positiva”, “religión”, “apoyo social”, “expresión de dificultad de afrontamiento”, “apoyo profesional”, y la “autonomía” situándose como la estrategia eficaz menos utilizada por este grupo de personas. Respecto a la frecuencia de uso de las estrategias no eficaces, la más utilizada es “evitación emocional”, seguida de “evitación cognitiva”, “negación”, “reacción agresiva” y, por último, “espera” siendo la estrategia de afrontamiento no eficaz menos utilizada por este grupo de personas. En este caso, las estrategias eficaces muestran un mayor uso que las no eficaces.

En el tercer rango que corresponde a la edad de 38 a 47 años, se observa que la estrategia eficaz más utilizada es “reevaluación positiva”, seguida de “solución de problemas”, “religión”, “apoyo social”, “apoyo profesional”, “expresión de la dificultad de afrontamiento” y, por último “autonomía” siendo esta la estrategia eficaz de menor uso por este grupo de personas. Respecto a

la frecuencia de uso de las estrategias no eficaces, la más utilizada es “negación”, seguida de “evitación cognitiva”, “espera”, “evitación emocional”, por último, “reacción agresiva” siendo la estrategia no eficaz menos utilizada por este mismo grupo. En este caso, se aprecia que las estrategias de afrontamiento eficaces son utilizadas notablemente con mayor frecuencia que las estrategias no eficaces.

En el cuarto rango de edad perteneciente a los 48 años o superior, se observa un uso muy frecuente que es notable en la estrategia de la división eficaz que es la “religión”, seguida por “reevaluación positiva”, “solución de problemas”, “expresión de dificultad de afrontamiento”, “apoyo social”, “apoyo profesional” y, por último, la estrategia eficaz menos utilizada por este grupo es la “autonomía”. Respecto a la frecuencia de uso de las estrategias no eficaces, la más utilizada es “evitación emocional”, seguida de “evitación cognitiva”, “espera”, “negación” y, por último, la estrategia no eficaz menos utilizada por este grupo es la “reacción agresiva”. En este caso, se muestra mayor uso de las estrategias de afrontamiento eficaces, sin embargo, no es notorio como en el caso anterior, que los valores no son muy distantes.

Tabla 2

Coeficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia religión y la ansiedad de la muestra total.

		Religión
Ansiedad	Coeficiente de correlación	-.332*
	Sig. (bilateral)	0.036
	N	40

Nota: *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 2 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “religión” que es inversamente proporcional (-), lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “religión” habrá un menor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.036, que al ser menor a 0.05 rechaza la hipótesis nula y acepta la de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre -0.2 y -0.4, refiere a que la correlación es baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 3

Coefficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia solución de problemas y la ansiedad de la muestra total.

		Solución de Problemas
Ansiedad	Coefficiente de correlación	-.336*
	Sig. (bilateral)	0.034
	N	40

Nota: *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 3 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “solución de problemas” que es inversamente proporcional (-), lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “solución de problemas” habrá un menor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.034, que al ser menor a 0.05 rechaza la hipótesis nula y acepta la de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre -0.2 y -0.4, refiere a que la correlación es baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 4

Coefficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia reevaluación positiva y la ansiedad de la muestra total.

		Reevaluación positiva
Ansiedad	Coefficiente de correlación	-.440**
	Sig. (bilateral)	0.004
	N	40

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 4 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “reevaluación positiva” que es inversamente proporcional (-), lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “solución de problemas” habrá un menor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.036, que al ser menor a 0.01 rechaza la hipótesis nula y acepta la de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre -0.4 y -0.6, refiere a que la correlación es moderada, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 5

Coefficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia reacción agresiva y la ansiedad de la muestra total.

		Reacción Agresiva
Ansiedad	Coefficiente de correlación	.394*
	Sig. (bilateral)	0.012
	N	40

Nota: *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 5 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “reacción agresiva” que es directamente proporcional, lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “reacción agresiva” habrá un mayor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.012, que al ser menor a 0.05 rechaza la hipótesis nula y acepta la de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre 0.2 y 0.4, lo cual refiere que la correlación es baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 6

Coeficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento y la ansiedad de la muestra total.

		Expresión de la Dificultad de Afrontamiento
	Coeficiente de correlación	.313*
Ansiedad	Sig. (bilateral)	0.049
	N	40

Nota: *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 6 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “expresión de la dificultad de afrontamiento” que es directamente proporcional, lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “expresión de la dificultad de afrontamiento” habrá un mayor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.049, que al ser menor a 0.05 rechaza la hipótesis nula y acepta la de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre 0.2 y 0.4, lo cual refiere que la correlación es baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 7

Coeficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia apoyo profesional y la ansiedad de la muestra total.

		Apoyo Profesional
	Coeficiente de correlación	-0.290
Ansiedad	Sig. (bilateral)	0.069
	N	40

La tabla 7 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “apoyo profesional” que es inversamente proporcional (-), lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “apoyo profesional” habrá un menor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.069, que al ser mayor a 0.05 no rechaza la hipótesis nula, por lo que no acepta la hipótesis de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre -0.2 y -0.4, lo cual refiere que la correlación es baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 8

Coeficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia apoyo social y la ansiedad de la muestra total.

		Apoyo Social
	Coeficiente de correlación	-0.247
Ansiedad	Sig. (bilateral)	0.124
	N	40

La tabla 8 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “apoyo social” que es inversamente proporcional (-), lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “apoyo social” habrá un menor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.124, que al ser mayor a 0.05 no rechaza la hipótesis nula, por lo que no acepta la hipótesis de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre -0.2 y -0.4, lo cual refiere que la correlación es baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 9

Coeficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia evitación emocional y la ansiedad de la muestra total.

		Evitación Emocional
	Coeficiente de correlación	0.218
Ansiedad	Sig. (bilateral)	0.176
	N	40

La tabla 9 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “evitación emocional” que es directamente proporcional, lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “evitación emocional” habrá un mayor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.176, que al ser mayor a 0.05 no rechaza la hipótesis nula, por lo que no acepta la hipótesis de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre 0.2 y 0.4, lo cual refiere que la correlación es baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 10

Coeficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia evitación cognitiva y la ansiedad de la muestra total.

		Evitación Cognitiva
	Coeficiente de correlación	-0.188
Ansiedad	Sig. (bilateral)	0.246
	N	40

La tabla 10 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “evitación cognitiva” que es inversamente proporcional (-), lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “evitación cognitiva” habrá un menor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.246, que al ser mayor a 0.05 no rechaza la hipótesis nula, por lo que no acepta la hipótesis de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre -0.0 y -0.2, lo cual refiere que la correlación es muy baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 11

Coefficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia espera y la ansiedad de la muestra total.

		Espera
	Coefficiente de correlación	0.159
Ansiedad	Sig. (bilateral)	0.327
	N	40

La tabla 11 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “espera” que es directamente proporcional, lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “espera” habrá un mayor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.327, que al ser mayor a 0.05 no rechaza la hipótesis nula, por lo que no acepta la hipótesis de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre 0.2 y 0.4, lo cual refiere que la correlación es muy baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 12

Coeficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia autonomía y la ansiedad de la muestra total.

		Autonomía
	Coeficiente de correlación	-0.006
Ansiedad	Sig. (bilateral)	0.971
	N	40

La tabla 12 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “autonomía” que es inversamente proporcional (-), lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “autonomía” habrá un menor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.971, que al ser mayor a 0.05 no rechaza la hipótesis nula, por lo que no acepta la hipótesis de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre -0.0 y -0.2, lo cual refiere que la correlación es muy baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

Tabla 13

Coefficiente de Correlación de Spearman de los resultados de la estrategia negación y la ansiedad de la muestra total.

		Negación
	Coefficiente de correlación	-0.004
Ansiedad	Sig. (bilateral)	0.983
	N	40

La tabla 13 muestra la relación que existe entre la ansiedad total obtenida por las 40 mujeres de la muestra en la evaluación del Inventario de Ansiedad de Burns, con la estrategia de afrontamiento “negación” que es inversamente proporcional (-), lo cual indica que, al haber un mayor uso de la estrategia “negación” habrá un menor grado de ansiedad. Cuenta con un nivel de significancia de 0.983, que al ser mayor a 0.05 no rechaza la hipótesis nula, por lo que no acepta la hipótesis de investigación. Al encontrarse el coeficiente de correlación de Spearman entre -0.0 y -0.2, lo cual refiere que la correlación es muy baja, debido a la diversidad de respuestas seleccionadas por las mujeres participantes de la muestra en el inventario ya mencionado, y en la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M).

3.03. Análisis general

La ansiedad forma parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado leve de la misma, que se relaciona con las situaciones cotidianas y que constituye una respuesta, fisiológica y adaptativa, proporcionada al estímulo que la origina. Esta ansiedad se convierte en patológica cuando no cumple una función adaptativa o cuando por su intensidad, cualidad o duración, es desproporcionada y excede los límites aceptables para la persona.

La intensidad y frecuencia con la que se presenta el conjunto de las manifestaciones, signos y/o síntomas característicos de la ansiedad, que según Burns (1999) son las que determinan el grado de esta, que la persona puede llegar a presentar. Al realizar una revisión general de los resultados obtenidos respecto al Inventario de Ansiedad de Burns, se pudo identificar que en los grupos en donde se presenta un grado de ansiedad menor fue el rango de las edades de 38 a 47 años, siendo el grado de ansiedad leve el que obtuvieron como resultado final.

Se encontró que el grado más alto de ansiedad por rangos de edades, fueron los de 48 años o superior, seguido por 18 – 27 años y por último el de 28- 37 años, con un punto de diferencia entre cada uno, estando todos en rango moderado. Cabe resaltar, que en el rango de 18 – 27 años destacó en cuanto a cantidad de personas que de manera individual puntuaban rangos de ansiedad extrema y grave. Partiendo de esto, nace la necesidad en las personas por construir estrategias lo más adaptativas y funcionales posibles. En este punto, las estrategias de afrontamiento tomaron un papel sumamente importante ante la ansiedad presentada por las personas, con el fin de lograr la adaptación ante situaciones de amenaza.

En el caso de la estrategia “expresión de la dificultad de afrontamiento”, se mostró que en el grupo que tuvo menor uso, fue el rango de 38 - 47 años, y en este mismo rango, la estrategia

“apoyo profesional” presentó una mayor frecuencia de uso en comparación con los demás rangos de edades. El resultado de esta última estrategia, “apoyo profesional”, aunque no tuvo un nivel apropiado de significancia, si se encontró cerca de este, ya que los rangos de edad de 18 - 27 años, 28 - 37 años y 48 años o superior, no le brindaron importancia relevante a esta.

En el rango de 38 - 47 años, se obtuvieron resultados contrarios al anterior, por lo que se puede apreciar que el uso frecuente de la estrategia “apoyo profesional”, en específico la búsqueda de atención psicológica, la cual genera un mayor índice de respuesta ante la ansiedad, es decir, mientras las personas busquen más apoyo profesional menor será el grado de ansiedad que presenten. Esto se ve reflejado en el grupo de mujeres que puntúan menor grado de ansiedad, ya que la estrategia de mayor uso fue el “apoyo profesional”. Con esto último, se infiere que, también se puede reflejar en el mayor uso que se les da a las estrategias eficaces y en la escasa utilización de las estrategias no eficaces, ya que, al prestarle una mayor relevancia a la guía brindada por el profesional hacia la persona, las demás estrategias de afrontamiento se ven influenciadas de forma positiva al mantenerse equilibradas, es decir, sin un uso excesivo o una utilización nula.

Las estrategias de afrontamiento no eficaces, en su mayoría, mostraron bajo nivel de significancia, y bajo nivel de correlación, sin embargo, estos datos pueden significar que la utilización no excesiva de estas, en algunos casos, ayudan a regular la ansiedad en algunas personas, mientras que, para otras mujeres, estas estrategias pueden presentar una disminución en el grado de ansiedad sin presentar mayor relevancia o incluso, aumentarla. Todo esto dependerá notablemente del uso frecuente, excesivo o nulo que se les dé a las estrategias eficaces y a las no eficaces utilizadas por la persona, y este uso múltiple entre cada una genera una gran diversidad en las respuestas, haciendo que no presenten un resultado constante.

Las personas, de esta manera, consiguen incrementar su adaptación al entorno que los rodea y a las exigencias que este medio demanda. Lo cual, se relaciona con la noción de que las capacidades de afrontamiento son importantes para la prevención de conflictos y para que la persona cumpla la función de adaptación al ambiente, con el fin primordial que, según Snyder (1999) las estrategias de afrontamiento son eficaces cuando llegan a contribuir en el bienestar fisiológico, psicológico, emocional y social de las personas, de lo contrario, se estaría hablando de las estrategias de afrontamiento no eficaces.

En el caso de las estrategias en las que no se encontró una relación inversamente proporcional entre ellas y el grado de ansiedad, se llegó a la inferencia de que no dependerá únicamente del resultado de la estrategia examinada, sino del uso adecuado y frecuente que se dé al conjunto de estas, concordando con la teoría, que este uso adecuado sería brindarle una mayor atención y al mismo tiempo, una utilización equilibrada a las estrategias eficaces, y disminuir notablemente el uso de las no eficaces. Sustentando este hecho, con la explicación de los autores Lazarus & Folkman (1986) que las estrategias de afrontamiento no solo tienen un componente intrínseco en la persona, sino que, también se desarrollan según el ambiente y contexto en que la persona se encuentra. Así mismo, la teoría cognitivo-conductual también ayudó a integrar con fundamento los resultados obtenidos, ya que este modelo se compone tanto de los factores internos como de los externos de la persona.

Los resultados obtenidos en la investigación han logrado develar la importancia de la utilización de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres participantes, en la comprensión de los ajustes que estas realizan en su ambiente. Esto llevó a los investigadores a realizar un taller virtual con las mujeres que participaron en la investigación, en el que se

abordaron los temas de ansiedad y estrategias de afrontamiento de manera dinámica en el que pudieron participar abiertamente cada una de ellas.

En el transcurso de la realización del taller, las participantes expresaron la escasa importancia que le habían brindado a varias de las estrategias o formas distintas de afrontar las situaciones adversas que se les han presentado, y mostraron interés en aprender las que no conocían y reforzar las que ya empleaban de forma adecuada o modificarlas en caso de haberlas empleado de forma inadecuada. Refirieron el haber comprendido la relevancia de todas las estrategias de afrontamiento y cómo estas les serían útiles en situaciones cotidianas. También expresaron la necesidad de emplearlas actualmente con mayor frecuencia por la situación de pandemia en que se encuentra el país.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01. Conclusiones

- Las estrategias de afrontamiento “religión”, “solución de problemas”, “reevaluación positiva”, “reacción agresiva” y “expresión de la dificultad de afrontamiento” presentaron una relación directa y significativa con el grado de ansiedad presentado, por lo que rechazan la hipótesis nula y aprueban la hipótesis de investigación.
- La estrategia “apoyo profesional” mostró una relación directa, pero no significativa con el grado de ansiedad, sin embargo, el grado de significancia se encontraba cercano a los índices de aprobación de hipótesis investigación.
- Las estrategias “apoyo social”, “evitación emocional”, “evitación cognitiva”, “espera”, “autonomía” y “negación” mostraron una relación directa, pero no significativa al grado de ansiedad presentado, por lo que no rechazan la hipótesis nula.
- La frecuencia de uso que se le da a cada estrategia de afrontamiento hace variar la relación que tiene con el grado de ansiedad que presentan las mujeres participantes.
- El grado moderado de ansiedad, fue el grado medio identificado al evaluar la ansiedad con el Inventario de Ansiedad de Burns (IAB) a las mujeres participantes en la investigación.
- La evaluación con la Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M) permitió identificar que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las participantes son “religión”, “solución de problemas”, “reevaluación positiva”, “evitación emocional” y “apoyo social”.

4.02. Recomendaciones

A futuros investigadores se recomienda:

- Continuar investigando sobre la relación entre los grados de ansiedad y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres.
- Continuar la investigación con las estrategias de afrontamiento “apoyo profesional”, “apoyo social”, “evitación emocional”, “evitación cognitiva”, “espera”, “autonomía” y “negación”, con una muestra mayor de personas para comprobar la relación significativa de estas con el grado de ansiedad.

A la Asociación Guatemalteca por el Autismo se recomienda:

- Proporcionar herramientas a las mujeres asistentes a la institución, para fortalecer las estrategias de afrontamiento que ya utilizan.
- Mantener una evaluación continua de la ansiedad a las mujeres que asisten a la institución.
- Continuar con el abordaje de los temas ansiedad y estrategias de afrontamiento por medio de talleres psicoeducativos a las personas que asisten a la asociación.
- Brindar seguimiento terapéutico a las participantes que puntaron altos grados de ansiedad, así como también, a las personas evaluadas a futuro.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas se recomienda:

- Fomentar el aprendizaje sobre estrategias de afrontamiento en los y las estudiantes de las carreras que les concierne.
- Enseñar a los y las estudiantes el manejo adecuado sobre las estrategias de afrontamiento, cómo utilizarlas y potenciarlas.

4.03. Referencias

- AAVV. (1978). *Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación*. . DHEW Publication No. (OS) 78-0012.
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe, vol. 30*, 123-145.
- AMM. (5 de Mayo de 2015). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Obtenido de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barlow, D. (2002). *Ansiedad y sus desordenes: La naturaleza del tratamiento de la ansiedad y el pánico*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A., Emery, G., & Grenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Burns, D. (1999). *El manual de ejercicios de sentirse bien*. Buenos Aires: Paidós.
- Cardona, M., Chiner, E., & Lattur, A. (2006). *Diagnóstico Psicopedagógico*. San Vicente: Club Universitario.
- Castellanos, M., López, J., Caballé, M., & García, H. (2009). El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica. *Revista Cubana de Estomatología*, 1-10.
- Chorot, P., & Sandín, B. (1993). *Escala de Estrategias de Coping revisado (EEC-R)*. Madrid: UNED.
- CIOMS. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con seres humanos*. Obtenido de Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con seres humanos.: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/01/CIOMS-EthicalGuideline_SP_WEB.pdf
- Colegio de Psicólogos de Guatemala. (2018). *Reglamento de tribunal de honor y código de ética del Colegio de Psicólogos*. Obtenido de https://gallery.mailchimp.com/129f1fa7913fd0f714f533d50/files/49146ee8-c231-405a-89c4-55c77432b9cf/CO_DIGO_DE_ETICA_VERSION_OFICIAL_6_8_2018.pdf
- Di-Colloredo, C., Aparicio, D., & Moreno, J. (2006). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombre y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina.*, 125-156.
- Franca-Tarragó, O. (2012). *Manual de Psicoética. Ética para psicólogos y psiquiatras*. Bilbao: Desclée.
- Franks, C. (1969). *Behavior therapy: Appraisal and status*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Freud, S. (1964). *A disturbance of memory on the Acropolis*. Londres: Hogarth.
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: avances de la disciplina, vol. 4, no.1*, 63-70.

- González, A., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento antes problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 501-509.
- Hernández, N., & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Librosenred.
- Kiriaccou, C., & Sutcliffe, J. (1978). Teacher Stress, Prevalence, Sources and Symptoms. *Journal of Educational Psychology*, #48, 323-365.
- Lang, N., Karring, T., & N., M. (2002). Group E Sumary. *Journal of clinical periodontology*, vol. 29, 232-234.
- Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in psychotherapy*, 90-102.
- Lazarus, R. (1976). *Patterns of adjustment*, 3rd ed. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R., & Folkam, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.
- Lewis, A. (1980). Problems presented by the ambiguous word anxiety as used in psychopathology. En G. Burrows, & B. Davies, *Studies on anxiety* (págs. 1-15). Amsterdam: Elsevier/North-Holland.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., & Arango, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping modificada (EEB-M) en una muestra colombiana. *Univ.Psychol.Bogotá (Colombia)*, 327-349.
- Mattlin, J., Wethington, E., & Kessler, R. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 103-122.
- Mechanic, D. (1974). *Social structure and personal adaptation: some neglected dimensions*. Nueva York: Basic Books.
- Miguel-Tobal, J. (1990). La ansiedad. En J. Pinillos, & J. Mayor, *Tratado de psicología general: motivación y emoción* (págs. 309-344). Madrid: Alhambra.
- OMS. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.
- OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra.
- OMS. (13 de abril de 2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Rawls, J. (1979). *Teoría de la justicia*. Madrid: FCE.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal- Estar E Subjetividade/ Fortaleza/ vol. III*, 10-59.
- Snyder, C. (1999). *Coping. The psychology of what works*. Nueva York: Oxford University Press.

- Spielberger, C., Pollans, C., & Wordan, T. (1984). Anxiety disorders. En S. Turner, & M. Hersen, *Ault Psychopathology and diagnosis* (págs. 263-303). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Universidad de San Carlos de Guatemala. (2009). *Bibliomed*. Obtenido de Encuesta Nacional de Salud Mental: bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2009/015.pdf
- Valdés, M., & Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés, 2da. ed.* Barcelona: Martínez Roca.
- Virues, R. (25 de mayo de 2005). *RevistaPsicologíaCientífica.com*. Obtenido de Estudio sobre ansiedad: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
- Wolpe, J. (1958). Neurosis. En W. Arrol, H. Eysenck, & R. Meili, *Diccionario de psicología* (págs. 404-408). Madrid: Rioduero.

Anexos

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

Autores: Lizeth García y Miguel Lazo.



Consentimiento informado

Proyecto de investigación: “Grados de ansiedad en relación a estrategias de afrontamiento”.

En mujeres que asisten a la Clínica Niño Sano.

El propósito del siguiente documento de consentimiento informado es solicitar su participación de forma voluntaria en la investigación, así como también, describir de forma clara y sintetizada los objetivos del estudio, los beneficios, sus derechos, los posibles riesgos y las alternativas de las que dispondrá durante todo el proceso.

La presente investigación es conducida por Alejandra Lizeth García Mazariegos y Miguel Angel Lazo Masaya, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Psicología en la Universidad San Carlos de Guatemala. El objetivo general de este estudio es establecer una relación entre el grado de ansiedad y las diferentes formas de afrontar los efectos que esta genera en las mujeres que asisten a la Clínica del Niño Sano durante el año 2020.

Si usted acepta participar en este estudio, el cual se trabajará de forma grupal con el resto de las personas partícipes, se le pedirá proporcionar a los investigadores las iniciales de su nombre y su edad para llevar su registro. Posteriormente, se le solicitará responder al Inventario de Ansiedad que consta de 33 enunciados para conocer el grado de ansiedad que usted presenta; y la Escala de Estrategias que contiene 69 enunciados para conocer la frecuencia con la que usted utiliza las 12 estrategias de afrontamiento que ésta evalúa. Ambos instrumentos se entregarán de forma física junto a los materiales a utilizar (lápiz, borrador y sacapuntas), se brindarán las

indicaciones necesarias para su realización. Dicho proceso tomará un tiempo de aproximadamente entre 60 y 70 minutos, otorgando un espacio de resolución de dudas respecto a las instrucciones.

Al concluir este proceso, se le informará sobre la fecha en la que podrá conocer los resultados obtenidos en las evaluaciones, brindando de forma individual a cada participante las sus hojas de respuesta del inventario y la escala, y los datos con sus explicaciones pertinentes. De ser necesario, dependiendo de los resultados obtenidos, la persona participante será referida al Departamento de Psicología para brindarle un seguimiento a la evaluación, sin ser esta obligatoria, ya que la persona podrá decidir si deseará asistir o no.

Entre los posibles beneficios que podrá obtener al participar en la investigación se encontrarán los siguientes: conocerá el grado de ansiedad que usted maneja, podrá saber de qué manera distinguir en sí misma cuándo está experimentando ansiedad por medio de conductas o dolencias físicas, cuáles son las 12 estrategias para afrontar las situaciones conflictivas o de amenaza, y cuáles son las estrategias que usted utiliza con mayor frecuencia. Esto le facilitará la resolución adecuada de problemáticas cotidianas en un futuro.

No se visualizan efectos contraproducentes al participar en la investigación, sin embargo, si usted considera en algún momento sentirse en riesgo, como experimentar alguna reacción emocional que le genere incomodidad o molestia, los investigadores están preparados para intervenir en dicha situación con el apoyo solicitado a la psicóloga del Departamento de Psicología de la institución.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de lo establecido para la ejecución

de esta investigación. Sus respuestas generales, el inventario y la escala serán debidamente codificadas haciendo uso de números y letras de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Todos los instrumentos que lleguen a ser utilizados por usted a lo largo de la investigación, después de haber sido codificados, por lo que no se conocerá la identidad de quien los respondió, serán examinados por el docente revisor de contenido, y el coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs). De igual manera, los resultados generales obtenidos serán mostrados al director de la Clínica del Niño Sano y a la encargada del Departamento de Psicología de esta, también serán publicados en el informe final de la investigación. Al concluir el estudio, todo documento tanto físico como electrónico será entregado al departamento de investigación CIEPs para su guardia y custodia y, transcurrido un año serán los encargados de destruirlos.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, podrá acudir a los investigadores quienes podrán resolverle cualquier inquietud. De igual manera, si en algún momento no desea continuar con la participación en la investigación, podrá retirarse libremente en cualquier momento sin que eso le perjudique de ninguna manera. Si alguna de las preguntas realizadas durante el proceso le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacerlo saber a los investigadores o de no responderlas, si es esa su decisión.

Al firmar el presente documento usted acepta participar voluntariamente en esta investigación, reconociendo que ha sido informado/a del objetivo del estudio, así como del procedimiento de este, y que no ha sido obligado por parte de los investigadores, ni se le ha pagado para que participe. Al finalizar, se le dará una copia de este consentimiento y puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.



Consentimiento informado para el participante



Yo _____ (iniciales del nombre)

- He leído la hoja de información al paciente en relación con el estudio arriba citado.
- He tenido la oportunidad de comentar los detalles de este con los investigadores _____ y _____. (nombres)
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He entendido por completo el propósito del estudio.

Estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado, y entiendo que puedo retirarme del mismo:

- En el momento en que lo desee.
- Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma del participante _____

Fecha _____

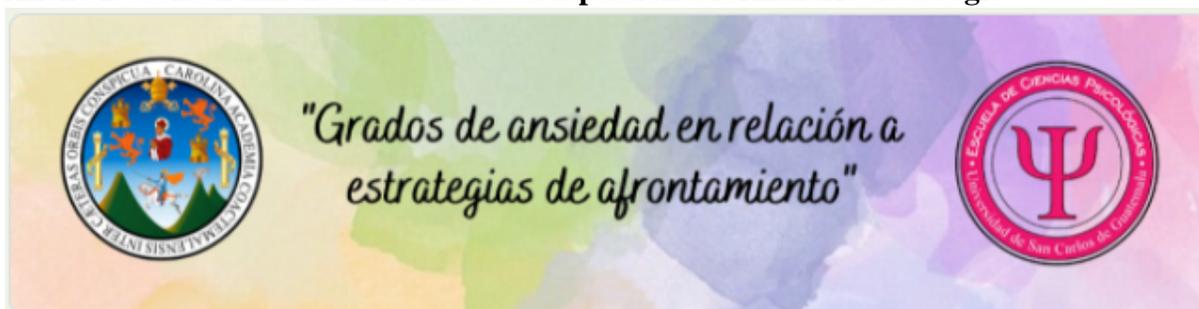
Confirmando que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado.

Firma del profesional _____

Fecha _____

Se requieren dos copias: Para el investigador y para el participante.

Anexo 2. Consentimiento informado – adaptación a formulario de Google



Universidad de San Carlos de Guatemala Escuela de Ciencias Psicológicas Autores: Lizeth García y Miguel Lazo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación: "Grados de ansiedad en relación a estrategias de afrontamiento".
En mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo.

El propósito del siguiente documento de consentimiento informado es solicitar su participación de forma voluntaria en la investigación, así como también, describir de forma clara y sintetizada los objetivos del estudio, los beneficios, sus derechos, los posibles riesgos y las alternativas de las que dispondrá durante todo el proceso.

La presente investigación es conducida por Miguel Angel Lazo Masaya y Alejandra Lizeth García Mazariegos, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Psicología en la Universidad San Carlos de Guatemala. El objetivo general de este estudio es establecer una relación entre el grado de ansiedad y las diferentes formas de afrontar los efectos que esta genera en las mujeres que asisten a la Asociación Guatemalteca por el Autismo durante el año 2020.

Si usted acepta participar en este estudio, el cual se trabajará de forma virtual con el resto de las personas partícipes, por medio de un formulario de Google se le pedirá proporcionar a los investigadores las iniciales de su nombre y su edad para llevar su registro. Posteriormente, se le solicitará responder al Inventario de Ansiedad que consta de 33 enunciados para conocer el grado de ansiedad que usted presenta; y la Escala de Estrategias que contiene 69 enunciados para conocer la frecuencia con la que usted utiliza

las 12 estrategias de afrontamiento que ésta evalúa. Ambos instrumentos serán presentados a usted de forma digital, en un formulario de Google, los cuales contarán con las respectivas instrucciones para su posterior realización. El formulario contará con los enunciados respectivos a cada instrumento, junto a las posibles respuestas que deberá seleccionar según su criterio. Dicho proceso no contará con límite de tiempo, por lo que usted podrá responder cada enunciado en el tiempo que lo necesite. Si llegara a necesitar ayuda o desea resolver alguna duda respecto a las instrucciones o sobre algún enunciado, se le brindarán los números telefónicos y correos de los investigadores quienes le ayudarán a resolverlas.

Entre los posibles beneficios que podrá obtener al participar en la investigación se encontrarán los siguientes: conocerá el grado de ansiedad que usted maneja, podrá saber de qué manera distinguir en sí misma cuándo está experimentando ansiedad por medio de conductas o dolencias físicas, cuáles son las 12 estrategias para afrontar las situaciones conflictivas o de amenaza, y cuáles son las estrategias que usted utiliza con mayor frecuencia. Esto le facilitará la resolución adecuada de problemáticas cotidianas en un futuro.

No se visualizan efectos contraproducentes al participar en la investigación, sin embargo, si usted considera en algún momento sentirse en riesgo, como experimentar alguna reacción emocional que le genere incomodidad o molestia, los investigadores están preparados para intervenir en dicha situación. De ser así, puede abocarse a los investigadores y de manera individual se le brindará la atención adecuada, por medio de videollamada en zoom o llamada telefónica según usted lo considere apropiado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de lo establecido para la ejecución de esta investigación. Sus respuestas generales, el inventario y la escala serán debidamente codificadas haciendo uso de números y letras de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Todos los instrumentos que lleguen a ser utilizados por usted a lo largo de la investigación, después de haber sido codificados, por lo que no se conocerá la identidad de quien los respondió, serán examinados por el docente revisor de contenido, y el coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs). De igual manera, los resultados generales obtenidos serán mostrados la directora de la Asociación Guatemalteca por el Autismo y serán publicados en el informe final de la investigación. Al concluir el estudio, todo documento tanto físico como electrónico será entregado al departamento de investigación CIEPs para su guardia y custodia y, transcurrido un año serán los encargados de destruirlos.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, podrá acudir a los investigadores quienes podrán resolverle cualquier inquietud. De igual manera, si en algún momento no desea continuar con la participación en la investigación, podrá retirarse libremente en cualquier momento

sin que eso le perjudique de ninguna manera. Si alguna pregunta realizada durante el proceso le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacerlo saber a los investigadores o de no responderla, si es esa su decisión.

Al llenar y completar el presente documento usted acepta participar voluntariamente en esta investigación, reconociendo que ha sido informado/a del objetivo del estudio, así como del procedimiento del mismo, y que no ha sido obligado por parte de los investigadores, ni se le ha pagado para que participe. Al finalizar, se le enviará una copia de este consentimiento al correo que sea brindado y puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

***Obligatorio**

Consentimiento informado para el/la participante.

Yo: *

(Iniciales del nombre)

Tu respuesta _____

De: *

(años de edad)

Tu respuesta _____

Me identifico como: *

Hombre

Mujer

De: *

(años de edad)

Tu respuesta

Me identifico como: *

Hombre

Mujer

- He leído el documento digital de información al paciente en relación al estudio arriba citado.
- He tenido la oportunidad de comentar los detalles del mismo con los investigadores Miguel Angel Lazo Masaya y Alejandra Lizeth García Mazariegos.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He entendido por completo el propósito del estudio.

Estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado, y entiendo que puedo retirarme del mismo:

- En el momento en que lo desee.
- Sin tener que dar explicaciones.

Al continuar con este formulario presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Los investigadores Miguel Angel Lazo Masaya Y Alejandra Lizeth García Mazariegos confirmamos que al haber presentado este formulario hemos explicado la naturaleza de éste estudio arriba citado. Se brindarán una copia al participante de éste formulario.

Siguiente

Página 1 de 3

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Anexo 3. Inventario de Ansiedad de Burns (IAB)

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BURNS (IAB)

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

Señale con un (✓) la casilla situada a la derecha de cada uno de los 33 ítems para indicar con qué intensidad ha padecido este tipo de sensación durante los últimos días. asegúrese de que contesta todas las preguntas. Si tiene dudas en algún caso, indique lo que más se aproxime.

0 = Nada 2= Bastante

1 = Algo 3= Mucho

		0	1	2	3
1.	Ansiedad, nerviosismo, preocupaciones o miedo.				
2.	Sensación de que las cosas de tu alrededor son extrañas o irreales.				
3.	Sensación de distanciamiento respecto de todo o alguna parte de tu cuerpo.				
4.	Momentos de pánico repentino o inesperado.				
5.	Sentimientos aprensivos de muerte inminente.				
6.	Sensación de estar tenso, estresado o "al límite".				
7.	Dificultad para concentrarse.				
8.	Incapacidad para centrarse en un pensamiento, fugacidad de ideas.				
9.	Pensamientos atemorizantes.				
10.	Sentir que te encuentras a punto de perder el control.				
11.	Miedo a sufrir un colapso o a volverse loco.				
12.	Miedo a padecer una enfermedad física o a sufrir un ataque al corazón.				
13.	Temor a sufrir un desmayo pasajero.				
14.	Temor a que los demás piensen que eres estúpido.				
15.	Miedo a estar solo o a ser abandonado.				

16.	Temor a la crítica y a la desaprobación.				
17.	Sensación de que algo terrible va a ocurrir.				
18.	Palpitaciones.				
19.	Dolor o tensión en el pecho.				
20.	Pinchazos o insensibilidad en los dedos.				
21.	Sensación de hormigueo en el estómago.				
22.	Catarro o diarrea.				
23.	Sensación de cansancio.				
24.	Tensión muscular.				
25.	Sudoración no producida por la temperatura ambiental.				
26.	Sensación de tener un nudo en la garganta.				
27.	Temblores o estremecimientos.				
28.	Debilidad en las piernas.				
29.	Sensación de mareo o pérdida del equilibrio.				
30.	Sensación de sofoco o dificultad para respirar.				
31.	Molestias, dolores en el cuello, en la espalda, etc.				
32.	Escalofríos.				
33.	Sensación de debilidad y cansancio.				

Total: _____

Grado de ansiedad: _____

Anexo 4. Inventario de Ansiedad de Burns (IAB)- adaptación a formulario de Google



"Grados de ansiedad en relación a estrategias de afrontamiento"



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Autores: Lizeth García y Miguel Lazo.

*Obligatorio

Inventario de Ansiedad de Burns (IAB)

El siguiente instrumento estandarizado tiene el objetivo de evaluar el grado de ansiedad que usted podría estar presentando.

INSTRUCCIONES

Marque la casilla situada a la derecha de cada uno de los 33 enunciados para indicar con qué intensidad ha padecido este tipo de sensación durante los últimos días. Asegúrese de que contesta todas las preguntas. Si tiene dudas en algún caso, indique lo que más se aproxime.

ENUNCIADOS *

	NADA (0)	ALGO (1)	BASTANTE (2)	MUCHO (3)
1. Ansiedad, nerviosismo, preocupaciones o miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Sensación de que las cosas de tu alrededor son extrañas o irreales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sensación de distanciamiento respecto de todo o alguna parte de tu cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Momentos de pánico repentino o inesperado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentimientos aprensivos de muerte inminente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sensación de estar tenso, estresado o "al límite".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dificultad para concentrarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Incapacidad para centrarse en un pensamiento, fugacidad de ideas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pensamientos atemorizantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sentir que te encuentras a punto de perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Miedo a sufrir un colapso o a volverse loco(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Miedo a padecer una enfermedad física o a sufrir un ataque al corazón.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temor a sufrir un desmayo pasajero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Temor a que los demás piensen que eres estúpido(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Miedo a estar solo(a) o a estar abandonado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Temor a la crítica y a la desaprobación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sensación de que algo terrible va a ocurrir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Palpitaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Dolor o tensión en el pecho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Pinchazos o insensibilidad en los dedos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sensación de hormigueo en el estómago.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Catarro o diarrea. (de forma constante)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Sensación de cansancio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tensión muscular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Sudoración no producida por la temperatura ambiental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Sensación de tener un nudo en el garganta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Temblores o estremecimientos (sobresaltos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Debilidad en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Sensación de mareo o pérdida de equilibrio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Sensación de sofoco o dificultad para respirar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Molestias, dolores en el cuello, en la espalda, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Escalofríos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Sensación de debilidad y cansancio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Le surgió alguna duda al momento de llenar el inventario?

Tu respuesta

Atrás

Siguiente

 Página 2 de 3

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Anexo 5. Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M)

ESCALA DE COPING MODIFICADA (EEC-M)

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L., Arango D., Aguirre, D. C.

Nombre: _____ **Edad:** _____

Fecha: _____

Instrucciones:

A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años.

Por favor responda colocando el número correspondiente a la opción con la que más se identifique en la casilla de color gris según las indicaciones a continuación

1 = Nunca 2 = Casi nunca 3 = A veces
4 = Algo 5 = Mucho 6 = Siempre

PREGUNTA		RESPUESTA
1	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado.	
2	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	
3	Procuró no pensar en el problema.	
4	Descargo mi mal humor con los demás.	
5	Intento ver los aspectos positivos del problema.	
6	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento.	
7	Procuró conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional.	
8	Asisto a la iglesia.	
9	Espero que la solución llegue sola.	
10	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados.	
11	Procuró guardar para mí los sentimientos.	
12	Me comporto de forma hostil con los demás.	
13	Intento sacar algo positivo del problema.	

14	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema.	
15	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten.	
16	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro.	
17	Espero el momento oportuno para resolver el problema.	
18	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona.	
19	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo.	
20	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento.	
21	Evado las conversaciones o temas que tiene que ver con el problema.	
22	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	
23	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	
24	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	
25	Tengo fe en que Dios remedie la situación	
26	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	
27	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	
28	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	
29	Dejo que las cosas sigan su curso	
30	Trato de ocultar mi malestar	
31	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	
32	Evito pensar en el problema	
33	Me dejo llevar por mi mal humor	
34	Hablo con mis amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	
35	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	
36	Rezo	
37	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darles la mejor solución a los problemas	
38	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	
39	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	
40	Me resigno y dejo que las cosas pasen	
41	Inhibo mis propias emociones	
42	Busco actividades que me distraigan	
43	Niego que tengo problemas	
44	Me salgo de casillas	
45	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	
46	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	
47	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino por seguir	
48	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	
49	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	
50	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	

51	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	
52	Me es difícil relajarme	
53	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	
54	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	
55	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	
56	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	
57	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	
58	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	
59	Dejo todo en manos de dios	
60	Espero que las cosas se vayan dando	
61	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	
62	Trato de evitar mis emociones	
63	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	
64	Trato de identificar las ventajas del problema	
65	considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	
66	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	
67	Busco tranquilizarme a través de la oración	
68	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	
69	Dejo que pase el tiempo	

Anexo 6. Escala de Estrategias de Coping, Modificada (EEC-M)- adaptación a formulario de Google



"Grados de ansiedad en relación a estrategias de afrontamiento"



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Autores: Lizeth García y Miguel Lazo.

*Obligatorio

Escala de Coping Modificada (EEC-M)

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S.L., Arango D. y Aguirre D. C.

El siguiente instrumento estandarizado tiene el objetivo de identificar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento empleadas por usted para afrontar problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida.

INSTRUCCIONES

A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación o problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años.

Por favor responda marcando la casilla con la que más se identifique.

ENUNCIADOS *

9. Espero que la solución llegue sola.

10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados.

11. Procuero guardar para mí los sentimientos.

12. Me comporto de forma hostil con los demás.

13. Intento sacar algo positivo del problema.

14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema.

15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten.

16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro.

17. Espero el momento oportuno para resolver el problema.

18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona.

19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo.

20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento.

21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema.

22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias.

23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema.

32. Evito pensar en el problema.

33. Me dejo llevar por mi mal humor.

34. Hablo con mis amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal.

35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar.

36. Rezo.

37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas.

38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar.

48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión.

49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar.

50. Considero que las cosas por si solas se solucionan.

51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas.

52. Me es difícil relajarme.

53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros.

54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema.

55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar.

56. Tengo muy presente el dicho "Al mal tiempo, buena cara".

57. Procuero que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos.

58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales.

59. Dejo todo en manos de Dios.

60. Espero que las cosas se vayan dando.

61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas.

62. Trato de evitar mis emociones.

63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas.

64. Trato de identificar las ventajas del problema.

65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás.

66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional.

67. Busco tranquilizarme a través de la oración.

68. Frente a un problema, espero conocer la situación antes de actuar.

69. Dejo que pase el tiempo.

¿Le surgió alguna duda al momento de llenar la escala?

Tu respuesta

Atrás

Enviar

Página 3 de 3