

“Ansiedad rasgo: sus diferencias según género”

Valeria Wallace

Tutora:

Denise Benatuil

1 de noviembre de 2007

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MARCO TEORICO.....	6
2. 1 Ansiedad.....	6
2.1.1 Ansiedad rasgo – estado.....	7
2.1.2 Ansiedad normal y patológica.....	9
2.1.3 Trastornos de ansiedad.....	11
2.1.4 Epidemiología y factores predisponentes de t. de ansiedad.....	15
2. 2 Modelos teóricos de la ansiedad.....	17
2.2.1 Modelo biológico.....	17
2.2.2 Modelo psicodinámico.....	17
2.2.3 Modelo conductista.....	18
2.2.3.1 Modelo de condicionamiento de la ansiedad.....	18
2.2.3.1.1 Condicionamiento clásico: Modelo de Watson y Rayner.....	18
2.2.3.1.2 Condicionamiento clásico y operante: Modelo Bifactorial	
Mediacional.....	19
2.2.4 Modelo cognitivo.....	20
2.2.4.1 Proceso Bioinformacional.....	21
2.2.4.2 Sesgos cognitivos y ansiedad.....	22
2.3 ¿Mujeres más ansiosas que hombres?.....	23
2.3.1 Causas de ansiedad en la mujer.....	23
2.3.1.1 Factores biológicos.....	24
2.3.1.2 Factores sociales.....	25
3. OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivo general.....	29
3.2 Objetivos específicos.....	30
4. METODO.....	30
4.1 Tipo de estudio.....	30
4.2 Diseño.....	30
4.3 Hipótesis.....	30
4.4 Muestra.....	30

4.5 Instrumento.....	31
4.6 Procedimiento.....	33
4.7 Presentación y análisis de resultados.....	33
5. CONCLUSIONES.....	35
6. REFERENCIAS.....	41
ANEXO 1.....	47
ANEXO 2.....	48

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final de integración se deriva de la Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo. El cumplimiento de estas trescientas veinte horas se llevó a cabo en el Servicio de Psiquiatría de un hospital ubicado en la ciudad autónoma de Buenos Aires, en el período de abril a agosto de 2007.

El Servicio de Psiquiatría de dicha Institución, desarrolla actividades no solo con fin clínico, sino también en base a investigaciones, que son en parte el soporte de la práctica clínica. Estas actividades se desarrollan en el área de Trastornos de Ansiedad y de Estado de Ánimo. En base a estos objetivos, a los pacientes se les administra una batería psicodiagnóstica para un mejor abordaje de estos. Entre los test que se administran, se encuentra el Inventario Estado – Rasgo de ansiedad -STAI- de Spielberger, que realiza mediciones sobre el grado de rasgo y estado ansioso de los pacientes. Por considerarse al rasgo una estructura estable, el presente trabajo intentará conocer si existen diferencias del rasgo ansioso en pacientes hombres y mujeres del Servicio de Psiquiatría del hospital.

Es un dato relevante que la mayor parte de las personas que acuden al Servicio de Psiquiatría, obtiene puntajes elevados en la ansiedad de rasgo y/o de estado. Esto no es un dato menor si se observa la multiplicidad de presiones y exigencias que actualmente tienen las personas. Mantener o conseguir puestos de trabajo, lograr una subsistencia adecuada, educar a los hijos en un mundo convulsionado por los cambios de valores, disparan fácilmente una respuesta ansiosa. Tal respuesta se manifiesta en sudoración, aumento de palpitations del corazón, tensión muscular, mareos, entre otros.

La ansiedad es una de las principales causas que produce que las personas visiten al médico de prevención primaria. Además, los trastornos de ansiedad son los problemas mentales más frecuentes entre todos los trastornos psicológicos. Es por todo esto, que se considera de vital importancia conocer aquellos factores que puedan estar vinculados con un incremento de la ansiedad. En este trabajo, además de las diferencias por género –objetivo primordial del mismo- se considerarán otras variables sociodemográficas que podrían estar asociadas a la experimentación repetida de elevados niveles de ansiedad. En este sentido, la importancia del presente trabajo se centra en que brinda algunos datos útiles para quienes pretendan desarrollar políticas de salud mental.

Si bien se reconoce que diversos factores sociodemográficos se encuentran relacionadas con los niveles de ansiedad experimentados, esta investigación privilegia la variable género sobre las restantes. Esta elección se fundamenta en la intriga que ocasionó el vínculo mujer – ansiedad al haberse observado mayores niveles de ansiedad en pacientes mujeres del hospital durante la pasantía correspondiente. Sin embargo, debido a que factores sociodemográficos desfavorables, como bajo nivel educativo, bajo salario, entre otras, aumentan la vulnerabilidad de padecer altos niveles de ansiedad, y a fin de lograr mejor alcance del trabajo, se cree necesario determinar la distribución de tales variables implicadas en la muestra.

Pues bien, ¿que influencia pueden tener tales aspectos sobre la ansiedad de una persona?, es cierto que se dice que las mujeres son más ansiosas que los hombres, ¿pero esto es verdad?, y de ser así, ¿a que se debe?, ¿al rol que le atribuye el género?, Estas son preguntas que se intentarán responder en el transcurso del trabajo, y otras surgirán al haberlo terminado, lo cual dará lugar a futuras investigaciones.

Dando un acercamiento al tema a tratar, se puede adelantar que las mujeres son más vulnerables a la ansiedad, tanto por cuestiones biológicas como sociales. Desde temprana edad se les enseña que el hombre es más fuerte, por tanto se lo debe tratar distinto –discriminación de género-, también se les enseña como tienen que comportarse, sentir, reglas, normas que la sociedad espera de ellas, a partir de la cual se estructura su experiencia vital. A esto, se le agrega que hoy en día muchas mujeres son el sostén de la casa, trabajan, estudian, además de seguir cumpliendo con las exigencias tradicionales que le demanda la sociedad, por lo que se incrementan las presiones.

Conocer si la mujer tiende a ser más ansiosa que el hombre, posibilita comprender que esta tendencia, no solo es resultado de aspectos biológicos, sino también de la propia historia de la cultura a través de las características asociadas a los roles de género. En este sentido es que se puede realizar la prevención de trastornos de ansiedad, por medio de la detección y posterior modificación de los factores contribuyentes a la aparición de estos trastornos. Si bien esto parece ser una utopía, se puede producir el cambio a partir de un tratamiento psicoterapéutico, que facilite la modificación de creencias y pensamientos rígidos sobre su self, y el mundo que la rodea.

El presente trabajo, muestra como es concebida la ansiedad desde los distintos modelos teóricos –modelo biológico, psicodinámico, conductual, y cognitivo-, poniendo mayor énfasis en el modelo cognitivo, ya que es la orientación que utiliza la sección de ansiedad del Servicio de Psiquiatría del presente hospital.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional específico con sentimientos desagradables, percibidos por la conciencia de nerviosismo, tensión y aprensión, con activación del sistema nervioso autónomo (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2002). Ahora bien, ¿Cómo es que se llega a este estado emocional? García Higuera (2004), responde a esta pregunta afirmando que solo a través de un proceso individual y meramente subjetivo. El desencadenante de este proceso es una situación determinada, la cual incita a una activación general del organismo con el objetivo de emitir una respuesta. Sin embargo, simultáneamente el individuo realiza dos evaluaciones automáticas, una sobre la situación que ha aparecido y otra sobre sus capacidades para afrontarla. De acuerdo con esas evaluaciones el individuo se prepara para actuar de determinada forma y esa preparación es lo que genera la emoción. La activación es común a todas las emociones, la evaluación que se hace de la situación y de su capacidad para afrontarla produce una emoción específica. Según Lazarus y Folkman (1985), cuando la situación es valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal, aparece el estrés. Obviamente, existen diversas formas de responder a este, entre ellas se encuentra la ansiedad. En este sentido se puede afirmar, como sostiene Fernández Abascal, Martín Díaz y Domínguez Sánchez (2001), que mientras la ansiedad es una emoción, el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones.

Ante lo expuesto, Cía (2002), plantea que la ansiedad constituye una reacción emocional o patrón de respuestas ante la percepción o anticipación de una situación amenazante o peligrosa, tanto externa como interna, tales como pensamientos, ideas, creencias, entre otros. La finalidad de dicha reacción es la de proteger al individuo, para esto realiza una serie de cambios corporales en los que se ve involucrado el sistema nervioso autónomo, preparándolo para la lucha o huida. Tal es así, como Kaplan y Sadock (1999), afirman que la ansiedad insita a la persona a tomar las medidas necesarias para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias. En este sentido, García Higuera (2004), sostiene que gracias a la ansiedad la especie humana ha podido subsistir y ha llegado a ser tan poderosa.

Según Belloch, Sandín y Ramos (1995), la propiedad anticipatoria de la ansiedad, le confiere un valor funcional importante, ya que posee una utilidad biológico-adaptativa.

Bulacio (2004), agrega que esta propiedad anticipatoria se encuentra ante situaciones relacionadas con su defensa y otras relacionadas con el ataque, pero estas funciones básicas se complejizan a partir de los múltiples significados que pueden darse a las experiencias vividas y anticipadas en relación consigo mismo, pero también con los demás y con el mundo en que vive. De manera tal, que la defensa no solo será ante amenazas inmediatas, sino también ante amenazas potenciales, las cuales no solo serán físicas, sino también cognitivas; en este sentido, la amenaza dependerá de la valoración que el sujeto haga de los estímulos y de su capacidad de respuesta mediada por la valoración de sus recursos. Sin embargo Kaplan y Sadock (1999), afirman que este tipo de ansiedad, no solo es adaptativa, sino que también implica un crecimiento individual acompañado de cambios, nuevas experiencias, descubrimientos de identidad y del sentido de vida.

Por otro lado, debido a que la preparación del sujeto para la lucha o huida de una amenaza, puede dar lugar a emociones bastantes similares, es que se procederá a la distinción entre ansiedad, miedo y angustia. Kaplan y Sadock (1999), explican que el miedo es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida; mientras que la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior. A lo expuesto, Márquez López Mato (2002), agrega que existen otras características que distinguen al miedo de la ansiedad, ya que el primero no es anticipatorio, y es de menor duración que el segundo. Sin embargo, Cía (2002), sostiene que la angustia es un temor sin objeto al igual que la ansiedad, pero la diferencia radica en que la angustia posee un carácter más somático o visceral, en cambio la ansiedad se manifiesta como más fluida y espiritual, presentando síntomas respiratorios predominantes. A si mismo, la angustia se vivencia como amenaza de muerte inminente y de perder el control de uno mismo, sin saber a que atenerse; la ansiedad se vive más bien como posibilidad de que pueda ocurrir algo incierto.

2.1.1 Ansiedad rasgo – estado

Cano Vindel (1989), asegura que la ansiedad ha sido estudiada no solo como respuesta emocional, sino también como rasgo de la personalidad. En este sentido, a fin de

comprender la doble vertiente de rasgo y emoción, desde la psicología de la personalidad, ha surgido el modelo rasgo – estado.

Según Spielberger, Gorsuch y Lushene (2002), cualquier individuo experimenta de vez en cuando niveles de ansiedad, pero existen diferencias sustanciales entre las personas en cuanto a la frecuencia e intensidad con que las experimentan. La ansiedad puede presentarse como una reacción temporal o como una condición más o menos estable en forma de predisposición.

Sobre la base de las ideas planteadas por Cattell y Scheier, y el concepto de señal de peligro de Freud; Spielberger, Gaudry, y Vagg, (1975), redefinen los siguientes conceptos:

- Ansiedad estado: ...“es una condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión, aprehensión, asociadas a la activación del sistema nervioso central. El estado de ansiedad puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo” (p.331).

- Ansiedad rasgo: ... “se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a la ansiedad. Las diferencias individuales en ansiedad rasgo reflejarían la frecuencia e intensidad con que los estados de ansiedad han sido experimentados en el pasado, y en la probabilidad de que la reacción rasgo de ansiedad se manifieste en el futuro” (p.331).

Ante este último concepto, Leibovich (1991), aporta que el nivel de ansiedad rasgo da cuenta de la tendencia a ver al mundo como algo peligroso, y en la frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante el prolongado lapso de tiempo. Un ejemplo representativo que presenta la autora, son las diferencias entre la gente en la tendencia a percibir las situaciones estresantes como peligrosas, y en la disposición a responder a tal situación con mayor o menor elevación en la intensidad del rasgo de ansiedad. Lo dicho por la autora se remite a la afirmación de Spielberger et al. (1975), el cual sostiene que las diferencias individuales en rasgo de ansiedad se presentan con independencia de la naturaleza específica de las situaciones.

A pesar de lo expuesto, Aragón Arjona (2003), afirma que existen investigadores como Weinberg y Gould , que cuestionan la relación directa entre la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Ante el planteo de Spielberger et al. (1975), sobre que los individuos

con mayores índices de rasgo tenderán a responder con un estado de ansiedad mayor, los investigadores citados anteriormente lo ponen en duda, citando el ejemplo de que un individuo con rasgo de ansiedad alto, puede aprender a desarrollar técnicas que reduzcan el nivel de ansiedad.

Por otro lado, Cano Vindel y Arcas Guijarro (1999), afirman la existencia de diferentes modelos rasgo –estado que han tratado de explicar las diferencias interindividuales en las manifestaciones de ansiedad. Dentro de estos modelos cabe diferenciar entre los modelos de corte fisiológicos y los psicológicos.

Las teorías fisiológicas consideran que las diferencias en el rasgo de ansiedad están afectadas por factores hereditarios. Las personas con un alto rasgo ansioso serían genéticamente más sensibles a la información potencialmente amenazante del entorno, experimentando con mucha más frecuencia estados de ansiedad.

Sin embargo, Tongersen (1983), manifiesta que se ha podido comprobar experimentalmente, que la aportación de los factores genéticos en la determinación del rasgo de ansiedad, es muy modesta. Estas teorías, proveen una perspectiva unidimensional del rasgo, y no estudian los factores medioambientales, que tienen un sesgo importante sobre las diferencias individuales en ansiedad.

Sin embargo, las teorías de corte psicológico han aportado explicaciones más complejas. Han asumido progresivamente una mayor determinación de los factores cognitivos en la explicación del rasgo ansioso. A lo cual, Spielberger, et al. (1968), agregan que el mecanismo fundamental es la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona acerca de los estímulos externos e internos.

2.1.2 Ansiedad normal y patológica

Según Kaplan y Sadock (1999), la ansiedad es referida, en general, como una sensación de miedo y pérdida de control, se experimenta como una sensación difusa y desagradable, que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como dolores de cabeza, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, entre otras. Sin embargo, la conciencia de estar nervioso o asustado ante la experimentación de sensaciones fisiológicas, puede incrementar la ansiedad. Consecuentemente se producen distorsiones en la percepción, no solo respecto al tiempo y al espacio, sino también

respecto de las personas y del significado de los sucesos. Estas distorsiones pueden interferir en el aprendizaje al disminuir la concentración y reducir la memoria. Las personas ansiosas tienen una atención selectiva, ya que están predispuestas a seleccionar ciertas cosas de su entorno y descuidar otras en su esfuerzo por demostrar que está justificado considerar una situación como amenazante y responder en consecuencia.

Bulacio (2004), afirma que la ansiedad cumple una función adaptativa para el hombre y por lo tanto debe ser considerada como una emoción normal. Sin embargo, cuando la ansiedad se generaliza o adquiere una gran dimensión o se transforma en una respuesta rígida, se vuelve desadaptativa, y en tal sentido debe considerarse patológica. Kaplan y Sadock (1999), plantean que en este tipo de ansiedad, las personas justifican falsamente su miedo creando un círculo vicioso, donde aumentando la atención selectiva incrementan la ansiedad. Ante lo manifestado anteriormente por estos dos autores, Cía (2002), agrega que la ansiedad que es considerada normal aparece a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Sí, por el contrario, la valoración de una amenaza es distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una ansiedad que tiende a persistir transformándose en patológica. La ansiedad normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas. La ansiedad patológica es desmedida y persistente, anticipa un futuro incierto o amenazante y de a poco restringe la autonomía y el desarrollo personal de quien la sufre. Belloch, et al. (1995), plantean que la ansiedad desadaptativa no solo anticipa un peligro irreal, sino también que sus manifestaciones tienen mayor frecuencia duración e intensidad que la ansiedad normal. Ante lo expuesto, Bulacio (2004), refiere que la respuesta ansiosa se evidencia mediante un conjunto de manifestaciones sintomatológicas muy variadas que dependen del grado de ansiedad que padezca la persona. De esta manera, la sintomatología puede clasificarse en diferentes grupos:

-Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

- Cognitivos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de despersonalización, temor a perder el control, incertidumbre y dificultad para tomar decisiones. También se observan

dificultades de atención, concentración y memoria, preocupaciones excesivas, aumento de los descuidos entre otros.

-Conductuales: Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza para actuar, impulsividad, inquietud motora. Estos síntomas se acompañan por cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal, como son las posturas cerradas, movimientos torpes, cambios en la voz, entre otros.

- Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para mantener una conversación, verborrea en otros casos, dificultades para expresar las propias opiniones, entre otros.

Ahora bien, no todas las personas tienen los mismo síntomas, ni estos la misma intensidad en todos los casos. En caso de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de baja intensidad, corta duración, y no son incapacitantes. Por el contrario, en los trastornos de ansiedad, estos síntomas se manifiestan de manera significativa. Otra variable que influye en la vulnerabilidad de ciertos síntomas, es la predisposición biológica y psicológica.

2.1.3 Trastornos de ansiedad

Según Bulacio (2004), el síntoma de la respuesta ansiosa puede formar parte de numerosos cuadros clínicos o ser el núcleo de los trastornos de ansiedad. Belloch, et al. (1995), sostienen que estos tipos de trastornos se definen por la presencia predominante de síntomas ansiosos, siendo estos irracionales, excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para la persona.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales –DSM IV (1995)-, realiza una clasificación de los trastornos de ansiedad:

- *Trastornos de angustia con o sin agorafobia*: Se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación en el sujeto. Bulacio (2004), prefiere llamarlo trastorno por pánico, refiere que sus síntomas más frecuentes son: transpiración, palpitaciones, dolores en el pecho, mareos o vértigos,

náuseas o problemas estomacales, asfixia, sensación de falta de control, temor a morir, entre otros. Belloch et al. (1995), agregan que este trastorno puede engendrar fobias relacionadas con los lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido, provocando la evitación de los mismos. Es por esto, que el DSM IV (1995), distingue entre trastorno de angustia con y sin agorafobia.

Kaplan y Sadock (1995), sostienen que al menos un 1.6% de la población padece trastorno por pánico y es más común en las mujeres que en los hombres. A esto el DSM IV (1995), sostiene que el trastorno de angustia sin agorafobia se diagnostica dos veces más en mujeres que en varones, mientras que esta relación es 3 a 1 para el trastorno de angustia con agorafobia. Es relevante mencionar que los estudios con gemelos indican una influencia genética en la aparición del trastorno de angustia. Además de la influencia genética, también se ha encontrado que el único factor social identificado que contribuye al desarrollo del trastorno de angustia es una historia reciente de divorcio o separación.

-Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: Según el DSM IV (1995), este trastorno se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas. Bulacio (2004), plantea que se debe recordar que la agorafobia también puede aparecer sin historia por trastorno de pánico.

- Fobia específica: El DSM IV (1995), caracteriza este trastorno por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. El individuo con fobia comprende que sus miedos son irracionales pero frecuentemente enfrentarse a los objetos o a las situaciones que las ocasionan, provocan un ataque de pánico o ansiedad severa. El diagnóstico de este trastorno se realiza cuando el comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o si la existencia de esta fobia provoca un malestar evidente. Según Bulacio (2004), las fobias específicas atacan a más de una de cada diez personas. Kaplan y Sadock (1999), agregan que este trastorno es el más común entre las mujeres y el segundo más común entre los hombres. La proporción mujer – hombre es de 2 a 1, aunque esta proporción pasa a ser de 1 a 1 en la fobia tipo

sangre – inyecciones – daño. Su etiología se asocia a la interacción entre factores biológicos y genéticos, por un lado, y ambientales, por otro. Además, parece haber una cierta incidencia familiar según el tipo de fobia.

- *Fobia social*: Según Belloch et al.(1995), este trastorno se caracteriza por un miedo intenso generado por situaciones sociales en las que la persona es expuesta a desconocidos o a la evaluación de los demás, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Bulacio (2004), sostiene que el mayor miedo de la persona fóbica es sentirse humillado ante otras personas. Este autor agrega que es un trastorno frecuentemente hereditario. Tal es así, como Kaplan y Sadock (1999), lo asocian a un cierto rasgo de personalidad caracterizado por un patrón constante de inhibición conductual. Asociado a este rasgo, se encuentra el hallazgo psicológico de que los padres de las personas con fobia social eran menos cariñosos, más críticos y más sobreprotectores que otros padres.

En cuanto a la prevalencia de dicho trastorno, el DSM – IV (1995), refiere que los estudios epidemiológicos sugieren que la fobia social es más frecuente en las mujeres, sin embargo, cuándo se estudian poblaciones clínicas, ambos sexos se encuentran igualmente propensos.

- *Trastorno Obsesivo Compulsivo*: El DSM – IV (1995), caracteriza este trastorno por la presencia de obsesiones que causan ansiedad y malestar significativo, y/o compulsiones, cuyo fin es neutralizar dicha ansiedad. Según Bulacio (2004), las obsesiones son pensamientos, impulsos, imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados, causando ansiedad y malestar significativo. Las compulsiones, son comportamientos, actos mentales repetitivos que reducen la ansiedad generada por las obsesiones. Kaplan y Sadock (1999), afirman que la prevalencia de este trastorno en población general, se estima en un 2% - 3%. Entre los adultos, los hombres y las mujeres tienen la misma posibilidad de verse afectados. Los estudios genéticos, demuestran que este trastorno tiene un componente genético significativo. No obstante, los datos no distinguen todavía las influencias culturales y conductuales en la transmisión de este trastorno. Solo se ha podido saber, a través de estudios familiares, que un 35% de los familiares de primer grado de pacientes con trastorno obsesivo – compulsivo están también afectados por este trastorno.

- *Trastorno por estrés postraumático*: El DSM – IV (1995), caracteriza este trastorno por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debido al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Kaplan y Sadock (1999), afirman que la prevalencia de este trastorno está estimada entre un 1% a un 3% en la población general. La experiencia traumática de los hombres suele ser el combate y en las mujeres la más habitual es el asalto o violación. El trastorno es más probable que se presente en personas solteras, divorciadas, viudas, aislados socialmente o con problemas económicos.

La pregunta frecuente que se suele hacer es: ¿por qué no todos desarrollan un trastorno por estrés postraumático tras una experiencia traumática?; la respuesta se encuentra en la interacción de factores biológicos y psicológicos preexistentes y los sucesos que se hayan producido después del trauma. Sin embargo, se cree que el surgimiento del trastorno tiene más que ver con el significado subjetivo del factor estresante de cada persona, que con la gravedad del factor estresante en sí mismo.

- *Trastorno por estrés agudo*: El DSM – IV (1995), sostiene que este trastorno se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático, con la excepción de que sus síntomas ocurren durante las cuatro semanas siguientes al suceso y duran de dos días a cuatro semanas.

- *Trastorno de ansiedad generalizada*: Según Cía (2002), este trastorno comprende una preocupación excesiva e incontrolable sobre dos o más aspectos de la vida de un individuo, provocándole interferencias en su habilidad para desempeñarse normalmente. Kaplan y Sadock. (1999), afirman que la prevalencia anual de este trastorno, oscila entre el 3% y 8%, siendo la proporción mujer – hombre de 2 a 1. En cuanto a su etiología, se sabe, como todo trastorno mental, que existe una combinación de factores genéticos, rasgos de personalidad, sucesos estresantes de la vida, que se combinan para dar lugar a la enfermedad. Es cierto, que los pacientes con dicho trastorno heredan cierta disposición para desarrollarlo; pero también es cierto que se caracterizan por tener prejuicios cognitivos de ver al mundo como un lugar peligroso, reforzado, a su vez, por experiencias pasadas.

- *Trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas*: El DSM – IV (1995), sostiene que este trastorno se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

- *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*: Según Kaplan y Sadock (1999), este trastorno se caracteriza por síntomas de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

- *Trastorno de ansiedad no especificado*: El DSM – IV (1995), afirma que esta sección incluye trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominente, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos.

2.1.4 Epidemiología y factores predisponentes de los trastornos de ansiedad

Belloch, et al. (1995), sostienen que los trastornos de ansiedad son los trastornos psicológicos que más prevalecen en la población general como en los contextos psiquiátricos. Cía (2004), plantea que según datos de la OMS, se estima que el 25 % de los pacientes asistidos en la clínica general presentan síntomas de ansiedad. A lo largo de la vida, del 20 al 25 % de la población desarrolla alguno de los trastornos de ansiedad, la mayoría de los cuales son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. La gran incidencia de estos trastornos provocó la demanda del 33 % de los costos globales destinados a los problemas de salud mental. Sin embargo Belloch et al. (1995), afirman que existe el predominio de unos tipos de trastornos de ansiedad sobre otros. Parece ser que el trastorno de ansiedad más frecuente en la población es la fobia específica, a la que le sigue el trastorno de ansiedad generalizada. A esto se le agrega no solo los factores predisponentes de dichos trastornos, como el sexo y la cultura, entre otros, sino también la elevada comorbilidad que presentan, siendo muy factible que quien padezca de uno de ellos se le aparezca otro.

Belloch et al. (1995), afirman que si bien los trastornos de ansiedad son problemas psicológicos de aparición temprana, pueden ser crónicos o recurrentes. De tal manera

que es posible encontrar tasas altas de prevalencia a edades avanzadas a pesar de que suelen originarse en edades de juventud.

Ahora bien, Cilag (2007), sostiene que la mayoría de los trastornos de ansiedad se deben a una combinación de factores biológicos y ambientales. Cía (2004), prefiere llamar a estos factores predisponentes como la vulnerabilidad o predisposición genético – hereditaria, que se da en algunas personas y que tienen una fuerte tendencia familiar. La influencia genética se manifiesta en la producción de alteraciones particulares en los circuitos que tienen que ver con el sistema de alarma y con el tipo de respuesta habitual que el individuo presenta frente a determinadas situaciones, tendiendo a la evitación o a la inhibición comportamental. Justamente es la medicación específica la que opera en los circuitos alterados a fin de modificarlos. En este sentido, Kaplan y Sadock (1999), plantea que un trabajo reciente ha atribuido aproximadamente un 4% de la variabilidad intrínseca de la ansiedad en la población general a una variante polimórfica del gen del transportador de la serotonina. Las personas con esta variante producen menos transportadores y tienen un nivel de ansiedad más alto. Sin embargo, Cía (2004), insiste en que la influencia familiar no solo se manifiesta a través de lo genético sino también a través del aprendizaje infantil por contacto con el grupo. La información que transmiten las personas significativas a los niños, las actitudes que asumen para afrontar o no determinadas situaciones, afecta los posibles comportamientos futuros del niño. Es por esto, que Leibovich (1991), considera que la ansiedad cobra diferentes formas según las culturas.

Además, Bellock et al. (1995), sostienen que existen factores sociodemográficos como el sexo femenino, nivel educativo bajo, nivel socioeconómico bajo, raza negra, y nivel de estatus de empleo bajo, como en el caso de la ama de casa o desocupación, que aumentan la probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno de ansiedad. A estas variables Cía (2002), agrega que ciertos rasgos de personalidad también influyen en la predisposición de estos trastornos. Con esto, el autor se refiere a personas con excesiva necesidad de aprobación, elevada autoexigencia, poseedoras de un pensamiento rígido o dicotómico, y gran nivel de imaginación hacia lo negativo.

2.2 Modelos teóricos de la ansiedad

Los pioneros de las principales escuelas de pensamiento en psicología han ofrecido su conceptualización de la ansiedad. Sin embargo, según Martorell y Prieto (2002), no existe una sola teoría que por sí sola explique el surgimiento y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, por lo que para esto se requiere de la interacción de estas.

Modelo biológico:

Según Sánchez Ruiz (2006), este modelo parte de la concepción de que los trastornos mentales son enfermedades que tienen una causa biológica, fundamentalmente relacionada con el sistema nervioso central o el cerebro. A lo cual, Mongiello (2007), agrega que la causa primaria en la conducta anormal es una alteración del cerebro.

Sin embargo, este modelo presenta varias limitaciones. La principal de ellas es que solo explica la conducta humana en términos biológicos, y no tiene en cuenta la idea de que la mente humana es una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Modelo psicodinámico:

Según Falcoff (2006), este modelo considera a los cuadros ansiosos como manifestaciones de las neurosis, es decir, expresiones superficiales de procesos complejos. Díaz (2002), agrega que para Freud las neurosis no se deben a causas orgánicas como supone el modelo biológico, sino a la ansiedad cuando se reprimen los recuerdos y los deseos. La conducta neurótica es la expresión de la ansiedad o una defensa en contra de esta.

Leibovich (1991), plantea que el acercamiento de Freud hacia la ansiedad, comenzó por la distinción entre angustia real y angustia neurótica. En la primera, la fuente de peligro es externa al individuo y es real; en cambio en la segunda, la fuente de peligro es interna. Ante lo expuesto, Kaplan y Sadock (1999), afirman que la ansiedad fue entendida por Freud como una señal de peligro, un peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo. En este sentido, la teoría freudiana sobre la naturaleza y etiología de la ansiedad, se basa en un modelo estructural constituido por tres instancias psíquicas: *ello*, *yo*, y *superyo*. La ansiedad se la considera como una reacción del yo a las fuerzas instintivas procedentes del ello que no podían ser controladas. Vallejo Mejía

(2006), considera que el foco de la intervención del analista es penetrar en el fondo de los conflictos inconscientes, donde se encuentran sus fantasías, deseo y sentimientos reprimidos, a fin de que el paciente logre una mejor comprensión de sí mismo. Para esto utiliza técnicas como la asociación libre y la interpretación de los sueños.

Sin embargo, Martorell y Prieto (2002), afirman que el concepto de neurosis utilizado para referirse a los cuadros ansiosos, se eliminó en el DSM III, para proceder a la separación de los desórdenes neuróticos en los patrones de conducta de cada uno; esta práctica es continuada por el DSM IV. No obstante, el término neurosis todavía se usa ampliamente en los escritos psicodinámicos.

Kaplan y Sadock (1999), afirman que esta teoría ha sido continuada por varios autores que han apostado nuevas ideas al modelo psicodinámico. No obstante, los problemas asociados al estatus científico y a la utilidad práctica dan lugar a otros modelos explicativos.

Modelo conductista

Según Castañeda (1998), este modelo se centra en la conducta observable que causa malestar en las personas. De manera tal, que la conducta ansiosa exagerada, pasa a ser objeto de estudio de este paradigma. Por otro lado, no parece poco importante destacar que los teóricos conductistas, no diferencian entre ansiedad y miedo, debido a la similitud de sus manifestaciones.

Ahora bien, Belloch et. al (1995), sostienen que este modelo enfatiza particularmente el desarrollo de los trastornos de ansiedad fóbicos. Considera que las fobias son respuestas condicionadas aprendidas, y por tanto susceptibles de ser descondicionadas. La definición de este concepto se asienta sobre las bases de que la adquisición y mantenimiento de la ansiedad están basadas en el condicionamiento clásico y/o operante, y en la asunción, de que la ansiedad es una respuesta aprendida de naturaleza anticipatoria.

2.2.3.1 Modelos de condicionamientos de la ansiedad:

2.2.3.1.1 Condicionamiento clásico: Modelo de Watson y Rayner

Belloch et. al (1995), consideran que este condicionamiento hace referencia a que cualquier situación o estímulo – principio de equipotencialidad - inicialmente neutro, puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo por su asociación con

estímulos nocivos traumáticos. De esta manera, el estímulo neutro puede convertirse en un estímulo condicionado de miedo, por lo que solo su presencia evocará en el individuo respuestas condicionadas de temor. Es decir, un estímulo neutro se convierte en estímulo condicionado de ansiedad, cuya propiedad para elicitar ansiedad puede generalizarse a otros estímulos.

Sin embargo, Belloch et. al (1995), plantean que el mencionado principio de equipotencialidad fue criticado por la teoría de la preparación. Dicha teoría da cuenta de que el organismo está preparado filogenéticamente a través del proceso evolutivo de la especie, para asociar ciertos estímulos con relativa facilidad y otros con relativa dificultad. De tal manera que las fobias son instancias de aprendizaje preparado que se constituyen predominantemente por asociaciones primitivas. Es decir, que estímulos como arañas, serpientes, entre otros, se han convertido en objetos potencialmente fóbicos, porque en el curso de la evolución los individuos que por su constitución genética se condicionaban o sentían miedo fácilmente ante esos estímulos, sobrevivieron y se adaptaron más eficazmente transmitiendo a sus descendientes esta tendencia. De esta manera, se puede concluir, que el individuo posee una capacidad innata para aprender relaciones fóbicas mediante el condicionamiento.

2.2.3.1.2 Condicionamiento clásico y operante: Modelo Bifactorial Mediacional
Según Belloch et. al (1995), este modelo plantea que la respuesta condicionada de miedo motiva a que se realice una conducta de escape de la exposición al estímulo que le avisa de la proximidad del evento aversivo, a fin de evitarlo. De esta manera, el modelo explica la no extinción de la respuesta condicionada de miedo en ausencia del estímulo fóbico. Sin embargo, la evitación exitosa del objeto o situación fóbica está negativamente reforzada por una disminución de la ansiedad, de manera que la evitación se convierte en una respuesta habitual.

A fin de complementar estas teorías, que sirven de soporte a la terapia conductual, surge la teoría de la incubación de la ansiedad. Eysenck (1987), considera que la ansiedad tiende a agrandarse en vez de extinguirse. Sostiene que dicha emoción se genera e incrementa debido a que la mera presentación del estímulo condicionado, anticipando la proximidad del estímulo aversivo, puede producir incremento de la respuesta condicionada en lugar de extinción. Esto se debe a que la propia respuesta

condicionada puede actuar como agente reforzador debido a su similitud con la respuesta incondicionada.

Castañeda (1998), sostiene que a fin de lograr el descondicionamiento de la ansiedad, las terapias conductuales ofrecen diversas estrategias y técnicas tales como: desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, técnicas de extinción y modelamiento entre otras.

Según Belloch et. al (1995), las teorías conductuales sobre la ansiedad, han evolucionado significativamente durante los últimos 15 años. También se ha producido un creciente interés por el papel que juegan los procesos cognitivos, habiendo surgido algunas teorías de condicionamiento de base cognitiva, o bien teorías más estrictamente cognitivas.

Bandura (1990), agrega que existe un *aprendizaje vicario* de la respuesta ansiosa. Supone que los individuos pueden aprender respuestas ansiosas internas por imitar respuestas de ansiedad de sus otros significativos. Esto da cuenta de los determinantes cognitivos que operan entre el ambiente y la conducta.

“Los humanos no responden de forma directa al mundo, sino a través de representaciones cognitivas” (Bandura, 1990, p53)

Modelo cognitivo

Este paradigma, pone énfasis en el procesamiento de la información de las personas. De manera tal, que varios modelos conductuales comienzan a poner de relieve los constructos cognitivos que operan entre el estímulo y la respuesta. Es así como surgen teorías que implican el condicionamiento y los procesos cognitivos. Se cree que los estímulos son unidades de información y como tales representados cognitivamente. En este sentido, el individuo ansioso posee expectativas de resultado y autoeficacia, que refuerzan la evitación a la situación ansiógena.

Al mismo tiempo, según Cano Vindel y Arcas Guijarro (1999), aparecen teorías más estrictamente cognitivas relacionadas con el procesamiento de información de las personas ansiosas. Estas teorías consideran que la emoción surge fundamentalmente como consecuencia de cierta actividad cognitiva, específicamente del significado o interpretación de la situación que hace el individuo.

A fines prácticos se procederá a una síntesis de la concepción de la ansiedad desde este paradigma, y luego se detallarán las teorías en las que se sustenta.

Este modelo parte de la idea que desde la infancia, mediante interacciones repetidas entre el ambiente y estructuras innatas, el individuo elabora creencias sobre su self y el mundo que lo rodea, atribuyendo significados a sus experiencias. Estas creencias se pueden encontrar en tres niveles: creencias centrales, creencias intermedias, y los pensamientos automáticos. Las creencias centrales están relacionadas con la identidad de la persona, con quien se cree que es; las creencias intermedias se asocian a reglas, normas que tiene la persona, hace mención a los famosos “debería...”; y los pensamientos automáticos son los más superficiales, aquellos que se derivan de las creencias centrales e intermedias. Beck; Emery y Greenberg (1985), agregan que en las personas ansiosas estas creencias están relacionadas con el temor de peligro hacia el individuo. De esta manera, se llega a la elaboración de esquemas cognitivos, que guiarán los procesos de evaluación, codificación, acumulación y recuperación de la información. Sin embargo, Beck (2000), afirma que en el caso de la persona ansiosa existen esquemas desadaptativos que dominan el sistema de procesamiento de la información cuando son activados. En este sentido, Galasso (2004), sostiene que ante un suceso real, la persona ansiosa activa sus creencias disfuncionales dando lugar a distorsiones cognitivas como la sobrevaloración del peligro y la subestimación de los propios recursos. En este momento es cuando la percepción se altera por los procesos atencionales que ayudan a decodificar la información del ambiente de forma catastrófica – atención selectiva- A esto, Beck, et. al (1985), aportan que las personas ansiosas son hipersensibles a los aspectos potencialmente dañinos de una situación, pero no tienden a responder igual a sus aspectos positivos. Este proceso cognitivo, influye en la emoción y conducta a realizar.

Ahora bien, lo expuesto anteriormente, según la fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (2006), se basa de las siguientes teorías del procesamiento de información:

2.2.4.1 Procesamiento Bioinformacional:

Según Lang, cita de la fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (2006), la información de la ansiedad es almacenada en la memoria a largo plazo en redes asociativas. De esta manera, cuando esta es activada, ya sea por experiencias

perceptivas, imágenes, textos, u otros, se acopla a la información presente, activando la red, y surgiendo así la emoción.

2.2.4.2 Sesgos cognitivos y ansiedad:

Este enfoque sostiene que en los trastornos de ansiedad existe una estructura cognitiva disfuncional que les lleva a producir sesgos en todos los aspectos del procesamiento de la información – atención, codificación, interpretación, y recuperación-, y al desarrollo de un proceso emocional alterado.

Existen dos enfoques, uno de ellos representado por Beck, y el otro por Bower. El primer autor (2000), considera que la persona ansiosa procesa selectivamente información relevante para la ansiedad, como resultado de una activación selectiva del esquema asociado. Por otro lado, Ruiz Caballero, y Sánchez Arribas (2001), citan a Bower, quien con la teoría de la red asociativa, afirma que las emociones están representadas en la memoria en unidades. De esta manera, la activación del nodo emocional de ansiedad facilitaría la accesibilidad al material congruente con este estado de ánimo, produciéndose un sesgo en el procesamiento de la información; que afectaría a la memoria, la atención, y la interpretación. En este sentido, la atención estaría focalizada en los estímulos amenazantes, interpretándose el material neutro con un significado de amenaza y recordándose hechos compatibles con estas ideas amenazantes.

Ahora bien, ¿Qué pasa con la atención de las personas con alto rasgo ansioso? La respuesta yace, en que estos individuos pueden tener una tendencia diferencial a interpretar los estímulos como amenazantes. Es decir, presentan un sesgo pre atencional que lleva a asignar recursos de procesamiento hacia estímulos amenazantes, incrementando la activación de los componentes del sistema nervioso autónomo, como taquicardia, respiración, entre otros. En conclusión, esto puede generar condicionamiento pavloviano de respuestas de miedo/ansiedad, y por ende, dar lugar a la adquisición de trastornos de ansiedad. Por esto mismo, Eysenck (1987), considera que las personas con un alto rasgo de ansiedad padecen una predisposición para desarrollar un trastorno de ansiedad, de manera que poseerían un factor de vulnerabilidad latente, activado únicamente bajo ciertas circunstancias estresantes.

En síntesis, se puede afirmar, como sostiene Cano Vindel y Arcas Guijarro (1999), que el rasgo de ansiedad atiende prioritariamente a factores cognitivos como: la predisposición cognitiva a interpretar ciertas situaciones como amenazantes,

independientemente del peligro real, respondiendo con intensos estados de ansiedad. Sin embargo, la concepción multidimensional del rasgo, sostiene que existen diversos rasgos de ansiedad específicos, cada uno caracterizado por su sesgo cognitivo propio. De esta manera, se encuentran personas con ansiedad social, otras con ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana, entre otras.

2.3 ¿Mujeres más ansiosas que hombres?

Existen diversos estudios, como el *European Study of Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD), citado por Alonso y Haro (2004), y las Encuestas de Salud de la Comunidad de Valencia (ESCV), citado por Sanchiz Alvarez (2005), entre otros, que dan cuenta de una mayor prevalencia de los trastornos mentales en las mujeres que en los hombres. Mas específicamente, la probabilidad de padecer un trastorno mental es del 16% para los hombres, y del 24% para las mujeres.

Siguiendo la línea de lo expuesto, no parece sorprender que quienes presentan mayores síntomas de ansiedad sean las mujeres. Esto es relevante si se recuerda, como sostiene Eysenck (1987), que quienes presentan mayor rasgo ansioso, tienen mayor probabilidad de contraer algún tipo de trastorno de ansiedad. Detallando la probabilidad de padecer un trastorno de este tipo, Alonso y Haro (2004), sostienen que el ESEMeD, encuentra que el género tiene una incidencia significativa, ya que este trastorno es dos veces más común en las mujeres que en los hombres. Tan solo en la fobia social, y el trastorno obsesivo compulsivo, se rompe esta tendencia. Sin embargo, también existen otras variables sociodemográficas como el bajo nivel de estudios, mayor edad, menor clase social, menores ingresos, solteros, separados, divorciados y viudos, que también aumentan las probabilidades de sufrir una enfermedad mental.

Las diferencias entre hombres y mujeres en la vulnerabilidad a padecer síntomas ansiosos, pueden ser en parte, debido a factores culturales, pero sin duda también obedecen a razones biológicas, principalmente de tipo hormonal.

2.3.1 Causas de ansiedad en la mujer

Este subapartado intenta dilucidar los motivos por los cuales la frecuencia de los síntomas ansiosos es más elevada en la mujer que en el hombre. Distintos autores suponen que los motivos yacen en un conglomerado de factores biológicos y culturales.

2.3.1.1 Factores biológicos

Anel (2005), afirma que estudios recientes de un grupo de científicos norteamericanos, ha concluido que las mujeres sufren más ansiedad que los hombres, debido a que presentan una versión diferente del gen que produce la enzima catecol – O – metiltransferasa –COMT-, provocando niveles inferiores de esta sustancia entre las mujeres. Estos niveles bajos, producen ansiedad, tensión y preocupación en la persona.

Sin embargo, Cía (2002), plantea que además de una mayor vulnerabilidad genética en la mujer, también es necesario considerar las fluctuaciones condicionadas por los cambios hormonales que se dan a lo largo del ciclo vital femenino. Los niveles fluctuantes de hormonas ováricas –estrógenos y progesterona- juegan un rol fundamental sobre el psiquismo femenino. Estas hormonas disminuyen su nivel en el premenstruó y en la premenopausia, dando lugar a alteraciones del humor y de la ansiedad, tendiendo a exacerbarse todos los síntomas y manifestaciones de los rasgos habituales de personalidad.

Cía (2002), afirma que los estrógenos facilitan la neurotransmisión, elevan el humor, tienen un efecto trófico y protector sobre la sinapsis nerviosa y aumentan los sitios de recaptación y los transportadores de serotonina. Además estimulan la vasopresina e influyen sobre el eje hipófiso – adrenal. Es por ello que en la menopausia y postmenopausia, la reacción al estrés es mayor y aumenta el déficit cardiovascular al haber un déficit estrogénico. En este sentido, es necesario recordar, que Kaplan y Sadock (1999), señalan que en un trabajo reciente se ha atribuido aproximadamente un 4% de la variabilidad intrínseca de la ansiedad en la población general a una variante polimórfica del gen del transportador de la serotonina. Las personas con esta variante producen menos transportadores y tienen un nivel de ansiedad más alto. Por el contrario, Cía (2002), refiere que la progesterona, tiene una acción opuesta a la de los estrógenos. Esta hormona inhibe la neurotransmisión, tiene un efecto ansiolítico natural, similar a las benzodiazepinas, que facilita la actividad gabaérgica, y por otro lado tiende a desestabilizar el humor y a inducir una labilidad afectiva.

Cía (2002), agrega a lo expuesto, la existencia de algunas condiciones clínicas tales como arritmias, prolapso de la válvula mitral, anemia e hipertiroidismo, que pueden operar como factores etiológicos de la ansiedad. Por otra parte, plantea que las mujeres están más expuestas a los efectos adversos de los fármacos, debido a que son quienes más consultan por su salud.

2.3.1.2 Factores sociales

Ya se ha visto como la etiología de la ansiedad tiene que ver con la interacción entre factores biológicos y genéticos, pero todavía no se ha mencionado la influencia social en la aparición de síntomas ansiosos. Según la ONU (2005), la OMS plantea que si bien todos estos factores pueden contribuir a que las tasas de problemas psicológicos sean más elevadas entre las mujeres, las causas sociales parecen ser las más relevantes. Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud, califica de importancia identificar y modificar los factores sociales que influyen en la salud mental de la mujer, a fin de realizar prevención primaria de determinados trastornos mentales.

Drentea (2000), encuentra en su estudio que quienes poseían créditos para comprar un auto, eran los que tenían mayores niveles de ansiedad. Al realizar un estudio sociodemográfico de dicha muestra, la autora encontró que las mujeres eran quienes poseían mayores niveles de ansiedad. De todas maneras, también halló otros factores sociodemográficos que influyen a padecer síntomas ansiosos, como nivel de estudio, socioeconómico y estatus bajo, el no estar casado, y encontrarse en la adultez joven. Ante esto, Belloch, et al. (1995), coincide en la implicancia de dichos factores en la predisposición a la persona a padecer síntomas ansiosos; y otorga como ejemplo del factor de riesgo estatus bajo, a la ama de casa. Este ejemplo, no es poco significativo, ya que no solo el ser mujer es un factor de riesgo, sino también que al haber un gran porcentaje de mujeres ama de casas, lo cual indicaría bajo nivel de estatus, se incrementa el riesgo a padecer altos niveles de ansiedad en las mujeres.

Drentea (2000), sostiene que la temprana etapa del ciclo de la vida –adultos jóvenes 18/30 años- impone un desafío a hombres y mujeres, quienes empiezan a construir sus vidas y le surgen nuevas responsabilidades familiares y laborales, es así también como por problemas económicos tienen mayor estrés lo que conduce a mayor ansiedad. Es por todo esto, que la gente vieja, muestra menor ansiedad. Es más, Sanchiz Álvarez (2005), corrobora lo expuesto a través de las encuestas de la Organización Nacional de Deficiencia, de Discapacidades y Minusvalías, ya que esta sostiene que la mayor discapacidad de los trastornos mentales se encuentra entre la edad de los 25 y 44 años. Por otro lado, la investigación de Czernik, Dabski, Canteros y Almirón (2006), demuestra que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en personas sin pareja estable. La explicación de estos autores yace en que la pareja debe significar un soporte social, y un factor protector ante la expresión de rasgos. Además, autores como Blazer,

Hughes y Lindak, citados por Drentea (2000) en su investigación, plantean que el no estar casado también es un factor de riesgo para la ansiedad debido al menor ingreso de recursos económicos.

Por todo lo mencionado anteriormente, queda claro como sostiene Drentea, (2000), y demuestra el estudio de Miech, Caspi, Moffitt, Bradley, Wright et al. (1999), el estatus socioeconómico está relacionado con las enfermedades mentales, ya que afecta el bienestar de las personas. Más específicamente, se podría decir que el escaso ingreso de recursos económicos aumenta la vulnerabilidad de sufrir altos niveles de ansiedad.

Pues bien, ¿que hay de la variable género en la aparición de altos niveles de ansiedad? Se sabe que el género femenino aumenta la vulnerabilidad de padecer altos niveles de ansiedad, pero sumado, como sostiene Valenzuela (2003), a que la discriminación por género acentúa la pobreza en estas, ser mujer es un alto factor de riesgo.

De esta manera, la ONU (2005), cita a la OMS, ya que esta sostiene que las mujeres que viven en malas condiciones sociales y ambientales, con un bajo nivel de educación y de ingresos, y con unas difíciles relaciones familiares y conyugales, son mucho más propensas a padecer trastornos mentales que el resto. De esta manera, se podría decir, que el efecto combinado del género y la baja condición socioeconómica determina de manera decisiva la mala salud mental.

Ahora bien, ¿por qué al género se lo considera un factor social importante en la génesis de los enfermedades mentales?, más específicamente se podría preguntar, ¿por qué las características asociadas a los roles de género se convierten también, en variables relacionadas con los trastornos de ansiedad? Primero que todo, cabe destacar que muchas de las características que se le atribuyen al género femenino aumentan las probabilidades de la proliferación de factores sociodemográficos desfavorables, como nivel salarial y de estatus bajo, entre otros, que incrementan la probabilidad de padecer síntomas de ansiedad. Esto se debe, como refiere la ONU (2005) sobre lo que sostiene la OMS, a que el género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental. En este sentido, son las mujeres quienes padecen de mayores factores de riesgo específicos del género, tales como la violencia de género, las carencias socioeconómicas, el salario bajo y la desigualdad en los ingresos, la condición y rango social bajo, subordinado y la continúa responsabilidad del cuidado a otros.

Según Valenzuela (2003), a nivel social, la posición de las mujeres está influida por los patrones de discriminación en su contra en el mercado de trabajo y en los espacios políticos. En el peldaño de la comunidad, las normas de género determinan los roles y responsabilidades que asumen las personas. Con el creciente traspaso de las funciones del estado a la sociedad, las mujeres han debido aumentar las tareas ligadas al cuidado de la familia. En el estadio del hogar, las relaciones desiguales de poder entre los géneros tienden a reforzar la pobreza relativa de las mujeres.

Dado lo expuesto anteriormente, la pregunta que subyace es ¿quien produjo y cómo la diferencia de género? Robustilla y Acerbi (2005), responden que la cultura es la que introduce la discriminación del sexo mediante el género. Al tomar como punto de referencia la anatomía de mujeres y de hombres, con sus funciones reproductivas distintas, cada cultura establece un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que atribuyen características específicas a mujeres y a hombres. Sin embargo, a pesar de la variabilidad cultural, existe una constante: la subordinación de las mujeres a los hombres. Esta construcción simbólica, que en las ciencias sociales se denomina género, reglamenta y condiciona la conducta objetiva y subjetiva de las personas. Es decir, mediante el proceso de constitución de género, la sociedad fabrica ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, y de lo que se supone que es propio de cada sexo.

Según las autoras mencionadas, la feminidad se asocia con a la maternidad, la cual está vinculada a la protección, tranquilidad, sacrificio, dolor, al borramiento de la identidad personal para integrarse a la identidad de otros. Esto hace que se suponga que la mujer debe fundar y amar a su pareja y su familia. A las mujeres siempre se les ha exigido llevar las riendas de la educación de los hijos, la atención a enfermos, al esposo, brindar afecto, desde su condición de madres – esposas, protectoras, sacrificadas, orientadas a los demás a la vez que dejando de ser. La maternidad se convierte en la exigencia social que da sentido a la vida de la mujer, el eje de la subjetividad femenina, de su identidad genérica y personal. Asimismo, se la considera más influenciable, excitable, susceptible y menos agresiva. Su comportamiento es menos competitivo, expresando su poder en el plano afectivo y en la vida doméstica. De esta manera, según Anel (2005), las mujeres suelen utilizar la emocionalidad como estilo de afrontamiento al estrés.

Si bien la mujer posee la capacidad de ser madre, lo cual marca una diferencia entre hombres y mujeres, no es razón suficiente para dar cuenta de las diferencias que se dan entre ambos géneros.

Según Cía (2004), la influencia familiar también se manifiesta a través del aprendizaje infantil, no solo a través de lo genético. De tal manera, que desde temprana edad, la sociedad comienza a enseñarles a los niños sentimientos, y prácticas relacionadas con su género, a partir de la cual estructura su experiencia vital. Carrasco Galán (2007), plantea que a las niñas se les refuerzan las conductas prosociales y empáticas, mientras que a los niños se les fomentan los comportamientos de autonomía e independencia, la asertividad y la iniciativa a la hora de desempeñar distintas actividades. Según el estudio de Sánchez Aguilera, Toledano y Osorio (2004), los niños y niñas no presentan diferencias significativas en el rasgo ansioso medido por el STAIC, -versión infantil del STAI-. Sin embargo, la investigación de Westbook, Linda y Viney (1983), da cuenta que hombres y mujeres en la adultez joven tienden a enfermar de forma distinta, según su relación con los roles sexuales. La mujer tiende a enfermar frecuentemente, ya que es más aceptable que la mujer exprese dependencia ante su enfermedad, mientras que para los hombres es más estigmatizante se desarrollan de forma distinta. En conclusión, se podría decir, en palabras de Luciano, citado por González (2003), que las mujeres son más ansiosas, debido a que desde muy pequeñas se les enseña a vivir desde una forma diferente en términos de cómo reaccionan a sus propias emociones, y por otro lado, están más controladas por los demás, por el ambiente, a ser más sensible a lo que las rodea.

Sin embargo, Robustilla y Acerbi (2005), afirman que en las últimas décadas los fuertes cambios sociales, económicos, científico – técnicos han ejercido su impacto en la cultura universal, con su expresión particular en los contextos socio históricos específicos. Ello se aprecia también en las representaciones acerca de los roles de género.

Aparece la necesidad de participación por parte de las mujeres en el desarrollo a través de su acceso al sector productivo, como instrumento para el crecimiento económico de las comunidades. Esto produce que cada vez más sean las mujeres las que trabajan fuera del hogar, que se convierten en proveedoras contribuyentes o absolutas de sus familias, se independizan económicamente, ocupan responsabilidades y encuentran legítimos espacios de realización en la vida laboral.

De todas maneras, la ONU (2005), refiere que la OMS asegura que la creciente participación pública de la mujer, no solo trae aparejado la ampliación de sus intereses, conocimientos y cultura; sino también la asimilación de nuevas pautas y exigencias de la vida pública. Sin embargo, a pesar de este nuevo desarrollo de la mujer, ésta continúa

su desempeño en el ámbito privado con las mismas autoexigencias que la cultura tradicional les había planteado hasta entonces. Las múltiples funciones, con las consecuentes presiones que conlleva, provocan que la mujer corra un mayor riesgo de padecer problemas mentales que el resto de los miembros de su comunidad. Las mujeres han de asumir la gran responsabilidad que entraña el hecho de ser esposas, madres y cuidadoras de los demás; y al mismo tiempo, constituyen una parte cada vez más esencial de la población activa. De hecho, entre un cuarto y un tercio de los hogares cuentan con ellas como principal fuente de ingresos.

Además de estar sometidas a múltiples presiones, las mujeres han de enfrentarse a la discriminación por motivos de género y a sus consecuencias, tales como la pobreza, el hambre, la malnutrición y el trabajo excesivo. Una manifestación extrema, pero frecuente, de la desigualdad entre los sexos es la violencia sexual y doméstica contra las mujeres. Estas formas de violencia sociocultural contribuyen a la elevada prevalencia de los problemas mentales en las mujeres.

Anel (2005), sintetiza lo expuesto, afirmando que los niveles de ansiedad en la mujer se han duplicado en los últimos tiempos, debido a que un gran porcentaje de ellas están expuestas a dobles o triples jornadas de trabajo como son el profesional, el estudio, que haceres domésticos y el ser esposa y/o madre. A lo cual Goldberg (2007), coincide afirmando, que las mujeres son más propensas a tener síntomas ansiosos, debido a que deben conciliar las tareas de la casa, el trabajo, la pareja, y los hijos.

A partir de lo expuesto, el presente trabajo intentará conocer si existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad según el género, ya que parece ser, que las mujeres tienen ciertos fundamentos para padecer mayores niveles ansiedad que los hombres.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar si existen diferencias en el monto de rasgo ansioso en pacientes hombres y mujeres del Servicio de Psiquiatría de un hospital ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3.2 Objetivos específicos

-Evaluar el rasgo ansioso en pacientes hombres y mujeres del Servicio de Psiquiatría del hospital.

-Comparar el rasgo ansioso en pacientes hombres y mujeres del Servicio de Psiquiatría del hospital.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo correlacional

4.2 Diseño:

Transversal.

4.3 Hipótesis

Las pacientes mujeres del Servicio de Psiquiatría del hospital presentan mayor monto de rasgo ansioso que los pacientes hombres del mismo Servicio

4.4 Muestra:

Se obtuvo una muestra no probabilísticas de 94 pacientes del Servicio de Psiquiatría del hospital, integrada por 47 hombres y 47 mujeres, que oscilaron entre 30 y 60 años de edad. Los integrantes de la muestra se encontraban en la fase inicial del tratamiento psiquiátrico en el Servicio de Psiquiatría de la institución. Los datos fueron recogidos durante el transcurso de los años 2005, 2006 y 2007.

Quedaron excluidas de la muestra personas que en el momento de la evaluación hubieran afirmado estar tomando algún psicofármaco; y personas que en el eje III del DSM IV presentaban afecciones médicas como hipertiroidismo, prolapso de la válvula mitral y anemia.

Del total de los 94 sujetos, 50% hombres y 50% mujeres, el promedio de la edad es de 48 años. Demás características sociodemográficas serán presentadas en tablas, según su frecuencia y porcentaje.

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad

	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
[30; 45]	35	37,23%	17	48,57%	18	51,42%
[46; 60]	59	62,76%	30	50,84%	29	49,15%

Tabla 2. Distribución de la muestra según estado civil

	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	9	9,53 %	6	12,76 %	3	6,38 %
Casado	64	68,08 %	31	65,96 %	33	70,21 %
Separado	12	12,77 %	7	14,89 %	5	10,64 %
Viudo	9	9,57 %	3	6,38 %	6	12,76 %

Tabla 3. Distribución de la muestra según nivel educativo

	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
Primario incompleto	4	4,25 %	1	2,12 %	3	6,38 %
Primario completo	20	21,27 %	8	17,02 %	12	25,53 %
Secundario completo	68	72,34 %	36	76,59 %	32	68,08 %
Universitario completo	2	2,13 %	2	4,26 %	0	0 %

4.5 Instrumentos:

Para la realización de esta investigación, se utilizó la traducción y adaptación de Leibovich (1991), del State – Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, Gorsuch, y Lushene.

Según Leibovich (1991), la prueba de Spielberger es un instrumento de fácil administración y evaluación de la ansiedad en distintas culturas. Dicho instrumento

autoadministrable posee propiedades psicométricas que la hacen válida y confiable para su uso en clínica e investigación. En cuanto a la confiabilidad de dicho instrumento, la autora agrega, que el coeficiente de correlación test – retest utilizado para la escala rasgo, arrojó valores razonablemente altos (73). Sin embargo, en la escala Estado se hallaron valores menores en los coeficientes de estabilidad test – retest, dada la naturaleza transitoria de los estados de ansiedad. En razón de esto, se utilizaron coeficientes alpha como medida de la consistencia interna de la prueba, obteniéndose valores de 90.

Por otro lado, Leibovich (1991), afirma que los autores de la prueba han determinado diferentes tipos de validez, entre ellas se encuentran la validez concurrente, convergente, divergente y de constructo. Además, también se realizaron medidas de correlación de estas escalas con otras escalas estado rasgo, tales como IPAT, TMAS y AACL, y pruebas de personalidad (MMPI).

El inventario STAI está compuesto por dos escalas tipo likert; una de ellas evalúa la ansiedad estado –STAI forma Y-I-, y la otra evalúa la ansiedad rasgo –STAI forma Y-II-. Ambas escalas están compuestas por 20 frases.

Debido a que la investigación se focalizó en el rasgo ansioso de los pacientes, se analizó solo la escala de ansiedad rasgo –STAI forma YII-.

Las instrucciones para responder al rasgo de ansiedad requerían del sujeto que responda cómo se siente generalmente, indicando la frecuencia con la cual ha experimentado sentimientos relacionados con ansiedad, para lo cual elige entre las opciones: casi nunca, algunas veces, frecuentemente, o casi siempre.

En cuanto a la evaluación de dicho instrumento, Leibovich (1991), afirma que cada ítem de la prueba se evalúa de 1 a 4. En cada una de las escalas, se encuentran ítems que denotan la presencia o la ausencia de ansiedad. Los ítems que evidencian la presencia de ansiedad se evalúan: 1- 2- 3- 4; en los ítems que denotan ausencia de ansiedad, se evalúan: 4- 3- 2- 1. Los ítems en la escala rasgo que denotan ausencia de ansiedad son: 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 39.

Posteriormente, se suman los valores de los casilleros marcados por el sujeto y se obtiene un puntaje bruto de la escala rasgo. De esta manera, estos puntajes se transformaran en valores percentilares correspondientes, en función del sexo y edad del sujeto. Esta puntuación percentil, según Spielberger et. al (2002), indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el test.

4.6 Procedimiento

Durante el transcurso de los años 2005, 2006, y 2007, pasantes de la Universidad de Palermo administraron una batería psicodiagnóstica a pacientes de admisión del Servicio de Psiquiatría, dentro de los cuales se encontraba el Inventario estado – rasgo de ansiedad (STAI), a fin de recaudar mayor información para su posterior tratamiento psiquiátrico y psicológico.

De esta manera, se volcaron los resultados arrojados por la escala rasgo ansiedad del STAI en una base de datos de Microsoft Excel. Posteriormente se seleccionaron los individuos que integrarán las muestras, según los criterios de inclusión y exclusión detallados en el subapartado muestra.

Finalmente, se realizó un análisis estadístico, de acuerdo a la hipótesis planteada en la investigación, para lo cual se procedió a dividir la muestra según sexo, y correlacionarla con el rasgo ansioso que presentaban. Adicionalmente, se procedió a conocer la distribución de la muestra en algunas variables sociodemográficas y evaluar su vinculación con el nivel de ansiedad experimentado, a fin de aportar datos que permitieran mejorar la planificación de programas preventivos, como así también intervenciones. De forma tal, que la muestra fue dividida según estado civil - soltero, casado, separado, o viudo-; nivel educacional –primario incompleto, primario completo, secundario completo, universitario completo-; y por último, según dos rangos de edades, de 30 a 45 años, y de 46 a 60 años.

4.7 Presentación y análisis de resultados

La intención de este subapartado es verificar la presencia de diferencias significativas en el monto de ansiedad rasgo entre hombres y mujeres, a fin de corroborar o refutar la hipótesis: las pacientes mujeres del Servicio de Psiquiatría del hospital presentan mayor monto de rasgo ansioso que los pacientes hombres de dicho hospital. Es por esto que se efectuó una prueba t, para conocer si esta diferencia era estadísticamente significativa. Este análisis arrojó datos que comprueban dicha hipótesis, ya que se encontró, que las pacientes del Servicio de Psiquiatría de la institución presentan mayor monto de ansiedad rasgo que los hombres.

Tabla 4. Rasgo ansioso según género

	media	ds	t
Hombre	60,5745	21,7873	2,16*
Mujer	70,0000	20,3737	

*p=0,05

Por otro lado, dado que la relación entre factores sociodemográficos y monto de ansiedad rasgo pueden aportar datos relevantes para el estudio de la ansiedad, es que se realiza un análisis estadístico de este tipo. En este sentido, es que se obtuvo la media y el desvío del monto de ansiedad según edad, estado civil y nivel educativo, lo cuales serán representados en las tablas 4, 5, y 6.

Tabla 4. Rasgo ansioso según edad

	media	ds
[30; 45]	63,14	20,17
[46; 60]	66,56	22,33

El 62,76% de pacientes del Servicio de Psiquiatría del hospital que tienen entre 46 y 60 años, presentan mayor monto de ansiedad rasgo que aquellos que tienen entre 30 y 45 años, y representan un 37,23 % de la muestra.

Tabla 5. Rasgo ansioso según estado civil

	media	ds
Soltero	74	22,87
Casado	62,45	20,88
Separado	74	18,86
Viudo	65	25,84

Los resultados de dicha tabla indican que quienes no tienen pareja están más expuestos a padecer un monto más elevado de ansiedad rasgo, que quienes la tienen.

Tanto el 9,53% de solteros, como el 12,77% de separados, obtienen montos de ansiedad rasgo similares. Mientras que el 9,57% viudos y el 68% de los casados tienen menores niveles de ansiedad rasgo, siendo menor en estos último que en los primeros.

Tabla 6. Nivel de rasgo ansioso según nivel educativo

	media	ds
Primario incompleto	84,75	9,54
Primario completo	73,9	21,3
Secundario completo	62,05	21,12
Universitario completo	50	7,07

Esta tabla arroja resultados sorprendentes, ya que parece ser que a medida que aumenta el nivel de estudio, disminuye el monto de ansiedad percibido por el paciente, y a la inversa.

Los pacientes que poseen estudios primarios incompletos y representan el 4,25% de la muestra, se encuentran más vulnerables a padecer altos montos de ansiedad rasgo, mientras quienes tienen universitario completo – 2,13%- tienen menores niveles de ansiedad.

Realizando un breve resumen de lo expuesto, se puede decir que según los datos presentados, tienen mayor monto de ansiedad rasgo las pacientes mujeres; quienes tienen entre 46 y 60 años; quienes son solteros o separados y aquellos que han accedido a un menor nivel educativo.

5. CONCLUSIONES

Este subapartado permite lograr una integración del trabajo, llegando así a una conclusión, y dando lugar a futuras investigaciones.

Retomando la hipótesis planteada al comienzo de la investigación, se puede decir que esta ha quedado corroborada empírica y teóricamente. Es así como se está en

condiciones de afirmar que las pacientes mujeres del Servicio de Psiquiatría del hospital, presentan mayor monto de rasgo ansioso que los hombres de dicha institución.

Para una mejor comprensión de la razón por la cual las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad rasgo, se procederá a una breve síntesis de lo expuesto, concluyendo con explicaciones tentativas.

Es cierto que mínimos niveles de ansiedad son necesarios para la supervivencia del individuo, ya que permite que este se defienda ante amenazas inmediatas y/o potenciales. Sin embargo, Bulacio (2004), asegura que si la valoración a una amenaza se distorsiona, o el estímulo es imaginario, se genera una ansiedad que tiende a persistir transformándose en patológica.

En este sentido, retomando a Eysenck (1987), las personas con un elevado rasgo de ansiedad padecen mayor predisposición para desarrollar trastornos de ansiedad, por tanto, es esperable que las mujeres presenten tasas más elevadas de trastornos de ansiedad que los hombres, ya que los resultados indican mayor rasgo ansioso en estas. Ahora bien, ¿a que se debe la presencia de mayores niveles de rasgo ansioso en la mujer? Primero que nada, cabe destacar que es la combinación de factores biológicos y ambientales la que predispone a padecer elevados niveles de ansiedad.

Según Cano Vindel y Arcas Guijarro (1999), las diferencias en el rasgo de ansiedad están afectadas por factores hereditarios. Las personas con un alto rasgo ansioso serían genéticamente más sensibles a la información potencialmente amenazante del entorno, experimentando con mucha más frecuencia estados de ansiedad. Kaplan y Sadock (1999), aseguran que estas personas presentan una variante polimorfa del gen del transportador de la serotonina, provocando menos transportadores y mayores niveles de ansiedad. Sin embargo, a esto se le agrega, que la mujer posee mayor vulnerabilidad a padecer altos montos de ansiedad rasgo, ya que no solo esta posee una versión distinta del gen que produce la encima COMT, provocando niveles bajos de esta sustancia y conduciendo a mayores niveles de ansiedad; sino que también las fluctuaciones condicionadas por los cambios hormonales que se dan a lo largo del ciclo vital femenino, alteran los niveles de ansiedad de la mujer y exacerbando sus rasgos. De todas maneras, Tongersen (1983), ha comprobado que la aportación de los factores genéticos en la determinación del rasgo de ansiedad es muy modesta.

Es así, como haciendo hincapié en los factores ambientales, se fue asumiendo una mayor determinación de los factores cognitivos en la explicación del rasgo ansioso. Por

lo tanto, ¿que mejor modelo que el cognitivo para explicar la influencia de dichos factores?

Es necesario recordar que este modelo parte de la idea que desde la infancia, mediante interacciones repetidas entre el ambiente y estructuras innatas, el individuo elabora creencias sobre su self y el mundo que lo rodea, atribuyendo significados a sus experiencias. Por tanto, tal como sostiene Cía (2004), la influencia familiar también se da a través del aprendizaje infantil por contacto con el grupo. De manera tal, que la forma en que el padre, madre u otro significativo afronte distintas situaciones, actitudes, entre otros, serán percibidas e incorporadas por el niño, afectando su comportamiento futuro. Es así como el niño elabora esquemas cognitivos que guiarán los procesos de evaluación, codificación y recuperación de la información. Poniendo el ejemplo de un niño, hijo de padre ansioso, el cual muestra conductas de sobrevaloración de los estímulos como amenazantes, y demás, hace muy posible que el niño tenga una predisposición cognitiva a interpretar ciertas situaciones como amenazantes.

Ahora bien, una vez visto como los factores cognitivos influyen en los futuros comportamientos de las personas, es preciso destacar la presencia de ciertos factores de este tipo, que influyen en que sea la mujer quien padezca de mayores niveles de ansiedad. En este sentido es que aparece la variable género.

Parece ser que cada cultura atribuye ciertos roles, prácticas y normas esperables para cada género. A la mujer se le atribuye el rol de ama de casa, cuidadora de niños y ancianos, entre otras; mientras se les ofrecen menores oportunidades laborales, bajos salarios, y menores derechos que el hombre. Esto produce que desde temprana edad los padres les inculquen a sus hijas prácticas y sentimientos relacionados con su género, surgiendo así, determinadas creencias acerca de su self y de los otros; como por ejemplo, creencias relacionadas con inferioridad respecto al hombre, reglas como: al hombre se le debe servir, se debe ser ama de casa, ¿para que me voy a ofrecer en un puesto de trabajo si soy mujer?, entre otras. Estas creencias pueden disminuir su autoestima, aumentar la exigencia en el ámbito doméstico, tener sentimientos de insatisfacción con su rol laboral, entre otras, las cuales condicionan la vida de la mujer, provocando que desde este esquema cognitivo vea el mundo que la rodea como amenazante, incrementando los síntomas ansiosos. En este sentido, se puede decir que la mujer estructura su experiencia vital en base a la diferencia de género que le enseñan de niña, lo cual la hace más vulnerable a la ansiedad. Además, hoy en día muchas mujeres ocupan puestos públicos en el ámbito laboral, lo cual, no solo aumenta sus

exigencias, sino que también provoca que la mujer tenga que enfrentarse a limitaciones laborales que le adjudica la sociedad por su género.

Otra explicación tentativa al mayor monto de rasgo ansioso en la mujer, podría ser, según sostiene Westbook, Linda y Viney (1983), a la mayor aceptación a que sea la mujer quien exprese dependencia ante su enfermedad, esta tiende a enfermar más frecuentemente que los hombres, para los cuales es más estigmatizante.

Por otro lado, debido a la situación desmedrada de la mujer en el orden del género, muchas de las características que se le atribuye a esta, aumentan las probabilidades de tener factores sociodemográficos desfavorables, como el bajo nivel de estudio, bajo estatus, entre otras, que incrementan los síntomas ansiosos.

A fin de lograr mejores alcances del trabajo, este estudio arrojó resultados sobre otros factores sociodemográficos que pueden estar vinculados con la aparición de mayores niveles de ansiedad. En este sentido, se vio que aquellos que poseían menor nivel educativo, y quienes se encontraban sin pareja –solteros y separados-, tenían montos de ansiedad rasgo más elevado. Posiblemente, una de las causas sea el menor ingreso de recursos económicos, ya que según Drentea (2000), es uno de los factores de riesgo para padecer altos montos de ansiedad. Sin embargo, tampoco se puede desconocer que posiblemente los factores tensionantes como la falta de apoyo social, el bajo ingreso económico, y el bajo nivel educativo, entre otros, ejerzan una presión mayor sobre un individuo aislado, comparado, con la influencia de los mismos sobre un grupo de personas, lo que hace más probable que una persona sin pareja tenga niveles más elevados de ansiedad.

Ahora bien, se han encontrado investigaciones que dan cuenta que quienes se encuentran en la adultez joven, también son más vulnerables a padecer síntomas ansiosos dado a los nuevos emprendimientos que deben acarrear, y por ende enfrentar nuevas necesidades económicas que subyacen. A pesar de esto, en la muestra presente se encontró que quienes presentaban mayor edad – entre 40 y 60 años-, poseían mayor rasgo ansioso que los más jóvenes de entre 30 y 45 años. Posiblemente la diferencia de los resultados obtenidos en las investigaciones, se deba al empleo de una muestra pequeña de solo 94 individuos que representan una minoría de la Capital Federal.

Ahora bien, sabiendo que tanto las mujeres, los que están sin pareja, como los que tienen bajo nivel educativo tienen mayor predisposición a padecer altos montos de rasgo

ansioso, se considera que este estudio plantea las bases para futuras investigaciones que pretendan identificar los principales determinantes de la salud mental de la mujer, con el objetivo de contribuir a la mejor y más eficaz promoción de la misma.

Si bien excede los alcances del presente estudio, a continuación se plantean algunas alternativas de intervención:

- Intervenir en la educación que desde pequeñas se les brinda a las niñas, de manera de dificultar la incorporación de creencias rígidas sobre su self y el mundo que las rodea desde una perspectiva de los roles que tendrían que asumir de acuerdo a lo establecido por la sociedad tradicional. De esta manera, la prevención estaría dirigida a la población mas joven, ya que ellos son quienes educarán a sus hijos próximamente. Para esto, sería necesario que los psicólogos ofrezcan charlas a los alumnos sobre la necesidad de que las tareas domesticas sean compartidas, las exigencias que tienen las mujeres, entre otros, de forma de lograr una concienciación sobre la necesidad de flexibilizar los roles, a fin de lograr alivianar las exigencias de la mujer.

Esto contribuye a que cuando sean ellos quienes tengan que educar a sus hijos, no utilicen con excesiva rigidez el mandato social sobre lo que debe cumplir una persona perteneciente al género femenino.

La cantidad de hombres que hoy en día comparte el rol domestico con su mujer se está incrementando, lo cual contribuye a alivianar las exigencias de esta. De todas maneras, se considera que es necesario divulgar la vulnerabilidad de la mujer frente a la ansiedad, ya que en la mayoría de los casos son solo las mujeres quienes se encargan del deber doméstico.

- Lograr políticas de equidad entre hombres y mujeres, donde estas tengan iguales oportunidades que los hombres

- Si la mujer ya tiene esquemas cognitivos, compuestos por creencias y pensamientos rígidos, con los cuales tiende a ver al mundo de forma amenazante, se tendrá que realizar una intervención de otro tipo. Con esto se refiere a un tratamiento psicoterapéutico cognitivo, el cual ya no es una prevención primaria. Este tratamiento se focalizará en flexibilizar los patrones de creencias y pensamiento de la mujer, de manera que su vida se haga más agradable, provocando que baje su autoexigencia.

Llegando al final de este apartado, se considera necesario nombrar algunas limitaciones del estudio, a considerar para quienes pretendan seguir esta línea de investigación.

Primero y principal cabe destacar que la muestra implementada fue muy reducida, ya que solo corresponde a población consultante de un servicio hospitalario de Capital Federal.

Por otro lado, en el momento de la evaluación del instrumento Ansiedad estado – rasgo, en algunos casos, se les dijo a los pacientes que se trataba de un cuestionario de ansiedad, lo cual según Spielberger, et. al (2002), esto no se debe mencionar ya que incrementa la ansiedad del paciente. Otra limitación del instrumento es que se utilizaron las normas percentilares correspondientes al grupo americano para la transformación del puntaje bruto de dicho instrumento.

En cuanto a la muestra, no se tuvo en cuenta una variable tan importante en un estudio de género, como lo es la variable nacionalidad. Tampoco se consideró si la persona ingería sustancias estimulantes como mate, café, entre otras, las cuales pudieron haber influido en los montos de ansiedad rasgo de las personas.

Por otro lado, también se presentaron limitaciones al intentar dar cuenta de otras variable sociodemográficas que podrían estar vinculadas con la aparición de mayores niveles de ansiedad. En este sentido, es que se considera que el estudio no dio cuenta de la variable ocupacional. Esta variable es de fundamental importancia, ya que como se dijo anteriormente el bajo nivel socioeconómico es un factor que hace vulnerable a la persona a padecer altos niveles de ansiedad. Sin embargo, se cree que es mejor recaudar el monto de ingreso económico al hogar, ya que esta variable predice más específicamente el nivel socioeconómico en el que se encuentra la persona.

Para quienes quieran emprender un estudio de este tipo, se recomienda establecer una división entre los montos de rasgo ansioso de cada una de las variables sociodemográficas de las mujeres, y de los hombres, a fin de detectar ciertos factores sociodemográficos de las mujeres que atribuyen a tener un elevado rasgo ansioso. La presente investigación no pudo realizar tal petición, debido a que la muestra era muy reducida lo que no hacía apropiado un análisis con tanta fragmentación de la muestra.

De todas maneras, a pesar de estas limitaciones en el estudio, no se cree que hayan sido relevantes para llevar a cabo el objetivo principal: dar cuenta de la existencia de diferencias en el monto de rasgo ansioso en pacientes mujeres y hombres del Servicio

de Psiquiatría de este hospital. El estudio de otras variables sociodemográficas tuvo por finalidad aportar más datos que permitieran ampliar los alcances del trabajo.

Se espera que el reconocimiento de estas falencias, sean tenidas en cuenta por quienes emprendan futuras investigaciones, de manera de poder lograr políticas de promoción de la salud mental de la mujer más eficaces.

6. REFERENCIAS

- Alonso, J; Haro, J. M. (2004). *European Study of pidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. Recuperado el 8 de octubre de 2007, de <http://www.imin.es/press/docs/2004/ESEMED20Key%20message%20Europe1.pc>
- Anel, J. (2005). *La ansiedad en la mujer*. Recuperado el 14 de septiembre de 2007 de, <http://www.mujertotal.com/editorial/press/mente.asp?articleid=81&zoneid=4>
- Aragón Arjona, S (2003). *La ansiedad en el deporte*. Recuperado el 10 de septiembre de 2007, de <http://www.efdeportes.com/efd95/ansiedad.htm>
- Bandura, A. (1990). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza
- Beck, A. T; Emery, G & Greenberg, R. L (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J. S (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundizaciones*. Barcelona: Gedisa
- Belloch, A; Sandín, B & Ramos, F. (1995). *Manual de Sicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill. Volumen II.
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Akadia

Cano Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad. Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Computense.

Cano Vindel, A. & Arcas Guijarro, S. (1999). *Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información*. Recuperado el 27 de agosto de 2007 de http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_6.html

Carrasco Galán, I. (2007). *Mujeres más proclives a la ansiedad y la depresión*. Recuperado el 18 de septiembre de 2007, de <http://www.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=48492>

Castañeda, F. P (1998). *Modelos de psicoterapia conductual y cognitiva frente a la conducta desadaptada*. Recuperado el 23 de agosto de 2007, de http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/psicologia/1998_n1/modelos_psicoterapia.html

Cía, H. (2002), *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos

Cía, A. H. (2004). *Trastornos de ansiedad social*. Buenos Aires: Polemos

Cilag, J. (2007). *Ansiedad*. Recuperado el 23 de agosto de 2007 de <http://www.psiquiatria24x7.com/bgdisplay.jhtml?itemname=anxiety§ion=introduction>

Czernik, G. E; Dabski, M. F; Canteros, J, D; & Almirón, L, M (2006). *Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes*. Recuperado el 8 de octubre de 2007, de http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista162/1_162.htm

Díaz, I. (2002). *Diálogo sobre ansiedad*. Recuperado el 4 de septiembre de 2007, de <http://www.geocities.com/sabellidi/index.html>

Drentea, P. (2000). Age, Debt Anxiety. *Journal of Health and Social Behavior*. 41(4): 437 – 450

Eysenck, H. J. (1987). *Experimentos en terapia de la conducta*. España: Orbis

Falcoff, A. (2006). *Trastornos de ansiedad: distintas teorías, distintos tratamientos*. Recuperado el 3 de septiembre de 2007, de <http://www.buenosaires.gov.ar/blog/salud/2006/09/05/trastorno-de-ansiedad-distintas-teorias-distintos-tratamientos>

Fernández Abascal, E; Martín Díaz, M. & Domínguez Sánchez, J. (2001). *Procesos Psicológicos*. Madrid: Pirámide

Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (2006). *Jornada de ansiedad*

Galasso, L. (2004). *Ansiedad*. Recuperado el 9 de septiembre de 2007 de <http://www.psicoterapia-breve.com.ar/ansiedad.html>

García Higuera, J. A. (2004). *La ansiedad es una emoción*. Recuperado el 20 de agosto de 2007 de http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/ansiedad/ansiedad_emocion.htm

Goldberg, D. (2007). *Ansiedad, ¿Por qué es más frecuente en las mujeres?* Recuperado el 16 de junio de 2007, de http://www.derf.com.ar/despachos.asp?cod_des=140215&ID_Seccion=54

González, N. (2003). *Las mujeres padecen más ansiedad*. Recuperado el 12 de septiembre de 2007, de <http://www.ual.es/Universidad/GabPrensa/index/2006/junio/19-06-06%20DIARIO>

Kaplan, H.I & Sadock, B. J. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. España: Panamericana.

Lazarus, A. & Folkman, S. (1985). *Estress y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). “Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación”. En: Aszkenazi y M; Casullo, M. *Teoría y técnicas en evaluación psicológica*. Buenos Aires: Psicoteca

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV (1995); Barcelona: Masson.

Márquez López Mato, A. (2002). *Psicoinmunoendocrinología*. Buenos Aires: Polemos

Martorell, J. L & Prieto, L. J. (2002). *Introducción a la psicología: Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalíticas*. Recuperado el 30 de agosto de 2007, de http://www.e-rredbabel.com/uned_Parla/Asignaturas/IntroducciónPsicologia/Resumen

Miech, R. A; Caspi, A. ; Moffitt, T, E; Bradley, R ; Wright, E. & Silva, P (1999). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adolthood. *The American Journal of Sociology*. 104 (4): 1096 – 1131

Mongiello, E. (2007). Comunicación personal a Wallace, V. del 25 de agosto de 2007

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2005). *La mujer y la salud mental*. Recuperado el 11 de septiembre de 2007, de <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/fs248.html>

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2005). *Género y salud mental de las mujeres*. Recuperado el 11 de septiembre de 2007, de <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>

Robustilla, G. V. & Acerbi, E. (2005). *Desordenes afectivos en la mujer*. Recuperado el 12 de septiembre de 2007, de http://www.alcmean.com.ar/12/48/05_mujer.html

- Ruiz Caballero, J. A., & Sánchez Arribas, C (2001). *Depresión y memoria ¿Es la información congruente con el estado de ánimo más accesible?* Recuperado el 22 de agosto de 2007, de <http://www4.ujaen.es/jecalle/Descargas/TxDepre.pdf>
- Sánchez Aguilera, F; Toledano, M; & Osorio, R (2004). *Influencia del sexo y del tratamiento dental en la aparición de ansiedad en el paciente odontopediátrico. Valoración del comportamiento.* Recuperado el 10 de octubre de 2007, de http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000400005&ING=E
- Sánchez Ruiz, J. J. (2006). *Trastornos psicológicos.* Recuperado el 3 de septiembre de 2007, de http://www.psicologia_online.com/ESMubeda/Libros/Sentirse_mejor/sentirse1.html
- Sanchiz Alvarez, J. B (2005). *Valoración de la salud mental de la población mediante encuestas de salud: Resultados de la ESCV 2005 Sobre la epidemiología de los trastornos mentales.* Recuperado el 5 de octubre de 2007, de <http://www.san.gua.es/docs/encuesta/19sanchiz.pdf>
- Spielberger, C. D, Gaudry, E. & Vagg, P. (1975). Validation of the state – trait distinction in anxiety research. *Psychology and Behavioral Collection database*, 10 (3): 331 - 341.
- Spielberger, C. D; Gorsuch, R. L; & Lushene R. E. (2002). *Manual STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo.* Madrid: Tea.
- Tongersen, S. (1983). Genetics factor in anxiety disorders. *Archives of general psychiatry*, 40 (2):1085 – 1088
- Valenzuela, M. E (2003). *Mujeres, Pobreza y Mercado de Trabajo: Proyecto Género, Pobreza y Empleo en América Latina.* Chile: GPE – AL.

Vallejo Mejía, M. I. (2006). *La intervención clínica*. Recuperado el 3 de septiembre de 2007, de <http://manesweb.8k.com/41html>

Westbook, M. T; Linda, L. & Viney, M. (1983). Age and Sex Differences in Patient's Reactions to Illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 24 (4): 313- 324

ANEXO 1

ANEXO 2