

ANDREEA ADELINA NATE
ELENA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO

ESTUDIO PILOTO DE CORRELACIÓN EN
ESTUDIANTES DE 15-16 AÑOS

Trabajo de fin de grado

Dirigido por: Sra. Judit Vives Espelta

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

FACULTAD DE ENFERMERIA
Tarragona 2022

Nos gustaría expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que nos han apoyado y guiado a lo largo de esta etapa. En primer lugar, agradecer a nuestra tutora, **Judit Vives Espelta**, por habernos orientado y ayudado en todo el proceso de esta investigación. También al profesor **Francesc Valls Fonayet**, por todos los consejos y el tiempo dedicado a resolver nuestras dudas durante el análisis de datos. Finalmente, agradecer a nuestras familias (y mascotas) todo el acompañamiento, soporte emocional y confianza depositada en nosotras, animándonos siempre a no desistir y continuar luchando por nuestro futuro.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS E HIPÓTESIS	10
MARCO TEÓRICO	12
Contextualización en el marco de investigaciones previas	12
Cambios biopsicosociales en la adolescencia	14
Cambios biológicos durante la adolescencia	15
Conceptos clínicos de ansiedad	18
Signos y síntomas generales de la ansiedad.....	20
Algoritmo y tipologías de trastornos de ansiedad (DSM-5)	21
Orientación terapéutica	26
Importancia de enfermería en la detección precoz de la ansiedad	32
Plan de atención de enfermería para la ansiedad	34
Educación sanitaria enfermera para el manejo de la ansiedad.....	36
Importancia del soporte emocional del entorno	37
Teoría de las transiciones de Meleis	38
METODOLOGÍA	40
Diseño.....	40
Población y muestra de estudio.....	41
Instrumentos de recogida de datos	42
Variables de estudio.....	44
Análisis estadístico de datos	45
Aspectos éticos	47
Cronograma	49

RESULTADOS	50
Análisis del perfil de ansiedad obtenido.....	50
Análisis de asociación entre la ansiedad y el rendimiento académico	52
Análisis de asociación entre la ansiedad y el sexo	54
Análisis de asociación entre la ansiedad y la adaptación post-migracional	54
Análisis de asociación entre la ansiedad y el nivel socioeconómico	55
Análisis de asociación entre la ansiedad y el estado civil parental	56
Análisis de asociación entre la ansiedad y la intencionalidad académica/laboral futura.....	56
DISCUSIÓN	59
CONCLUSIÓN	62
DIFICULTADES Y LIMITACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	72
Anexo 1 – Algoritmo diagnóstico trastornos de ansiedad en Atención Primaria.....	72
Anexo 2 – Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA).....	73
Anexo 3 – Cuestionario Ad Hoc.....	77

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABS: Área básica de salud

APA: American Psychiatric Association

BAI: Inventario de ansiedad de Beck

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

ESO: Educación secundaria obligatoria

FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos (Estados Unidos)

FSH: Hormona folículo-estimulante

GnRH: Hormona liberadora de gonadotropina

ISRA: Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

OMS: Organización mundial de la salud

PAE: Plan de atención de enfermería

PSiE: Programa “Salut i Escola”

STRAI: Inventario de ansiedad estado-rasgo

TCC: Terapia cognitivo-conductual

TFB: Terapia familiar breve

TPD: Terapia psico-dinámica

Resumen

Objetivo: realizar el análisis de una posible asociación entre la sintomatología ansiosa y el rendimiento académico en los estudiantes de entre 15-16 años.

Metodología: se ha contado con la participación de 107 alumnos de 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de un instituto público del barrio de Torreforta, en la ciudad de Tarragona. Se ha optado por la realización de un estudio descriptivo, correlacional y transversal. Los métodos de recogida de datos han incluido: el *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* y un cuestionario *Ad Hoc* de elaboración propia para averiguar, entre otros datos, el desempeño académico de los alumnos. Para el análisis de datos obtenidos se ha usado el programa estadístico *Jamovi*, en el cual se han llevado a cabo análisis de varianza (ANOVA) y pruebas de contraste de hipótesis (T- Test) con el fin de confirmar o refutar la asociación entre las distintas variables de estudio.

Resultados: los resultados obtenidos apoyan hallazgos previos, señalando una asociación inversamente proporcional entre los niveles de ansiedad y el desempeño académico. Del mismo modo, se han observado mayores puntuaciones en el ISRA entre las alumnas de sexo femenino, mostrando diferencias estadísticamente significativas con los participantes de sexo masculino. Finalmente, se han refutado las hipótesis de asociación respecto a posibles factores predisponentes a la aparición o intensificación de los síntomas de ansiedad.

Conclusiones: la asociación entre los niveles de ansiedad en el adolescente y su rendimiento académico, observada en la muestra de estudio, representa un primer paso hacia futuras investigaciones extrapolables. Se confirma que la ansiedad es una realidad en el adolescente, quien presenta una mayor vulnerabilidad de acuerdo a la teoría de las transiciones de Meleis. Por tanto, se remarca la relevancia de enfermería en la detección precoz e intervención de cuadros ansiosos en el adolescente, así como el fomento en la coordinación entre los diferentes sectores involucrados en el cuidado de este (familia, escuela y sanidad).

Palabras clave: ansiedad, rendimiento académico, salud mental, adolescente, enfermería

Abstract

Objective: to analyse a possible association between anxious symptomatology and academic performance in students aged between 15-16 years old.

Methodology: 107 students in the 4th year of compulsory secondary education from a public high school in the district of Torreforta, in the city of Tarragona, participated in the study. A descriptive, correlational, and cross-sectional study was chosen. The methods of data collection included: the Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA) and an Ad Hoc questionnaire of our own elaboration to find out, among other data, the academic performance of the students. For the analysis of the data obtained, the Jamovi statistical program was used, in which analysis of variance (ANOVA) and hypothesis contrast tests (T-test) were carried out in order to confirm or refute the association between the different study variables.

Results: the results obtained support previous findings, indicating an inversely proportional association between anxiety levels and academic performance. Similarly, higher ISRA scores were observed among female students, showing statistically significant differences with male participants. Finally, the hypotheses of association regarding possible predisposing factors to the appearance or intensification of anxiety symptoms have been refuted.

Conclusions: the association between anxiety levels in adolescents and their academic performance, observed in the study sample, represents a first step towards future research that can be extrapolated. It confirms that anxiety is a reality in adolescents, who are more vulnerable according to Meleis' theory of transitions. Therefore, the relevance of nursing in the early detection and intervention of anxious conditions in adolescents is emphasized, as well as the promotion of coordination between the different sectors involved in their care (family, school, and health).

Keywords: anxiety, academic performance, mental health, adolescent, nursing.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En términos generales, nos podemos referir a la **ansiedad** como a un sentimiento de terror, preocupación, miedo e intranquilidad que resulta excesivo (1), e incluso anticipatorio, cuando se contextualiza en el marco del estímulo desencadenante, y se valora su potencial amenazante real.

De este modo, cuando hablamos de sintomatología ansiosa hacemos referencia a todos los signos y síntomas manifestados a consecuencia de dicho temor. Éstos generalmente engloban: irritabilidad, fatiga, inquietud, sensación de disnea, falta de concentración, etc. (1)

Cuando se trata de ofrecer una definición del rendimiento académico, las visiones están más divididas. Ciertos autores (2) lo conceptualizan como el producto producido por los alumnos en los centros de enseñanza. Otros, (3) hablan del cumplimiento de las metas y objetivos propuestos por el programa curricular que cursa el estudiante. Y terceros (4) se refieren a él como el grado de conocimiento adquirido en una materia.

El ámbito en el que convergen todas ellas es la forma de evaluar dicho rendimiento. Este suele basarse en los resultados obtenidos por el alumnado en las evaluaciones, expresados generalmente por medio de calificaciones.

Este estudio pretende relacionar elementos objetivos como puede ser el rendimiento escolar, con sintomatología compatible a un estado de ansiedad. Investigando de esta forma si un descenso del mismo puede ser considerado un predictor precoz de un cuadro ansioso en el estudiante.

Por consiguiente, tras contemplar el tema de investigación y ejecutar una investigación bibliográfica preliminar, se concretó el siguiente problema y pregunta de investigación.

- **Problema de investigación**

La posible asociación entre la presencia de sintomatología ansiosa en estudiantes de 15-16 años de 4º de Educación Secundaria Obligatoria y su rendimiento académico, como predictor diagnóstico precoz.

- **Pregunta de investigación**

¿Existe una asociación entre la presencia de sintomatología ansiosa en estudiantes de 15-16 años de 4º de Educación Secundaria Obligatoria y su rendimiento académico?

El **tema de estudio propuesto** se focaliza en un periodo del desarrollo vital concreto, la adolescencia. Un rango de población considerado altamente vulnerable. No solo por encontrarse en una etapa de notable labilidad emocional, debido a la experimentación de grandes cambios fisiológicos y sociales, sino también por el punto crucial en el que se deben tomar decisiones de gran peso respecto a su futuro académico como estudiantes. (5,6)

Este contexto, puede suponer importantes factores estresantes que actúen como desencadenante de una situación de ansiedad; que juntamente con un diagnóstico y tratamiento tardío, conlleve un empeoramiento de la condición psicosocial de la persona y una mayor morbilidad. (5,6)

Varios estudios (6–11) han indicado asociaciones entre los altos niveles de ansiedad y el bajo rendimiento académico. El cual no solamente contribuye a un mayor riesgo de fracaso y abandono escolar, sino también a la aparición de otros trastornos psicoafectivos. Constituyendo, todo ello, un problema generalizado en materia de salud pública.

Todos estos factores también se han tenido en consideración por otros autores (11), quienes afirman que la vigilancia psicoepidemiológica es fundamental. Y el lugar idóneo para empezar son precisamente las aulas de los centros educativos, donde los adolescentes pasan gran parte de su tiempo diariamente.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), no fue hasta el año 1948 (12) que en el concepto de salud se integró también la esfera psicosocial. Para todas las disciplinas pertenecientes a la rama de ciencias de la salud, incorporar este aspecto en su práctica clínica diaria se tornó una tarea esencial. Puesto que el objetivo común de todas ellas, se basa en ayudar y procurar que el individuo, como miembro integrante de la sociedad, mantenga un pleno equilibrio vital en todas sus esferas.

Este hecho, se ve sustentado por las recientes estadísticas, que nos muestran que del 40% de las consultas de Atención Primaria que corresponden a problemas psicológicos, tan sólo el 10% deriva finalmente a una consulta especializada en Salud Mental. Y, aunque ciertamente, no todos los casos requieren de derivación a un centro específico, son muchas las personas que requieren de tratamiento y no lo reciben, o bien, éste no es el adecuado. (13)

Asimismo, de acuerdo con datos ofrecidos por la OMS, se prevé que los problemas de salud mental representen la primera causa de discapacidad a nivel mundial en el año 2030 (13). En la actualidad, 7'3 millones de jóvenes españoles de entre 15 y 29 años (el 48,9%), refieren haber tenido algún problema de salud mental según lo muestran datos del Barómetro Juvenil de Salud y Bienestar del 2019. (14)

Otro campo que se ha visto alterado debido a su relación directa con la afectación de la salud mental, son las conductas autolíticas. Cerca de 800.000 personas se suicidan anualmente a nivel mundial, siendo desde este 2021 la primera causa de mortalidad en los jóvenes de entre 15 y 29 años, según la Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (13,15) No obstante, aunque este hecho no refleje necesariamente un aumento de los mismos, es un dato alarmante, puesto que las cifras correspondientes a accidentes de tráfico y casos de neoplasias, situados en segunda y tercera posición respectivamente, han disminuido; por el contrario, la incidencia del suicidio se ha mantenido. (15) Los expertos valoran una posible relación entre estas cifras y los efectos colaterales de la pandemia producida por la COVID-19. (16)

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Una vez definidos el problema y la pregunta de investigación, se formularon las siguientes **hipótesis (H)**:

H1: Existe una relación inversamente proporcional entre la presencia de sintomatología ansiosa y el rendimiento académico del estudiante, pudiéndolo emplear como predictor diagnóstico precoz.

H2: Las mujeres tienen más predisposición a padecer cuadros ansiosos.

H3: Una situación de inmigración acompañada de una mala adaptación percibida al nuevo entorno influye aumentando los niveles de ansiedad del individuo.

H4: Se establece una relación inversamente proporcional entre el nivel socioeconómico familiar percibido y la presencia de ansiedad.

H5: La disrupción¹ de la unidad familiar influye directamente en la manifestación de clínica ansiosa.

H6: No existen diferencias estadísticamente significativas con relación a los niveles de ansiedad en cuanto a la toma de decisión del futuro académico / laboral.

De este modo, los objetivos propuestos para el presente estudio se basan en la comprobación de veracidad de las mismas.

Objetivo general

- Analizar la posible asociación entre la presencia de sintomatología ansiosa en estudiantes de 15-16 años de 4º de Educación Secundaria Obligatoria y su rendimiento académico, para poder ser empleada como predictor diagnóstico precoz.

Objetivos específicos

- Determinar si el sexo influye en la incidencia de ansiedad.
- Investigar si el hecho de haber vivido un proceso migratorio, con percepción de dificultades adaptativas añadidas, contribuye a la manifestación de clínica ansiosa.

¹ La Real Academia Española define el término *disrupción* como una “rotura o interrupción brusca”. En este contexto, nos referimos a la rotura de una unidad familiar que habitualmente ha estado estructurada de una forma concreta y que, posteriormente, debido una determinada situación se ha producido un cambio repentino en la misma; pudiendo afectar indirectamente al estado emocional del adolescente.

- Verificar la existencia de una posible relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico familiar percibido y la presencia de ansiedad.
- Comprobar la posible relación entre los diversos estados civiles parentales con una situación de ansiedad en el individuo.
- Analizar si la toma de decisión en cuanto a optar por un futuro académico o adentrarse en el mundo laboral fomenta la sintomatología ansiosa en el estudiante.

MARCO TEÓRICO

Contextualización en el marco de investigaciones previas

A pesar de la creciente tendencia de investigación acerca de la posible asociación entre los niveles de ansiedad, manifestados por adolescentes escolarizados, y su rendimiento académico; actualmente se conoce poco acerca de la relación que existe entre estas dos variables. Este porcentaje se ve aún más reducido si se puntualiza en la franja de edad correspondiente a la etapa final de la educación secundaria.

En una investigación llevada a cabo en la ciudad de Bogotá, se mostró que el 44,6% de los escolares entre 8 y 11 años estudiados presentaban indicadores de ansiedad. Representando mediante ese porcentaje a, prácticamente, la mitad de los individuos que componen la muestra. En comparación, también se observó que un 48,9% obtenían un rendimiento bajo en su desempeño académico. Tras estudiar la posible relación entre estos dos aspectos, se obtuvo un coeficiente de chi cuadrado de $p=0,24$, indicando una asociación estadísticamente significativa entre ellos. (6)

Bojorquez de la Torre por su lado, describió en su estudio de cohortes, realizado en una muestra de estudiantes universitarios del grado de medicina, que los alumnos con ansiedad clínica presentaban un 73% más probabilidades de obtener un rendimiento regular/malo en comparación con aquellos que no mostraban indicios de ansiedad. (7)

Del mismo modo lo corrobora un artículo de investigación publicado por la Universidad Nacional Autónoma de México. Que tras estudiar la respuesta verbal, conductual y fisiológica ante sucesos recientes potencialmente estresantes de una muestra de 81 estudiantes, concluye que la ansiedad y el desempeño académico mantienen una relación no lineal. En la cual elevados niveles de ansiedad se relacionan con un bajo desempeño académico. (8)

El bajo rendimiento académico puede estar asociado a una gran variedad de desencadenantes, entre ellos alteraciones del nivel intelectual. Este factor se tuvo en especial consideración en la investigación llevada a cabo por Serrano Barquín, et al., al estudiar las razones por las cuales los alumnos presentaban un bajo rendimiento escolar.

En sus resultados, se observó que los sujetos estudiados eran totalmente competentes a nivel intelectual. Y que entre un 35% y un 70% presentaban de forma concomitante otros trastornos afectivos y/o de ansiedad, obteniendo estos más probabilidades de actuar como factor predisponente a una disminución del desempeño académico. (9)

De forma conjunta a una disminución del rendimiento, también se ve alterada la tasa de abandono de los estudios postobligatorios. Así lo indican los resultados obtenidos por Hernández Pozo, et al., en un estudio que pretende averiguar la relación entre el desempeño escolar, la ansiedad y el riesgo de deserción en estudiantes aspirantes a bachillerato.

En él se explica que unos elevados niveles de ansiedad en el alumnado, se asocian a una elevada tendencia a desarrollar trastornos depresivos. Que a su vez terminan por conducir al abandono de futuros estudios tras completar la etapa de formación obligatoria. Al no terminar los estudios, se retroalimenta el riesgo de padecer trastornos de salud mental, y aumenta el riesgo de consumo de sustancias tóxicas. Generando todo ello un problema generalizado en materia de salud pública. (10)

De igual manera lo destaca un estudio llevado a cabo en la facultad de enfermería de la Universidad de Nigeria. El cual indica que los alumnos que experimentan elevados niveles de ansiedad tienen más dificultades para concentrarse en las tareas que deben llevar a cabo. De este modo, aunque pueden llegar a tener un desempeño académico similar al de sus compañeros, ello requerirá un mayor esfuerzo y un coste significativo a nivel psicológico. (17)

Debido al gran impacto que genera un trastorno de ansiedad en la vida del individuo, y especialmente en una etapa de tan alta vulnerabilidad como la adolescencia, Colunga-Rodríguez, et al., considera fundamental la vigilancia psicoepidemiológica, juntamente con el rendimiento académico en estudiantes, para valorar periódicamente tanto la presencia de ansiedad como cualquier otro trastorno psicoafectivo.

Ellos extrajeron dicha conclusión en base a un estudio realizado en la Ciudad de Guadalajara (México), que contaba con una muestra de 156 estudiantes que pertenecían a los primeros tres cursos de educación secundaria. En él se observó una puntuación de ansiedad mayor entre los alumnos que presentaban un bajo rendimiento académico. En comparación con aquellos que tenían un rendimiento académico medio o alto, obteniendo una correlación estadísticamente significativa entre estas dos variables. (11)

A nivel nacional, García Fernández, et al., muestra unos altos niveles de ansiedad en los alumnos que presentan fracaso escolar, pero también destaca dos temores asociados al alto rendimiento. Siendo estos la ansiedad ante el fracaso y el castigo académico. (5)

Tras la revisión de los estudios publicados, se observó que gran parte de ellos fueron elaborados en países extranjeros, encontrando muy pocas referencias de nuestro país. Es por ello que consideramos fundamental una revisión del estado de la cuestión en la población española. Puntualizando y, a la vez, destacando la relevancia de nuestro estudio, que los rangos de edad más estudiados corresponden a estudiantes universitarios, o bien escolares en menor rango de edad que el que se propone estudiar en la presente investigación.

Del mismo modo, se ha observado que la mayoría de los artículos publicados a nivel internacional se centran en el estudio de la ansiedad padecida por los estudiantes en periodos evaluativos. O bien, en la influencia del rendimiento académico en los niveles de ansiedad, y no viceversa. (18,19)

Cambios biopsicosociales en la adolescencia

Se denomina adolescencia a la etapa de transición que ocurre entre la niñez y la edad adulta. A pesar de la apariencia simple y banal de su definición, se trata de un concepto mucho más complejo, que va más allá de englobar y categorizar a un sector de la población que se encuentra en un rango de edad específico. (20)

Aun habiendo autores que hablan de una duración aproximada de una década, contando su inicio alrededor de los 10 años y terminando aproximadamente a la edad de 20 años (16,17); la adolescencia requiere de un proceso madurativo, tanto a nivel biológico como en la esfera psicosocial, que se asocia a una gran variabilidad entre individuos y dificulta su delimitación a un marco de tiempo concreto.

Aunque hay cierto acuerdo en cuanto a que su inicio suele venir marcado por lo que se conoce como “pubertad”, distinguida por todos los cambios bioquímicos y fisiológicos que trataremos más adelante. Su finalización viene condicionada por hitos más centrados en la esfera psicosocial, mediante la adopción de nuevos roles y responsabilizaciones propias de la edad adulta. (21)

Hay que tener en cuenta que, con la modernización del siglo XX, la edad de inicio de la pubertad se ha visto reducida. En gran parte debido a la mejora de los hábitos en alimentación e higiene, así como los avances en materia de salud infantil. Por otro lado, gracias al creciente periodo de tiempo que los jóvenes invierten en su formación académica, su incorporación en el mundo laboral se ve postergada. Alargando implícitamente la adquisición de su independencia y la adopción de los roles propios de la adultez. (22)

La rapidez y profundidad de los cambios que se producen de forma simultánea durante esta etapa del proceso vital, le confieren una importancia crucial. Y la convierten en un momento clave para el correcto desarrollo psicoemocional de la persona.

Los adolescentes no se enfrentan solamente a las transformaciones experimentados en la esfera personal, sino también a un proceso de adaptación social y a la toma de decisiones significativas respecto a su futuro académico y/o laboral. En estas, los recursos desarrollados en etapas vitales anteriores, y el apoyo recibido por parte de figuras de referencia de su entorno, tendrán una gran influencia. (20)

Como en cualquier etapa del proceso vital, en la adolescencia también se plantean una serie de objetivos o tareas propias del desarrollo, el cumplimiento de las cuales conduce al adolescente a experimentar un sentimiento de éxito y felicidad. Que por el contrario, en caso de incumplimiento, se traducen en dificultad para el logro de futuras metas, desaprobación por parte de sus iguales y sentimientos de fracaso y culpabilidad.

Una de las principales tareas que da inicio en la adolescencia es la búsqueda de la identidad personal, que diferencia a la persona de sus familiares, allegados y otros seres humanos. Para poder afirmar el logro de esta tarea, el individuo debe haber definido sus propios valores morales y creencias, así como sus ideologías respecto a la filosofía vital. Debe haber construido una identidad sexual propia, aceptar su propio cuerpo y conocer y aceptar su personalidad.

Todo este conocimiento no viene implícito en el proceso madurativo, sino que es el resultado de una autoexploración activa en la que el individuo explora cautelosamente quién es y quien quiere llegar a ser. Valorando tanto sus potenciales como sus limitaciones. (20,22)

Otro hito de la adolescencia es la adquisición de competencias de autogestión emocional y habilidades de relación efectiva en el entorno social. Todo ello conduce hacia el logro de una independencia, tanto de carácter económico como emocional, de los progenitores. Para que, llegados a cierto punto del trayecto vital, se consiga la autosuficiencia financiera y la autonomía psicológica. (21)

Cambios biológicos durante la adolescencia

El inicio de la pubertad viene marcado por dos procesos vinculados entre sí, que ocurren de forma sucesiva durante un periodo aproximado de 3-4 años. Estos procesos reciben el nombre de **adrenarquia** y **gonadarquia**.

Se entiende por **adrenarquia** al aumento de segregación de hormonas andrógenas, gracias al proceso de maduración de las glándulas suprarrenales. Ello produce en el adolescente un aumento del crecimiento del vello axilar y púbico, incremento de la secreción sebácea, desarrollo del olor corporal, y en el caso de las mujeres una aceleración de la edad ósea. (22)

La **gonadarquia** en cambio, se refiere a la maduración de órganos sexuales involucrados directamente en la habilidad reproductiva de los seres humanos. Gracias a la liberación de hormonas, como la hormona folículo-estimulante (FSH), se permite la maduración del folículo ovárico y, por tanto, el inicio de la ovulación. Que se traduce en la aparición de la primera menstruación o menarquia. (22)

En el caso de los hombres, la estimulación de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), también está directamente implicada en el proceso de espermatogénesis. A su vez, también implica la segregación de otros tipos de hormonas. Que se involucran en el desarrollo de características sexuales, primarias y secundarias, específicas para el sexo femenino y masculino. (22)

Se entiende por características primarias, a aquellas que participan directamente en la reproducción. Y secundarias, a signos de maduración sexual en los que no están necesariamente implicados los órganos sexuales. (20)

	Características sexuales primarias	Características sexuales secundarias
<u>Sexo Femenino</u>	Crecimiento y maduración de los ovarios	Crecimiento mamario
	Crecimiento de las trompas de Falopio, útero, clítoris y vagina	Aparición y crecimiento del vello púbico y axilar
		Cambio en la voz
	Menarquia	Aumento en la secreción de glándulas sebáceas y sudoríparas que puede producir acné
Cambios en la textura de la piel		
<u>Sexo Masculino</u>	Crecimiento y maduración de los testículos	Aumento en la secreción de glándulas sebáceas y sudoríparas que puede producir acné
	Espermarquia (primera eyaculación)	
	Crecimiento del pene, el escroto, las vesículas seminales y la glándula prostática	Aparición y crecimiento del vello facial, púbico y axilar
		Cambio en la voz
		Cambios en la textura de la piel

Tabla extraída y adaptada de Valverde Cerros O, et al. Desarrollo biopsicosocial en la adolescencia y la juventud

Cambios psicosociales durante la adolescencia (18-20)

Distintos autores coinciden en la clasificación de la adolescencia en tres etapas (adolescencia temprana, media y tardía), siendo cada una protagonizada por diferentes cambios psicosociales dentro del proceso de maduración hacia la edad adulta del niño. (20–22)

Adolescencia temprana (10-14 años)

Se trata de una etapa en que la preocupación suele estar centrada en los cambios corporales que se están produciendo. Y la atención va dirigida a la propia conducta, visiones, necesidades e inquietudes.

Nos podemos encontrar con tendencias de magnificación de los pensamientos, sentimientos, creencias y experiencias, que se consideren únicas para el adolescente. Puede incluso interpretar que los demás no son capaces de entenderlos. También se suele manifestar una tendencia a requerir mayor atención y recibir gratificación inmediata, sobre todo por parte de sus iguales.

También suelen aparecer labilidades emocionales, con fluctuaciones frecuentes de ánimo y conducta, acompañado por una dificultad en el control de los impulsos. Así como una creciente necesidad de privacidad.

En la esfera de lo emocional, acostumbra a producirse un desplazamiento de la dependencia afectiva de los progenitores, que se enfoca hacia los pares (21). Los intereses por las actividades familiares pueden verse disminuidos, aumentando el deseo de independencia.

A nivel académico se produce un incremento de las demandas, coincidiendo con el inicio de la Educación Secundaria Obligatoria, pudiendo generar una mayor preocupación por el cumplimiento de las expectativas.

Adolescencia media (14-17 años)

El pilar fundamental de esta etapa se encuentra en la reorientación de las relaciones interpersonales. Suele hacerse aún más notable el distanciamiento familiar y el acercamiento al grupo de iguales. Quienes constituyen una influencia poderosa en aspectos como la vestimenta, la conducta y los valores, a pesar del creciente sentido de individualidad.

En lo moral, aumenta la capacidad de razonamiento, hecho que puede llevar al adolescente a cuestionar las figuras parentales y de autoridad si las normas impuestas no concuerdan con su fundamento y justificación.

En el ámbito académico, con la finalización de la enseñanza obligatoria, las expectativas se centran en la preparación para el futuro, ya sea de carácter académico o laboral. Y el individuo se enfrenta a una elección importante.

Adolescencia tardía (18-19 años en adelante)

Se consolida progresivamente la identidad y autonomía del adolescente si las condiciones de desarrollo han sido las adecuadas. Entendiendo por estas, un entorno familiar estable y seguro, y un grupo de amistades que han brindado apoyo al individuo.

Los intereses y la imagen corporal ya no suelen depender de terceros, sino ser producto de la propia persona. Generalmente, hay una mayor conciencia acerca de las habilidades y limitaciones personales con mejor integración de la personalidad, que brinda una mayor estabilidad emocional y una mayor aptitud para la planificación futura.

Se orientan las ambiciones de vocación, compromisos y responsabilidades de la adultez. Hay un mayor interés en la exploración de posibles direcciones de línea de vida, relaciones, trayectorias profesionales..., apoyadas en sus preferencias y capacidades.

Una gran velocidad de crecimiento, combinada con la magnitud de los cambios, que juntamente se asocian a las constantes valoraciones externas del entorno acerca de las normalidades/anormalidades del crecimiento. Todo ello puede generar en el adolescente infinidad de dudas y preocupaciones, que marcan una diferencia significativa en esta etapa vital tan compleja.

Conceptos clínicos de ansiedad

A pesar de que el miedo represente una de las principales manifestaciones subyacentes de la ansiedad, hay que tener bien clara la diferencia entre estos dos conceptos.

Por un lado, el **miedo** se define como una respuesta reactiva transitoria percibida ante un estímulo real y peligroso. Este es interpretado como tal tanto por el individuo como por las personas a su alrededor, generando una respuesta de huida o afrontamiento.

Por otro lado, cuando hablamos de **ansiedad** nos referimos a una reacción más generalizada. Que perdura en el tiempo como respuesta a un estímulo percibido como peligroso de forma subjetiva e incluso anticipatoria. Generando alteraciones a nivel cognitivo y/o conductual.

A su vez, el término ansiedad no es por si solo sinónimo de patología. Cierta nivel de ansiedad es necesarios para sobrellevar las exigencias del día a día, puesto que ésta puede mejorar el rendimiento; es un estado emocional natural ante un estrés cotidiano.

Nos referiremos a **ansiedad patológica** cuando esta sobrepasa las capacidades adaptativas del individuo. Desencadenando una serie de manifestaciones a nivel fisiológico, psicológico y social. Que se expresan en forma de signos y síntomas específicos, generando un malestar significativo en el individuo. (23)

Así como durante la etapa infantil la prevalencia de trastornos de ansiedad se ve más inclinada hacia el sexo masculino, durante la etapa de la adolescencia y posteriormente en la edad adulta nos encontramos con un ratio hombre/mujer de 1:4. Afectando hasta un 75% más a las mujeres. (24)

Cabe destacar, que los trastornos de ansiedad raramente se producen como un fenómeno aislado, siendo generalmente el resultado de la convergencia entre varios factores. Además, suelen coexistir con otros trastornos de tipo conductual y del estado de ánimo.

A pesar de que, debido a su origen multifactorial, no se puede hablar de una etiología determinada para los trastornos de ansiedad, se han estudiado diversos factores que se consideran predisponentes y potenciadores en la aparición de dicho trastorno. Ellos engloban esferas muy diversas. Incluyendo condiciones neuroanatómicas, genéticas, endocrinas e inmunológicas, factores ambientales e incluso circunstancias intrauterinas y perinatales. (23,24)

Entre los factores biológicos, la genética tiene una implicación moderada. A pesar de la existencia de estudios familiares que indican una probabilidad hasta 5 veces mayor de que un niño sufra un trastorno de ansiedad, si en su entorno familiar cercano se padece o se ha padecido dicho trastorno. Se cree que los factores ambientales, como un estilo de crianza poco adaptativo, con actuaciones intrusivas y reguladoras, podrían determinar verdaderamente la naturaleza de los trastornos emocionales del niño.

Actualmente, no se ha determinado de forma fiable la existencia de unos genes que otorguen vulnerabilidad a sufrir trastornos de este tipo. Aunque se está trabajando en varias teorías. (25,26)

Los estilos de crianza basados en la sobreprotección, o por el contrario en la instauración de una educación estricta y poco permisiva, constituyen un factor de riesgo considerable. De forma conjunta, también lo hacen los acontecimientos adversos ocurridos durante la niñez, tales como el maltrato, el abandono, la negligencia y la desestructuración del núcleo familiar. (26)

Todo ello se ve implicado en un proceso que se suele desarrollar durante la etapa de la infancia conocido bajo el término de “condicionamiento del miedo”. Un fenómeno en el cual se produce la asociación entre los estímulos que se perciben como neutrales, y aquellos que el individuo percibe como nocivos o potencialmente dañinos. Pudiendo así llegar a desarrollar lo que algunos autores denominan un “estilo cognitivo amenazante” (27). En este, la persona presta mayor atención y sobreestima la amenaza de los acontecimientos de su entorno, presentando también una gran capacidad de memoria ante aquellas situaciones en que la amenaza fue real.

Signos y síntomas generales de la ansiedad

Los trastornos de ansiedad se pueden clasificar en subcategorías específicas, ajustándose cada una de ellas a unas características definitorias concretas. Tal y como se explica en el siguiente apartado. Cada uno de los trastornos cuenta con una sintomatología propia que lo caracteriza y lo diferencia de los restantes.

A pesar de ello, las categorías comparten una serie de rasgos comunes. Que suelen actuar como indicativos de un posible trastorno de ansiedad de forma previa a la clasificación específica del trastorno. Éstos son generalmente manifestados debido a alteraciones en al área cognitiva. Donde predomina una sensación de preocupación constante e incontrolable acerca de temas diversos; que llega a somatizar.

Ello genera un conjunto de reacciones biológicas en nuestro organismo, que se exteriorizan en forma de unos signos y síntomas característicos. Provocando alteraciones en la dimensión conductual, social y académica del individuo. (26)

En la siguiente tabla se muestra el desglose de los signos y síntomas generales de la ansiedad, clasificado en función del área de afectación y de los sistemas biológicos implicados.

Síntomas somáticos	Síntomas psico-conductuales
Hiperactivación vegetativa del sistema nervioso generando: sudoración, sequedad de boca, mareo e inestabilidad de la marcha	Preocupación excesiva y/o aprensión
Sistema neuromuscular: temblor, tensión muscular, cefalea y parestesias	Sensación de agobio
Sistema cardiovascular: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, volverse loco y/o sensación de muerte inminente

Sistema respiratorio: sensación de disnea e hiperventilación	Dificultad de concentración y pérdida de memoria
Sistema digestivo: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, meteorismo y aerofagia	Irritabilidad, inquietud y desasosiego
Sistema genitourinario: poliuria y problemas sexuales	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones y compulsiones

Tabla extraída y adaptada de Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria

Algoritmo y tipologías de trastornos de ansiedad (DSM-5)

Los trastornos de ansiedad son unos de los trastornos psicológicos más prevalentes en la población infantil-juvenil (28), y constituyen uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria (24). Pudiendo éstos llegar a requerir derivación a centros específicos de atención a la salud mental en la infancia y la adolescencia.

Es por esta razón que la Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria (AEPap) ha creado un algoritmo de diagnóstico y clasificación de los trastornos de ansiedad (29). Con el fin de mejorar el abordaje de estas situaciones desde una etapa temprana, y estandarizar y protocolizar las intervenciones de los profesionales de la salud que desempeñan su función en este primer escalón del proceso asistencial.

Hay que tomar en consideración el hecho de que la ansiedad es un síntoma que se asocia a diferentes cuadros clínicos. Razón por la cual, la American Psychiatric Association (APA), también ha desarrollado, en la quinta edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), bajo el epígrafe de *Trastornos de Ansiedad*, todos aquellos trastornos psiquiátricos cuyo síntoma principal es la ansiedad. Obteniendo de este modo las siguientes subcategorías.

En dicho manual se incluyen los criterios diagnósticos que ayudan a orientar al profesional a la hora de evaluar y clasificar un posible trastorno por ansiedad. Cabe destacar, que la presencia o ausencia de los signos y síntomas descritos en el DSM-5 no son suficientes para un diagnóstico definitivo del paciente; este deberá ir acompañado de una valoración clínica que incluya también los factores biopsicosociales que hayan podido contribuir en la aparición del trastorno. (30)

A continuación, se exponen de forma resumida los trastornos por ansiedad incluidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y sus respectivos criterios diagnósticos. Para su estudio en más profundidad recomendamos consultar el DSM-5 disponible tanto en formato físico como en su versión en línea.

Trastorno de ansiedad por separación

Miedo o ansiedad excesiva e inadecuada para el nivel de desarrollo del individuo a la separación de una persona o grupo de personas por la que siente especial apego. Este miedo debe ser expresado en, al menos, tres de las siguientes circunstancias:

- Sensación de malestar excesivo y recurrente cuando se produce o se prevé la separación de las personas de mayor apego.
- Preocupación excesiva por la posibilidad de que la persona de mayor apego sufra algún tipo de accidente o enfermedad que conlleve su pérdida.
- Preocupación excesiva por la posibilidad de perderse o sufrir algún acontecimiento adverso (secuestro, enfermedad, accidente, etc.) que lo separe de la persona de apego.
- Rechazo a salir de casa por miedo a la separación, afectando de este modo a las responsabilidades académicas y/o laborales.
- Miedo o resistencia a estar lejos de la persona de apego en situaciones de menor familiaridad, como salir fuera del domicilio habitual.
- Miedo y rechazo a dormir fuera de casa si la figura de apego no se encuentra cerca.
- Aparición recurrente de pesadillas relacionadas con la separación.
- Somatización de síntomas como dolor de cabeza, náuseas, vómitos, etc. cuando se produce o se prevé una separación.

La ansiedad debe ser persistente y perdurar en el tiempo un mínimo de cuatro semanas en el caso de niños y adolescentes, pero pudiéndose alargar a periodos de seis meses o más en adultos.

La alteración debe interferir significativamente en el desarrollo del rol de la persona durante sus actividades diarias. Así como afectar la esfera social, laboral y/o académica; además de no explicarse mejor dicho comportamiento por otro trastorno mental.

Mutismo selectivo

Incapacidad de hablar en situaciones en las que hay una alta expectativa y atención social, sin atribuirse ésta a una falta de conocimiento del lenguaje u otra dificultad o alteración en el proceso de comunicación.

La duración del trastorno debe ser de un periodo de tiempo mínimo de cuatro semanas, además de interferir en el desempeño educativo, laboral y/o social del individuo.

Fobia específica

Miedo o ansiedad que se experimenta de forma inmediata ante la exposición a un objeto o situación específica. Produciendo una reacción de rechazo y evitación desproporcional al peligro real que representa.

La exposición a dichas situaciones causa malestar significativo en el individuo, e interfiere en su funcionamiento en el ámbito laboral, escolar y/o social. La duración de dicho fenómeno debe ser de un mínimo de seis meses y la sintomatología no se puede explicar mejor mediante la asociación a otro trastorno mental.

Cuando se diagnostica un trastorno por fobia específica, se debe concretar el estímulo fóbico desencadenante. Pudiendo este ser de origen animal, asociado a fenómenos meteorológicos, situaciones del entorno, miedo a sangre o agujas u otras situaciones específicas como volar en avión, estar en espacios cerrados, etc.

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Miedo o ansiedad a exponerse a situaciones sociales en las que los individuos del entorno puedan examinar y/o juzgar a la persona. Teniendo miedo de expresar síntomas ansiosos que puedan ser interpretados con rechazo.

Dicha situación es experimentada en casi todas las interacciones sociales del individuo, generando una evitación y resistencia asociada a un miedo intenso desproporcional a la amenaza real del entorno.

El miedo persiste en el tiempo durante más de seis meses y causa malestar clínicamente significativo con deterioro social, laboral y/o académico. Éste no se puede atribuir a los efectos de sustancias tóxicas ni se puede explicar mejor mediante la asociación a otro trastorno mental o afección médica.

Trastorno de pánico

Aparición súbita de un malestar que alcanza su máxima intensidad en cuestión de minutos. Tiempo durante el cual se deben producir cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Taquicardia o sensación de palpitaciones
- Diaforesis
- Dolor torácico
- Sensación de ahogo y asfixia

- Temblores
- Náuseas y malestar abdominal
- Sensación de mareo con o sin pérdida de consciencia
- Parestesias
- Desrealización o despersonalización
- Sensación de escalofríos o calor excesivo
- Miedo a morir o perder el control

Se considera trastorno de pánico cuando, posteriormente al ataque, se experimenta durante un mínimo de cuatro semanas una sensación de inquietud continua acerca de la posibilidad de padecer otros ataques. O bien se produce un cambio significativo en el comportamiento destinado a evitar la aparición de futuros episodios.

Dichos ataques no se pueden atribuir a los efectos de sustancias tóxicas ni otras afecciones fisiológicas y/o psiquiátricas.

Agorafobia

Miedo o ansiedad excesiva a dos, o más, de las siguientes situaciones. En las que el individuo interpreta que escapar podría resultar especialmente difícil. O bien éste no podría recibir ayuda en caso de padecer un ataque de pánico:

- Viajar en transporte público Encontrarse en espacios abiertos
- Encontrarse en espacios cerrados
- Hacer cola o encontrarse en medio de la multitud
- Estar solo fuera de casa

Dichas situaciones, casi siempre provocan en el individuo una sensación de miedo o ansiedad desproporcionada a la amenaza real que representa la situación. Generando una reacción de evitación y rechazo que causa un malestar clínicamente significativo e interfiere en el desempeño laboral y/o académico de la persona. Además, no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, ni se asocia a otra afección médica.

Trastorno de ansiedad generalizada

Sensación de miedo o ansiedad de tipo anticipatorio que se ha producido en más días de los que ha estado ausente durante un periodo mínimo de seis meses. Se relaciona con diversos sucesos o actividades de la vida diaria.

A la persona le resulta muy complicado controlar la preocupación. Y ésta se asocia a tres o más de los siguientes síntomas:

- Inquietud o irritabilidad
- Fatiga
- Dificultad para la concentración y/o la relajación
- Tensión muscular
- Insomnio o sueño no reparador

La alteración causa malestar clínicamente significativo y no se asocia al consumo de sustancias tóxicas ni a otras afecciones fisiológicas y/o psiquiátricas. Produciendo un deterioro de la interacción social y del funcionamiento laboral y/o académico.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Los cuadros ansiosos o ataques de pánico se producen en un contexto posterior al consumo de sustancias tóxicas o bien la abstinencia de las mismas. Hecho que se puede comprobar a través de la historia clínica del paciente, exploraciones físicas y/o análisis de laboratorio.

Además, la sustancia debe tener las propiedades para producir tales efectos. Y el trastorno no se puede explicar mejor por un trastorno de ansiedad no asociado al consumo de sustancias.

El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional. Y causa malestar clínicamente significativo que genera deterioro en el ámbito laboral y/o académico.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

La situación de miedo intenso y ansiedad se producen en el cuadro de otra patología clínica. Hecho que se puede corroborar mediante la historia clínica del paciente, exploraciones físicas y de laboratorio.

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. Y genera un malestar clínicamente significativo que interviene en el ámbito social, laboral y otras esferas importantes del funcionamiento cotidiano.

Otro trastorno de ansiedad especificado

Esta categoría incluye todos aquellos diagnósticos en que predominan síntomas de ansiedad que generan un malestar clínicamente significativo y un deterioro en la esfera social, laboral y/o académica. Pero no cumplen todos los criterios de las categorías anteriores. En este caso, el profesional debe mencionar el criterio que se incumple para la categorización del trastorno dentro de un trastorno de ansiedad específico.

Otro trastorno de ansiedad no especificado

En esta categoría se incluyen todos aquellos diagnósticos en que predomina la sintomatología de tipo ansioso. Que genera un malestar clínicamente significativo y un deterioro en la esfera social, laboral y/o académica; pero no cumplen todos los criterios para ser clasificados dentro de las categorías anteriores, sin especificar el motivo.

Orientación terapéutica

Según las estadísticas, la mayoría de los trastornos de ansiedad que se detectan en la adultez se comienzan gestando en la adolescencia, debido al infradiagnóstico y/o el tratamiento inadecuado del mismo. (31)

En consecuencia, como bien comentamos anteriormente, muchos adolescentes debido a la situación de cambios biopsicosociales que están atravesando y sus situaciones particulares del entorno, no son capaces de hacer frente de manera correcta a estresores, o bien no encuentran las herramientas o no tienen en ese momento habilidades para responder a esta situación que les genera un malestar clínicamente significativo y, que en muchas ocasiones, se oculta y se intenta solucionar mediante conductas de evasión que, obviamente, solo hacen que ser contraproducentes para el individuo y agravar su situación. (31)

Estas situaciones, tal y como se ha podido comprobar en base a la bibliografía relacionada, afectarán de manera directa en el rendimiento académico del estudiante.

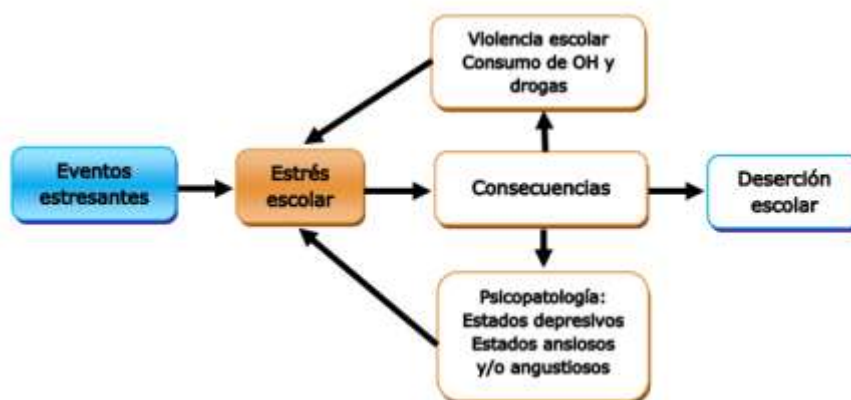


Diagrama extraído de Matura A, Vargas A. El estrés escolar. Revista de Medicina Clínica Condes. 2015.

Un estado ansioso diagnosticado a tiempo puede ser tratado exitosamente, sin necesidad de exacerbar a un trastorno y, muy probablemente, sin necesidad de farmacoterapia, he ahí donde, posteriormente, se comentará la importancia de la enfermería, concretamente del papel de la enfermera escolar, en el diagnóstico precoz de dicha alteración de la salud mental y emocional. (31)

No obstante, en términos generales, se pueden encontrar diversos tipos de orientaciones terapéuticas en función de la edad, la situación personal y la sintomatología ansiosa presente en el momento actual del adolescente. Por ende, hay que tener siempre presente el abordaje de estas situaciones desde un enfoque multimodal y holístico, individualizando al caso particular de la persona. Su principal objetivo, es frenar a tiempo esta sintomatología inicial e impedir que trascienda a un cuadro clínico más severo, evitando así complicaciones a largo plazo y/o comorbilidades. (31,32)

Pese a que nuestra intervención como enfermeras vaya a estar más focalizada en una psicoeducación del adolescente (y si es preciso de su entorno parental) más que en un tratamiento farmacológico, se van a describir a continuación las diferentes terapias existentes y cuáles de ellas son las más recomendadas en función de su grado de evidencia. (32)

Tratamiento psicológico

La psicoterapia se define como un proceso de comunicación interpersonal, donde entran en relación un profesional de la salud y el paciente que necesita de ayuda para afrontar su situación clínica mental actual. Esta tiene como objeto fomentar cambios en el individuo afectado, con el propósito de hacer desaparecer, modificar, atenuar o cambiar los síntomas existentes y promover el desarrollo de una personalidad y una salud mental positiva. (23)

La base de esta terapia reside en conseguir una relación terapéutica efectiva, sustentada por una escucha activa hacia el paciente y la validación de sus sentimientos y pensamientos. De esta forma, se fomenta que él mismo se sienta confortable con nosotros y se cree un clima de confianza que favorezca la expresión de emociones. Así, se reconforta, disiente y se refuerza la autonomía. (23)

No obstante, aunque la base de la relación terapéutica eficaz sea común en todas las terapias, existen diferentes enfoques teóricos que enfermería puede aplicar en una consulta.

Básicamente, se distinguen dos grupos, ambas consideradas intervenciones psicológicas breves, ya que se entiende que el diagnóstico o situación predisponente a padecer de ansiedad, se da en un momento temprano.

▪ **Intervenciones psicológicas cognitivo - conductuales (TCC)**

El tratamiento de primera elección es la psicoterapia y, dentro de estas, la TCC es el método con mayor evidencia científica en los resultados terapéuticos. No obstante, pese a ser llevada a cabo mayoritariamente por psicólogos debidamente acreditados y formados, enfermería puede ser partícipe en las mismas desde un enfoque más colaborativo, realizando seguimientos, apoyo emocional y educación sanitaria.

Bajo esta temática se encuentran agrupadas un conjunto de intervenciones psicológicas basadas, por una parte, en el **ámbito conductual** (23,31), es decir, donde se trabajan aspectos relacionados con un patrón de conducta disfuncional y tiene como fin la corrección o reconducción de los mismos, por ejemplo:

- Técnicas de relajación progresiva y/o control de la respiración
- Técnicas de exposición a estímulos ansiógenos
- Técnicas de autocontrol, como el control de estímulos, el auto refuerzo positivo y/o la autoobservación
- Entrenamiento en habilidades sociales

Por otra parte, el **ámbito cognitivo** (23,31), que toma en consideración la sintomatología más relacionada con procesos afectivos distorsionados, cuyo fin, por tanto, es el análisis consciente de los mismos para poder construir maneras más adaptativas y funcionales de respuesta, por ejemplo:

- Autoinstrucciones para tratar de cambiar las verbalizaciones negativas del paciente por positivas.
- Técnicas de resolución de problemas con las que se pretende conseguir identificar y delimitar los mismos. Esta terapia se basa en enseñar a priorizar los objetivos y concretar los pasos a seguir.
- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad cognitiva, en el que se instruye al paciente a aprender a usar la relajación para un buen autocontrol mental.
- Reestructuración cognitiva, basada en tratar de suplir pensamientos distorsionados por otros más racionales.
- Distracción cognitiva y detención del pensamiento, centrada en focalizar la atención en estímulos neutros no percibidos como amenazantes.

- **Técnicas psicodinámicas (TPD) (23,31)**

Bajo esta denominación, se agrupan diversas psicoterapias que tienen como base histórica y práctica con las investigaciones de Freud y el psicoanálisis, ya que comparten conceptos esenciales tal como el **conflicto** ente los diferentes aspectos del **YO**, la existencia de impulsos inconscientes conductuales, la influencia de las vivencias en la infancia, así como los mecanismos de defensa adquiridos para modular el dolor psicoemocional y la angustia para comprender y manejar la sintomatología.

Dicho esto, el objetivo principal de cualquier técnica psicodinámica es, por tanto, fomentar la comprensión e integración del paciente con su situación personal y sintomatología (YO en conflicto), con el fin de encontrar nuevas maneras de desarrollarse con más libertad y eficiencia.

Por tanto, a modo de clarificación, las TPD tienen como objeto ayudar a comprender los síntomas del paciente a través de la empatía y una escucha activa, en la que el profesional observa, entiende y recibe los factores ansiógenos de la persona y, éste, le devuelve la situación de tal forma en que el usuario puede aceptar y reconocer más fácilmente sus ansiedades, favoreciendo así una manera de superarlas.

- **Otras técnicas (23,31)**

Existen tipologías de psicoterapias no clasificadas dentro de los dos grandes grupos expuesto, pero, no obstante, podrían ser de gran utilidad en diversos casos en la adolescencia, donde el entorno familiar, pese a los cambios biopsicosociales del individuo, es parte fundamental en su vida.

Por tanto, se puede encontrar la **Terapia Familiar Breve (TFB)**, cuyo concepto es entender la familia como un conjunto de elementos que interaccionan entre sí y que, por ende, estos mismos pueden fomentar que los problemas de las personas persistan. De esta forma, el objetivo del profesional en esta terapia es estimular un proceso de cambio a nivel familiar, realizando una propuesta de acción para favorecer los cambios deseados que producen la queja en el entorno.

También existen las **Técnicas de Counselling** o consejo asistido, donde se trabaja con el paciente el autoconocimiento, la aceptación emocional, los recursos personales y, en base a esto, se marcan unos objetivos y metas asequibles para el paciente, fomentando así el concepto de resiliencia.

Todas estas técnicas pueden ser aplicadas desde una perspectiva individual con el paciente o bien, si se considera que puede ser más fructífero y beneficioso, pueden abordarse de manera grupal, siempre que esté correctamente estructurada y no vaya a ser una barrera para ninguno de los integrantes. (23)

Tratamiento farmacológico

Aunque existen varios grupos farmacológicos que pueden ser utilizados en caso de fracaso de la psicoterapia o bien con el fin de implementar una terapia mixta, se consideran principalmente dos grandes grupos de fármacos eficaces y de elección para el tratamiento de la sintomatología ansiosa: los antidepresivos y los ansiolíticos. (23,32)

▪ **Antidepresivos**

El tratamiento farmacológico de elección a partir de los 6 años, con síntomas moderados o graves y/o fracaso de psicoterapia, son los inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS). Estos son efectivos a una vista de medio-largo plazo, por lo que su efecto terapéutico no es inmediato y, como mínimo, deben mantenerse entre seis meses y un año, con el fin de evitar recidivas.

Algunos ejemplos, pueden ser:

- Sertralina (25-50 mg/día) → Por encima de los 6 años
- Fluoxetina (10-30 mg/día) → Por encima de los 7 años
- Fluvoxamina (50-250 mg/día) → Por encima de los 8 años
- Escitalopram (5-20 mg/día) → Por encima de los 12 años

▪ **Ansiolíticos**

Debido a que el efecto de los antidepresivos no es inmediato ni se pueden observar resultados en periodo corto de tiempo, deben complementarse con algún tipo de ansiolítico de inicio de acción más rápido, tal y como pueden ser las benzodiazepinas, aunque se debe tener presente que estas solo deben prescribirse durante menor tiempo posible, es decir, el estrictamente necesario, ya que pueden generar dependencia y no están aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en población pediátrica. No obstante, en adolescentes se usan con frecuencia para indicaciones puntuales en sintomatología grave y/o inicio de tratamiento con ISRS hasta que estos hagan efecto. Las de elección son las de vida media – larga, como por ejemplo:

- Diazepam
- Lorazepam
- Clorazepato

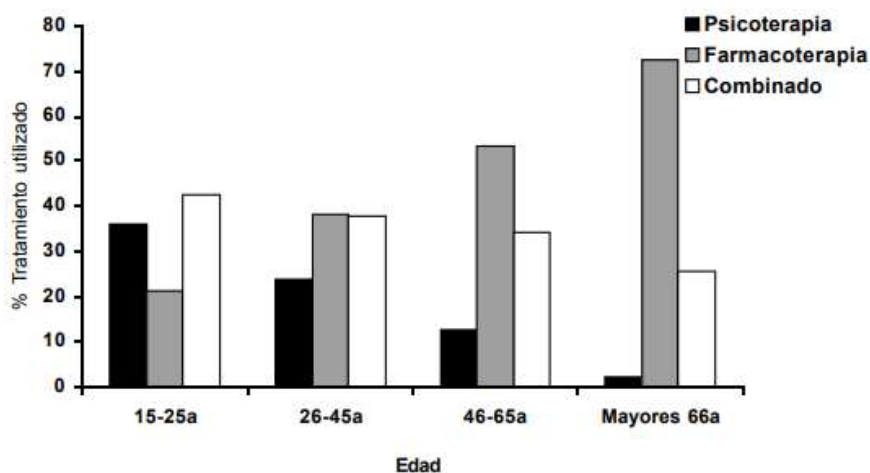
Terapia combinada

Se entiende como tratamiento combinado el uso simultáneo de psicoterapia y farmacoterapia. Tras una revisión de la bibliografía, no se han encontrado resultados claramente significativos al respecto. No obstante, en la práctica habitual se ha podido observar en base a algunos estudios realizados, que existe un uso más frecuente de farmacoterapia sobre la psicoterapia aislada o bien la combinada. Según el estudio de V. Ferreres et al (2012), este hecho, sobretodo, se aprecia en las franjas de edades superiores (adultos y adultos mayores). Por contra, en la franja de edad más joven, nos encontramos que en los adolescentes es más frecuente el uso inicial de psicoterapia o bien, en casos más complejos, una combinada. Coincidiendo en gran parte con las afirmaciones de tratamiento para la ansiedad en mayores de 6 años de P. Sánchez Mascaraque y Daniel S. Cohen (2020) en su revisión sobre la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes. (32,33)

Distribución de tratamientos según edad.

Variables		Psicoterapia	Farmacoterapia	Combinado	Total
Sexo 15-25 años	N	17	10	20	47
	%	36,2%	21,3%	42,6%	100,0%
26-45 años	N	46	74	73	193
	%	23,8%	38,3%	37,8%	100,0%
46-65 años	N	16	67	43	126
	%	12,7%	53,2%	34,1%	100,0%
>66 años	N	1	34	12	47
	%	2,1%	72,3%	25,5%	100,0%
Total	N	80	185	148	413
	%	19,4%	44,8%	35,8%	100,0%

Porcentaje de tratamiento según edad.



Tablas extraídas de V. Ferreres et al en Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (114), 271-286.

Se concluye, por tanto, que existen pocos estudios metodológicamente adecuados para afirmar si un tratamiento combinado es superior a cada uno de ellos por separado. No obstante, las recomendaciones actuales refieren que, debido a la eficacia que hasta el momento se ha podido comprobar en base a estudios comparativos entre terapia combinada o monoterapia farmacológica, muestran ventaja para la combinada. (23)

Importancia de enfermería en la detección precoz de la ansiedad

Los profesionales de enfermería llevamos décadas trabajando en el empoderamiento de la profesión y la ampliación de nuestras competencias. Por contra, el ámbito de la enfermería en la salud mental, pese a tener una especialidad concedida, a día de hoy todavía no se encuentra reconocida institucionalmente (así como el resto de especialidades). Siendo la salud mental uno de los principales problemas de salud a nivel mundial actualmente, todavía nos encontramos en una sociedad que la deja en la sombra, banalizándola u obviándola, por consiguiente, falta de recursos y mal atendida. (34,35)

De un tiempo a esta parte, se ha intentado sensibilizar a la población general de la importancia de la salud mental, más todavía en los colectivos vulnerables, y de la necesidad de invertir en investigación sobre la misma. En relación, la enfermería especializada en salud mental, no solo es una ciencia, si no que se relaciona con el arte del cuidado, ya que esta debe abordarse no solo desde el conocimiento y el razonamiento crítico, sino también desde la sensibilidad, el respeto y la proximidad hacia la persona que nos necesita en ese momento y no es capaz de afrontar el solo el problema, ya que la solución no pasa por un medio "físico". (36)

Enfermería es en la inmensa mayoría de ocasiones la primera línea de contacto con el sistema sanitario, por tanto, tenemos la responsabilidad de saber detectar a tiempo estas situaciones que están produciendo un malestar emocional a la persona con el fin de que a través de un equipo multidisciplinar sea diagnosticado y tratado de manera precoz, sin necesidad de que su situación desenlace en algo más grave.

Diversos estudios han sacado a la luz que el 50% de los trastornos mentales en la edad adulta se han ido gestando entre los 12 y los 18 años de edad. Por tanto, es obvio considerar que la población adolescente conforma un colectivo diana donde focalizar acciones preventivas y asistenciales relacionadas con la salud mental. (37)

El estigma y el desconocimiento acerca del bienestar emocional y la salud mental, está claramente asociado a un retraso en la identificación de situaciones de ansiedad clínicamente patológica y, por ello, la instauración de una ayuda para hacerle frente. Esto muestra que tan solo una ínfima minoría de los jóvenes afectados busca o accede a recibir ayuda profesional. (37)

Debido a estas carencias en formación, sensibilización y recursos destinados, visiblemente más acusados tras la pandemia vivida, en 2008, se inició la implementación del “Programa Salut i Escola” (PSiE) en Cataluña; este relaciona los centros y sus escolares con la promoción de la salud, siendo uno de los pilares principales la detección precoz de problemas y situaciones de riesgo relacionadas con la salud mental. Este programa comenzó a instaurarse en los centros de educación secundaria en 2009, estableciendo alianzas entre los centros escolares y los equipos de atención primaria. Su finalidad, es prevenir de problemas de salud y promover conductas responsables y saludables en esta población considerada vulnerable desde una perspectiva integral. Los riesgos no están aislados en el contexto social, sino que se relacionan íntimamente con otros determinantes de la salud, es decir, una red compleja de factores sociales, culturales, económicos y ambientales que pueden interferir de manera personal en la estabilidad psicoemocional del individuo. Y, este hecho, es algo principal que se debe transmitir, ya que la percepción del riesgo en el adolescente se encuentra disminuida. (38)

<i>Nivel</i>	<i>Factores adversos</i>		<i>Factores protectores</i>
Atributos individuales	Autoestima baja	↔	Autoestima, confianza
	Inmadurez cognitiva/emocional	↔	Habilidad para resolver problemas y gestionar el estrés y la adversidad
	Dificultades comunicativas	↔	Habilidades de comunicación
	Enfermedad médica, uso de sustancias	↔	Salud física, aptitud física
Circunstancias sociales	Soledad, duelo	↔	Soporte social de la familia y amigos
	Negligencia, conflictos familiares	↔	Crianza de los hijos / interacción de la familia
	Exposición a la violencia/abusos	↔	Seguridad y seguridad física
	Bajos ingresos y pobreza	↔	Seguridad económica
	Dificultades o fracaso escolar	↔	Logro escolar
	Estrés en el trabajo/desempleo	↔	Satisfacción y éxito en el trabajo
Factores ambientales	Pobre acceso a los servicios básicos	↔	Igualdad de acceso a los servicios básicos
	Injusticia y discriminación	↔	Justicia social, tolerancia, integración
	Desigualdades sociales y de género	↔	Igualdad social y de género
	Exposición a la guerra / desastre	↔	Seguridad y seguridad física

Adaptado de: World Health Organization. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risks factors. World Health Organization 2012.

Consecuentemente, el programa se basa en poder ofrecer intervenciones dentro del ámbito escolar que favorezcan la detección precoz de los problemas de salud mental más prevalentes por parte de la figura, recientemente instaurada en muchos centros, la enfermera escolar perteneciente a la consulta PSiE. (38)

Por tanto, se denomina enfermera referente a la enfermera que representa al equipo de atención primaria dentro de los centros educativos de la zona que abarca el área básica de salud (ABS), dedicando su jornada laboral a realizar actividades de promoción de la salud, prevención y detección de conductas de riesgo, coordinación y gestión de casos, así como asesoramiento sanitario al centro y sus docentes cuando sea preciso. (38)

Debido a que el trastorno de ansiedad, o bien sus fases previas, se encuentran dentro de los problemas más relevantes en los adolescentes, es competencia de la enfermera escolar saber detectar las posibles señales de alarma que manifieste el adolescente, ya que es la primera línea de contacto del escolar con el sistema de la salud. Ante la sospecha de situaciones, conductas o factores de riesgo que sean detectados, enfermería debe actuar conjuntamente con el centro. (38)

Debe completarse una valoración inicial del adolescente y, posteriormente, tratar de profundizar en el caso particular para establecer las pautas de actuación más acordes:

- Cómo afecta la situación en el funcionamiento cotidiano de la persona.
- Cómo intenta ponerle solución.
- Grado de consciencia del problema y capacidad para afrontarlo.
- Acumulación de conductas de riesgo y/o señales de alarma.

En base a esta recopilación de datos a través de una correcta relación terapéutica con el adolescente, podremos establecer un plan de atención de enfermería acorde a su contexto. No obstante, es necesario contemplar que, ante ciertas conductas de riesgo, lo más correcta deba ser una derivación a profesionales de la Salud Mental, ya que el caso sobrepase nuestras competencias como enfermera de PSiE. (38)

Plan de atención de enfermería para la ansiedad

Debido a la importancia de la enfermera en la detección precoz de una situación ansiedad o de potencial riesgo de sufrirla, se debe tener también un plan de atención acorde a nuestra profesión para poner así, de manera rápida y eficaz, todo lo que está dentro de nuestras competencias que pueda atenuar el progreso de agravamiento de la situación o bien intervenir activamente si se sospecha que el cuadro no está en un punto tan temprano. (39)

Por tanto, y empoderando así del papel de enfermería, concretamente de la enfermera escolar, podemos aplicar intervenciones de enfermería, descritas como todo tratamiento sustentado en el conocimiento basado en la evidencia científica actual y el juicio clínico profesional, que se realiza con el fin de favorecer un resultado esperado en el paciente. De esta forma, se pueden realizar intervenciones directas, estableciendo una interacción con el paciente o bien indirectas, efectuando tratamientos en su beneficio, pero no presencialmente con el paciente (como por ejemplo ejercicios en casa). (39)

Tras una búsqueda exhaustiva, finalmente se ha llegado a la conclusión de que no existe como tal un plan de atención de enfermería (PAE) para situaciones de ansiedad en adolescentes, menos todavía para aquellos casos que no son fruto de una crisis aguda. Por ende, se ha considerado oportuno adaptar uno en base a la terminología enfermera NANDA, NOC, NIC, para hacer uso de él en nuestro ámbito de estudio. (40–42) De esta forma, consideramos NICs indispensables aquellos en que el estado del adolescente todavía no presenta una clínica severa y, por el contrario, opcionales aquellas intervenciones que realizaremos en casos específicos donde la situación de ansiedad sea más compleja.

- **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA)**

00146	Ansiedad
00148	Temor



- **OBJETIVO ENFERMERO (NOC):** Autocontrol de la ansiedad (1402)

- **INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)**

Indispensables		Opcionales	
5820	Disminución de la ansiedad	6160	Intervención en caso de crisis
5270	Apoyo emocional	2300	Administración medicación (POM)
5230	Mejorar el afrontamiento	5880	Técnicas de relajación
5510	Educación sanitaria	8100	Derivación

PAE situaciones ansiedad adaptada al contexto del adolescente (elaboración propia)

Es primordial también ser conscientes de nuestros límites y competencias como enfermeras y, tener en cuenta el estado y/o evolución del paciente, ya que en ocasiones nuestra actuación residirá en derivar el caso a los profesionales correspondientes o realizar interconsultas con un equipo multidisciplinar.

Educación sanitaria enfermera para el manejo de la ansiedad

Cuando se sospecha o se diagnostica algún tipo de situación de ansiedad patológica en el adolescente, los agentes de salud más próximos debemos intervenir por tal de mejorar el estado en el que se encuentra.

Por ello, desde la misma aula, tras la instauración del programa Salut i Escola (38) en Cataluña descrito con anterioridad, la enfermera escolar tiene este papel y responsabilidad en sus funciones. No obstante, es cierto que, en base a estudios publicados con anterioridad, como el de Orgilés et al. (2003), se ha visto que la intervención conjunta con la familia aportó unos resultados beneficiosos superiores en la reducción de la ansiedad del paciente que la terapia individual.

Por ende, una de nuestras funciones primordiales y ampliamente aplicable es la educación sanitaria, dentro del contexto de la salud mental, concretamente la **psicoeducación**. Este concepto se basa en explicar y transformar conceptos psicológicos y/o situaciones relacionadas que pueden resultar complejas de comprender para el adolescente, con el fin de que él mismo entienda su momento vital y se puedan proporcionar herramientas útiles para su situación particular. (43)

Este tipo de actuación inicial por parte de la enfermera bien sea de manera individual o colectiva (en grupo o con la familia), es esencial en este tipo de situaciones, ya que comprender adecuadamente y neutralizar lo que les está sucediendo es un pilar muy importante para ellos, ya que fomenta su confianza y su seguridad.

Además, es el primer paso para conocer e indagar en sus emociones, sentimientos y pensamientos, para posteriormente a través de las técnicas psicológicas descritas que pueden ser aplicadas por enfermería, aprender herramientas para el control de esta ansiedad, mejorar la autoestima y evitar situaciones similares. (39)

Educación sanitaria inicial básica para el manejo de la ansiedad

Debido a que una relación terapéutica y de confianza no se construye de un día para otro, y se debe ir progresando acorde al ritmo del adolescente, existen una serie de recomendaciones generales que, tras una primera toma de contacto con el paciente, podemos aconsejar para tratar de mejorar su estado y fomentar su autocontrol en la medida de lo posible: (23)

- Planificar las tareas diarias por hacer con anterioridad, priorizando las necesidades y, tratar de inculcar que, si no se puede llevar a cabo todo, habrá un próximo día.

- Intentar dejar tiempo dentro de las obligaciones diarias para realizar actividades lúdicas que proporcionen felicidad, placer y/o bienestar. Renunciar a esto es un gran error, ya que fomenta un círculo tóxico con nosotros mismos.
- Realizar las tareas con tiempo, sin prisa, haciendo entender que rapidez no es igual a eficacia.
- Tratar de reconocer los pensamientos intrusivos, ser conscientes de ellos y probar de cambiarlos por otros más racionales (por ejemplo “*Siempre*” por “*Algunas veces*”).
- Interiorizar que la perfección no es un objetivo. Equivocarse es un acto humano y válido, siempre y cuando se asuma y se tenga consciencia del error y este se utilice como aprendizaje constructivo.
- Llevar una dieta equilibrada, tratando de no caer en impulsos alimenticios o bien, rebajar los alimentos o sustancias perjudiciales para la ansiedad como, por ejemplo, los estimulantes.
- Hacer hincapié en que tanto el alcohol como los estupefacientes pueden producir ansiedad y agravar su situación, aunque puedan percibirlo como una vía de escape.
- Fomentar una higiene del sueño adecuada, ya que los hábitos de descanso satisfactorios reducen la sintomatología ansiosa.
- Si ya se está realizando algún tipo de psicoterapia, es importante que el paciente sea consciente de la importancia de realizar en casa los ejercicios aprendidos en ella, ya que es parte del proceso y le serán de gran utilidad (por ejemplo relajación o respiración).
- Comentar que, en caso de tomar medicación simultáneamente, la adherencia terapéutica es primordial para la mejoría. Es normal que las primeras semanas el usuario pueda tener algún efecto secundario leve, pero es importante que entienda que suele desaparecer en breve y esto ayudará de manera significativa en su bienestar. También es de nuestra competencia tratar de facilitar el seguimiento estricto de la medicación al paciente, con pautas más sencillas o bien tratando de adaptarlas acorde a su rutina, así como resolver todas sus dudas al respecto.

Importancia del soporte emocional del entorno

Pese a que el personal de la salud tenga una gran importancia en la gestión y manejo de las situaciones reales o potenciales de ansiedad patológica en el adolescente, es preciso tener siempre en cuenta el entorno sociodemográfico del paciente, ya que existen factores familiares, culturales y/o ideológicos que pueden estar incrementando y retroalimentando esta situación en el paciente.

Está estadísticamente comprobado según la bibliografía que, no tener un apoyo social y/o familiar funcional, predispone a padecer una situación de ansiedad y su sintomatología asociada. En consecuencia, numerosas ocasiones las intervenciones en el entorno sociofamiliar van encaminadas a reducir estigmas y fomentar la empatía. (39)

Debido a que tanto la familia como el grupo social en esa edad juega un papel fundamental en el estado emocional del adolescente, es conveniente también informar y dar instrucciones a este entorno, con el fin de poder ser instrumento de ayuda de la persona afectada y colaborar en su mejoría.

Es importante transmitir que: (23)

- No se debe trivializar la situación del paciente, ya que esto fomenta la incomprensión y el aislamiento del mismo.
- Escuchar activamente, evitando prejuizar, intentando ponerse en el lugar del otro.
- Acompañar a terapia al paciente o a situaciones difíciles de afrontar si es preciso.
- Estar informado sobre el tratamiento que está recibiendo la persona, ya que conocer las distintas opciones terapéuticas también ayuda a comprender más su estado.
- Observar y prestar atención ante posibles cambios conductuales del paciente.
- Animar a la persona en la realización de actividades que le proporcionen bienestar.
- Apoyar al individuo a enfrentarse a situaciones de inseguridad o miedo, siempre que esto sea de mutuo acuerdo y no sea una presión sobreañadida.

No obstante, siempre debe tenerse en cuenta la opinión del adolescente referente a la información y colaboración de su entorno, ya que el sujeto es legalmente un menor maduro, con sus derechos y capacidad de decisión frente a, por ejemplo, su salud. (44)

Teoría de las transiciones de Meleis

Afaf Ibrahim Meleis desarrolló esta teoría juntamente con Karen L. Schumacher, dentro del marco que orienta la disciplina enfermera, el cuidado humano de los pacientes.

En ella, define una transición como el paso entre dos periodos de estabilidad, en que la persona se mueve de una fase, situación o estado vital, a otra, hecho que implica cambios en todas las necesidades del ser humano.

Se distinguen diferentes tipos de transiciones dependiendo de su naturaleza (45):

- **Desarrollo:** cambio en la etapa vital (infancia, adolescencia, vejez)
- **Salud y enfermedad:** proceso de diagnóstico y recuperación de una enfermedad
- **Situacional:** cambios que se producen en el momento presente
- **Organizativa:** cambios en el entorno de la persona que afectan a la vida individual

Cabe destacar que muchos individuos experimentan múltiples transiciones, ya sea de forma simultánea o secuencial, por lo que es importante considerar el grado de superposición entre ellas e identificar los fenómenos desencadenantes (46).

Canaval, Jaramillo, et al., (45) afirmaron que “las personas que pasan por transiciones son más vulnerables a riesgos que afectan la salud”. Es por ello que, considerando los cambios que se producen tanto a nivel académico, como a nivel fisiológico y psicosocial, consideramos la población adolescente en una situación de alta vulnerabilidad, en la que la vigilancia de la salud, en todas sus esferas, es esencial.

METODOLOGÍA

Con el fin de dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas, y para corroborar o bien refutar las hipótesis planteadas, hemos diseñado un estudio piloto de tipo cuantitativo; basado en el análisis de los datos obtenidos tras distribuir una serie de cuestionarios autoadministrados a estudiantes de entre 15-16 años que cursan el 4º, y último año, de Educación Secundaria Obligatoria en un instituto público de Torreforta (Tarragona). Todos los datos referentes a la metodología utilizada se ven ampliamente expuestos en los siguientes apartados.

Revisión bibliográfica

Con el fin de averiguar el estado de la cuestión en el momento previo a nuestra investigación, se ha realizado una búsqueda bibliográfica preliminar. A continuación, tras confeccionar el diseño del estudio, se procedió a la elaboración del marco teórico. Realizado una búsqueda exhaustiva y sistemática en las siguientes bases de datos: EbscoHost, ResearchGate, Dialnet y Google Academic.

Los términos MeSH utilizados para la búsqueda correspondieron a: “anxiety AND academic performance”, “anxiety AND academic performance AND (secondary education OR high school)”; y los operadores booleanos aplicados fueron “AND” y “OR”.

Los artículos seleccionados para su revisión datan entre los años 2009 y 2021, con el fin de obtener información rigurosa y actualizada en al ámbito de investigación; también se incluyeron aquellos redactados en diferentes idiomas (catalán, castellano e inglés) para un mayor contraste de los datos obtenidos. Se consideró criterio de exclusión el acceso exclusivo de pago a los artículos, así como la indisponibilidad del artículo completo.

Diseño

Tras una breve investigación y posterior comparación entre las tipologías de estudio existentes y la intencionalidad del proyecto, se ha optado por llevar a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal; representando de este modo tanto la finalidad del estudio, como su secuencia temporal.

El trabajo de campo ha consistido en acudir al centro educativo de donde fue seleccionada la muestra para pasar los cuestionarios. Finalmente, se han analizado los datos obtenidos, extraído los resultados y elaborado las conclusiones.

Población y muestra de estudio

La población diana (universo) del estudio la conforman todos aquellos estudiantes de 15-16 años que cursan el 4º año de Educación Secundaria Obligatoria de “Barris de Ponent” (Tarragona), perteneciendo, por lo tanto, a los Centros de Educación Secundaria de ámbito público del territorio.

Inicialmente, se realizó un cálculo del tamaño de la muestra necesaria para que los datos obtenidos tuvieran un margen de error lo más bajo posible y fueran altamente representativos de la realidad. De este modo, asumiendo un margen de error del 5% y un intervalo de confianza (IC) del 95%, obtuvimos que el tamaño de la muestra debería ser de 184 individuos (en base a nuestro universo de estudio). (47)

Tras un primer contacto con los centros, y debido a las dificultades logísticas expresadas por algunas de las instituciones, finalmente se pudo contar únicamente con la participación de uno de los institutos, situado en el barrio de Torreforta; permitiéndonos así acceder una muestra total de 113 alumnos.

Dicha cifra se vio reducida a **107 participantes** finales tras la revisión de los cuestionarios y descartar aquellos que no estaban correctamente rellenados. Al tratarse de un estudio piloto, consideramos esta muestra suficiente, asumiendo las limitaciones que ello implica a nivel de extrapolación de los resultados obtenidos.

Para la selección de la muestra se optó por un **muestreo no probabilístico de conveniencia** (47) en el que se tuvo en cuenta la adherencia, o por el contrario el incumplimiento, de los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

La selección de este tipo de muestreo se decidió debido a las dificultades en el acceso a una muestra aleatoria representativa, asumiendo de antemano la disminución de la validez externa que este hecho implica.

Además, puesto que el estudio se focaliza en una población específica, que cuenta con unas características concretas. Y habiendo valorado previamente que los resultados no podrían ser extrapolados al universo de estudio. Se decidió que no era relevante obtener una muestra representativa aleatorizada para el pilotaje del mismo.

Criterios de inclusión

- Tener el conocimiento y las competencias suficientes en lengua castellana para la correcta interpretación y comprensión del cuestionario.
- Participación voluntaria en el estudio.
- Tener entre 15-16 años.

- Cursar el 4º año de Educación Secundaria Obligatoria.
- Presencialidad en el momento de administrar el cuestionario en el centro educativo.

Criterios de exclusión

- Incumplimiento de cualquier criterio de inclusión.

Instrumentos de recogida de datos

La falta de un instrumento de recogida de datos validado que englobara en totalidad todas las variables que se pretendían estudiar, nos ha motivado a la creación de un **cuestionario ad hoc**, que se complementara con el **Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)**, y que en su globalidad pretende dar respuesta a las preguntas de estudio planteadas.

En la búsqueda inicial, se planteó el uso de otros instrumentos alternativos para la valoración de sintomatología ansiosa tales como el **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)** elaborado por Aaron T. Beck en los años 80 (48); o el **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STRAI)** creado por C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushore (49). Ambos cuestionarios autoadministrados, cortos (aproximadamente 20 preguntas) y siguiendo la tipología de respuesta, escala nominal.

Dichos cuestionarios fueron descartados por el hecho de presentar al alumno sintomatología aislada, haciéndolo identificar con qué frecuencia ésta era experimentada, pero sin mostrarla en un contexto, a diferencia del ISRA; aspecto que consideramos que podría entorpecer a la hora obtener respuestas más precisas por parte del estudiante. Por ende, con el cuestionario ISRA pueden sentirse más identificados con las situaciones reales que plantea.

Además, el BAI requiere que el estudiante se centre en la sintomatología expuesta y la asocie a la última semana antes de la realización del cuestionario, hecho que consideramos poco representativo para nuestro estudio puesto que, en un periodo de tiempo tan delimitado, podría resultar difícil discernir si realmente hay una asociación significativa con el rendimiento académico.

Por otro lado, el STRAI está más centrado en diferenciar la ansiedad como un estado emocional pasajero o, por el contrario, como un rasgo definitorio de la personalidad del individuo que lo hace más propenso a experimentar sintomatología de tipo ansioso. Debido al carácter de nuestra investigación consideramos que no era lo más acorde a los objetivos formulados.

Tras la investigación y selección del cuestionario se decidió su administración a la muestra seleccionada el día 7 de febrero de 2022. El **ISRA**, elaborado por J. J Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel (50,51), consta de 23 preguntas, 22 de las cuales son cerradas y expresadas en forma de situaciones cotidianas, mientras que la última permite exponer al estudiante una situación propia en la que considere que experimenta sintomatología ansiosa. (Ver Anexo 2)

La metodología de respuesta se basa en una escala tipo *Likert* (52), en la que se muestran 7 posibilidades de respuesta, a las cuales el alumno debe asignar un número entre 0-4, dependiendo de la frecuencia con la que experimenta las conductas descritas.

A pesar de presentar 23 ítems, el ISRA se divide en 3 subescalas (Inventario C, Inventario F e Inventario M), en las cuales se valoran los diferentes tipos de respuesta que puede experimentar el ser humano ante una situación de ansiedad.

- **Inventario C:** valora la respuesta cognitiva, manifestada mediante pensamientos y sentimientos de inseguridad y preocupación.
- **Inventario F:** engloba las respuestas fisiológicas, representadas por la activación del sistema nervioso autónomo y su manifestación mediante sintomatología como la cefalea.
- **Inventario M:** identifica las respuestas motoras, expresadas por medio del tartamudeo o el llanto.

Las tres subescalas contienen los mismos ítems, el factor que las diferencia son las opciones de respuesta. En cada inventario y por cada una de las situaciones presentadas aparecen regiones coloreadas en tonos grises y otras que no están coloreadas.

Los encuestados deben responder únicamente las regiones en blanco, obteniendo así un sumatorio de puntos individualizado por cada una de las subescalas.

Los resultados pueden ser analizados de dos formas distintas, dependiendo del grado de profundización que se desee obtener acerca de los ámbitos que generan la respuesta ansiosa.

Nuestro objetivo es determinar la presencia o ausencia de sintomatología ansiosa a nivel básico, en este caso, se deberán seguir las siguientes fórmulas: (50,51)

- **Ansiedad a nivel cognitivo:** sumatorio de los ítems del cuestionario C
- **Ansiedad a nivel fisiológico:** (sumatorio de los ítems del cuestionario F) / (dividido por 2)

- **Ansiedad a nivel motor:** sumatorio de los ítems del cuestionario M
- **Ansiedad total:** media aritmética de los resultados de las subescalas anteriores

Si por el contrario se deseara indagar sobre las situaciones específicas en las que se manifiestan dichas conductas, para el cálculo se deberían considerar únicamente las respuestas obtenidas en algunas de las situaciones (S) planteadas:

- **Ansiedad en situaciones de evaluación:** $S1 + S4 + S8 + S10 + S11 + S13$
- **Ansiedad ante relaciones interpersonales:** $S7 + S15 + S18$
- **Ansiedad en situaciones fóbicas:** $S12 + S14 + S17 + S19$
- **Ansiedad en situaciones de vida cotidiana:** $S5 + S21 + S22$

Tras hacer el cálculo se deberán comparar los resultados con el baremo estandarizado que nos señala lo siguiente:

- **0-25 puntos:** ausencia de ansiedad o ansiedad mínima
- **26-74 puntos:** ansiedad moderada
- **75-99 puntos:** ansiedad severa
- **> 99 puntos:** ansiedad extrema

Finalmente, para el cuestionario **ad hoc** se han incluido preguntas dirigidas al estudio de las variables secundarias expuestas en el apartado a continuación. Así como una pregunta dirigida a averiguar la media académica percibida aproximada de los estudiantes, con el fin de valorar su rendimiento. Éstas han sido planteadas en forma de pregunta cerrada con opciones dicotómicas/politómicas de elección única y ha sido creado con ayuda del portal informático *Google Forms*, aunque la distribución del cuestionario se ha realizado en formato impreso. (52) (Ver Anexo 3)

Variables de estudio

Las variables sometidas a estudio han sido diferenciadas en dos categorías, variables principales y variables secundarias, ya que estas últimas se ha considerado que pueden influir de manera directa o indirecta sobre la sintomatología ansiosa, y por ende, deben ser analizadas con el fin de aumentar la rigurosidad del estudio: (47,53)

Variables principales

- Sintomatología ansiosa – Puntuación total ISRA (*variable cuantitativa continua, que podría ser identificada como variable independiente*)
- Rendimiento académico no numérico (*variable categórica ordinal, que podría ser identificada como variable dependiente*)

▪ Variables secundarias

En este apartado, se han incluido las variables que han sido contempladas como factores posiblemente relacionados. Estas, corresponden a aspectos biológicos, sociodemográficos y de futuro académico / laboral.

- Sexo (*variable categórica nominal binaria*): femenino / masculino
- Nacionalidad (*variable categórica nominal binaria*): extranjera / nacional
- Nivel de adaptación al país (idioma, vivienda, familiar, sociocultural...) -solo en caso de haber inmigrado- (*variable categórica ordinal*): deficiente / aceptable / bueno / muy bueno
- Nivel socioeconómico (*variable categórica ordinal*): bajo / medio / alto
- Estado civil parental (*variable categórica nominal*): soltero/a / casado/a / unión de hecho / separado/a / divorciado/a / viudo/a
- Intencionalidad académica / laboral al finalizar Estudios de Secundaria Obligatoria (*variable categórica nominal*): bachiller / CFGM / trabajar / otras

Análisis estadístico de datos

Para realizar el análisis de los datos obtenidos y poder extraer conclusiones referentes a las hipótesis formuladas sobre la relación entre las distintas variables, se ha utilizado el programa estadístico **Jamovi**. (53,54)

Inicialmente, lo primero que se ha determinado es la tipología de análisis que se va a realizar. Debido a que en nuestro estudio se pretende identificar la posible asociación entre la sintomatología ansiosa y el rendimiento académico, y las posibles variables vitales influyentes en un cuadro ansioso, la tipología más adecuada a nuestra investigación es el **análisis bivariado** (55,56).

Este, tiene el fin de determinar si dos variables presentan algún tipo de asociación en base a **hipótesis (H0 y H1)**, donde se parte de H0 que representa que no hay asociación y, tras el análisis, se confirma o se refuta la misma. Además, de poder establecer asociación entre las variables, posteriormente se pueden realizar pruebas complementarias con el fin de afinar la intensidad de la misma. (56)

En este caso, se ha operado con la variable principal (Sintomatología ansiosa – Puntuación total ISRA) en modo cuantitativo, estableciendo el resto de las variables como categóricas. Así, se ha podido analizar la asociación de todas ellas, puesto que, si se establecía la ansiedad como variable categórica ordinal, al contar con variables de más de dos opciones, el análisis no era 100% fiable, ni posible en diversos cruces.

Por ende, se recurrió a realizar el **análisis mediante contraste de medias**, debido a que éste permite comparar y ofrece fiabilidad pese a que las variables tengan múltiples opciones sin necesidad de recodificarlas (ya que, al recodificar, pequeñas diferencias significativas pueden pasar inadvertidas). Primeramente, formamos la tabla descriptiva acorde con las variables que íbamos a proceder a cruzar, comparando de esta forma su similitud en las medias y medianas, para tener una primera orientación. A continuación, para poder aplicar una prueba paramétrica, se deben cumplir criterios de **normalidad** en la distribución y **homogeneidad** en las varianzas ($p > 0,05$), comprobados a partir del **Test de Shapiro-Wilk** para la normalidad y el **Test de Levene's** para la homogeneidad. Si no se cumplen, se utilizan pruebas no paramétricas. (53,54)

En nuestro estudio hemos utilizado **T-Test** para el cruce con la única variable categórica binaria que tenemos (sexo) y **ANOVA de un factor** para el resto de cruces, ya que ésta técnica nos permite analizar una variable cuantitativa medida bajo ciertas condiciones identificadas por un factor cualitativo (o más).

Para el análisis de ansiedad y sexo, se ha recurrido a la prueba no paramétrica de **Mann-Whitney U**, ya que pese a presentar varianzas similares, no presenta una distribución normal. Para el resto de cruces, tras comprobar los requisitos, se ha utilizado **ANOVA (Fisher's)** en casos de homogeneidad de varianzas y **ANOVA con la corrección de Welch** para cuando no la hay. (53,54)

A partir de aquí, se **analiza** concretamente el **nivel de significación del estadístico (p)**, con el fin de concluir la existencia o no de asociación estadísticamente significativa:

- Si $p > 0,05$ **NO hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias**, por lo que confirmamos la H_0 .
- Si $p < 0,05$ **SI hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias**, por lo que refutamos la H_0 .

En el caso de los T-Test, se puede analizar simultáneamente el **intervalo de confianza de la diferencia de las medias**, con el objetivo de cerciorar la asociación entre las variables.

Este se realiza sencillamente observando si el valor 0 se encuentra entre los valores máximo y mínimo que puede tomar la media con un intervalo de confianza del 95%; de no encontrarse el valor 0, podemos corroborar la asociación. A continuación, en caso de haber concluido la existencia de una asociación se aplican técnicas para estudiar **tamaño del efecto**, es decir, concretar la intensidad de la asociación establecida. (56)

Para la prueba no paramétrica utilizada en T-Test (Mann-Whitney U), se utiliza el **Punto Biserial**, el cual indicará si las diferencias significativas son leves, moderadas o intensas en función de su valor (cuanto más cercano a 1, mayor intensidad). Por otra parte, para estudiar más en profundidad la asociación en ANOVA, se realiza el **Test Post-Hoc**, el cual nos indica específicamente entre qué grupos existe asociación y su grado de intensidad. En función de la tipología de ANOVA empleado, se distingue el **Tukey post-hoc**, cuando se cumplen los supuestos de homogeneidad de varianzas, y el **Games-Howell**, cuando no se han cumplido los mismos. (53,54)

Finalmente, tras el análisis de asociación entre las diferentes variables, todos los datos obtenidos se representan en **gráficos estadísticos** para su mayor visualización.

Aspectos éticos

Para la realización del presente trabajo de fin de grado, se ha contado con la colaboración de un centro educativo de carácter público ubicado en el barrio de Torreforta, concretamente con su alumnado de 4º de Educación Secundaria Obligatoria, con el fin de establecer la muestra de estudio. Lo primero que se hizo, fue contactar con el equipo directivo del centro para **obtener su consentimiento**, indicando el tema y los objetivos del estudio.

Posteriormente, se proporcionó una carta formal solicitada de nuestra tutora del trabajo de fin de grado, con el fin de oficializar nuestras identidades como alumnas de cuarto curso del Grado de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili e informar de nuestra condición en la realización del trabajo.

Además, se concertó una cita con el equipo directivo del centro para informar detalladamente las condiciones y finalidad del estudio, así como de la exclusividad de los datos solicitados por tal de cumplir con los objetivos del mismo. Tras estos pasos, obtuvimos el consentimiento final para poder realizar la investigación con los alumnos.

Nuestra investigación se ha llevado a cabo manteniendo en todo momento la **confidencialidad**, el **anonimato** y la **voluntariedad** de los individuos tanto en participar en el estudio como de retirarse del mismo en cualquier momento, sin explicación ni repercusión alguna. Con el fin de mantener dicho anonimato y confidencialidad, en ningún momento se solicita la identidad de los participantes y, para asociar medias académicas, se decidió realizar un cuestionario ad-hoc que debían contestar los alumnos de manera subjetiva, para no precisar acceso a los expedientes académicos de los mismos.

Además, se informó tanto a los participantes como al equipo directivo, de la posibilidad de hacer todas las **preguntas** que consideren **oportunas**, siendo respuestas de manera inmediata por las investigadores.

Estos aspectos legales se tienen en cuenta de acuerdo a las consideraciones éticas de la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales** (57) (en nuestro caso particular, nuestro proyecto queda enmarcado en los **artículos 5 y 7**, ya que este último contempla el caso particular de los menores de edad, especificando rigurosamente la cláusula que abarca a los mayores de 14 años) y del **Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y de Consejo del 27 de abril de 2016** (58), relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

Cronograma

	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Búsqueda Bibliográfica Preliminar										
Selección de metodología										
Elaboración del diseño y cuestionario										
Investigación y redacción del marco teórico										
Trabajo de campo										
Análisis de datos										
Extracción de resultados y conclusión										
Entrega final del estudio										
Defensa										

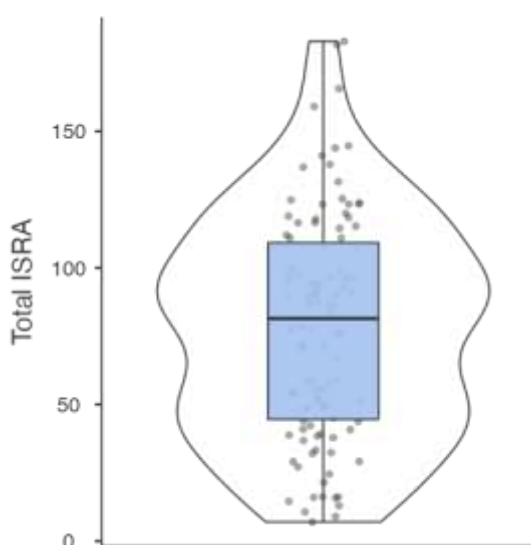
RESULTADOS

Análisis del perfil de ansiedad obtenido

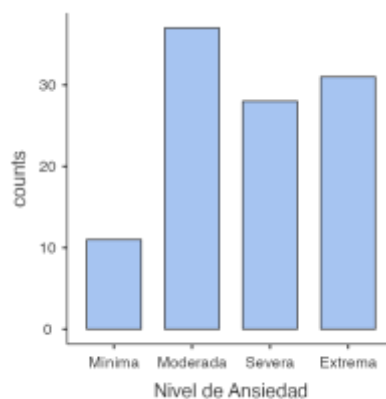
Descripción estadística de las puntuaciones totales obtenidas en el cuestionario ISRA

	Total ISRA
N	107
Mean	78.4
Median	81.5
SD	40.8
Range	176
Mínimum	7.00
Máximum	183
Skewness	0.246
Std. error skewness	0.234
Kurtosis	-0.500
Std. error kurtosis	0.463
Shapiro-Wilk W	0.977
Shapiro-Wilk p	0.056
25th percentile	44.6
50th percentile	81.5
75th percentile	109

Entre las puntuaciones finales obtenidas por los estudiantes en el cuestionario ISRA, se ha observado una media aritmética de 78,4 puntos, que se asemeja en gran medida a la mediana (81,5 puntos), hecho que corrobora la ausencia de casos atípicos que pudieran alterar el valor de la media.

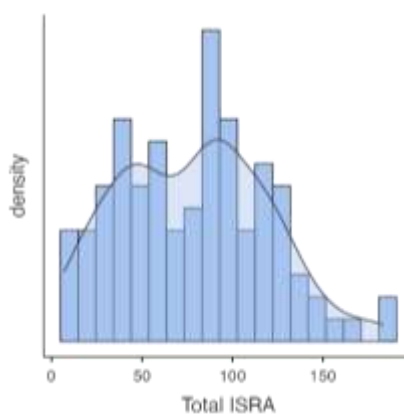


El 25% de la población que forma la muestra de estudio, ha obtenido puntuaciones por debajo de 44,6 puntos o por encima de 109, respectivamente. Agrupando, de tal modo, al 50% de los casos centrales entre dichas puntuaciones.



Si agrupamos dichas puntuaciones en categorías, se observa que solamente un 10,3% de los alumnos presentan una ansiedad mínima, comparado con un 34,6% que muestra una ansiedad moderada. Y por último destacando el 55,2% restante que manifiesta una ansiedad severa o extrema.

A nivel global, se observa una distribución de la población heterogénea, con una desviación típica significativa ($SD = 40,8$), y una gran dispersión de puntuaciones que varían entre los 7 y los 183 puntos ($Range = 176$).



Aunque cautelosamente, podemos afirmar gracias al contraste de Shapiro-Wilk ($p=0,056$), que las puntuaciones obtenidas siguen una distribución normal y simétrica ($skewness=0,246$; $SE\ skewness=0,234$). Paradójicamente a la tendencia mesocúrtica que se observa en las distribuciones normales, los valores indican, aunque muy ligeramente, cierta tendencia a una forma platicúrtica ($kurtosis=-0,5$; $SE\ kurtosis=0,463$); que puede estar justificada por la gran dispersión de casos señalada anteriormente.

Análisis de asociación entre la ansiedad y el rendimiento académico

El análisis estadístico llevado a cabo comparando los datos de ambos grupos nos indica la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre ellos (Anova, $p < 0,001$), y por tanto una asociación entre los niveles de ansiedad y el rendimiento académico.

Descripción estadística de las medias académicas obtenidas y los niveles de ansiedad

	Media A.	N	Mean	SD	SE
Total ISRA	Insuficiente	5	49.5	27.4	12.26
	Suficiente	35	91.0	44.5	7.52
	Bien	34	81.1	41.2	7.07
	Notable	25	76.0	31.7	6.34
	Excelente	8	37.6	18.1	6.39

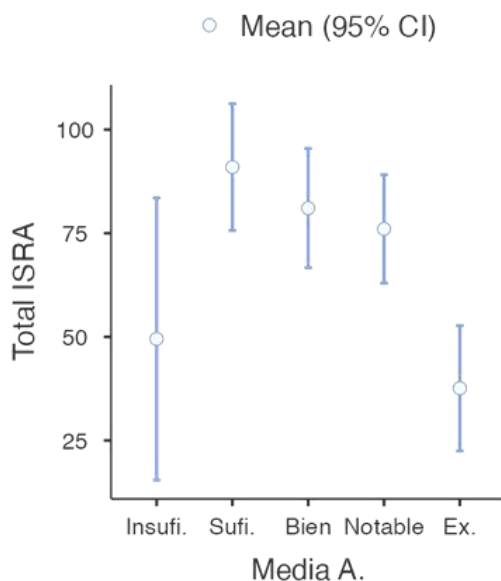
Entrando en un análisis más detallado, se observa que los alumnos con un menor nivel de ansiedad (media=37,6) son, a la vez, los que presentan una media académica excelente, resultado que difiere estadísticamente de los grupos con una media de suficiente ($p < 0,001$), bien ($p < 0,001$) y notable ($p = 0,003$).

Games-Howell Post-Hoc Test – Total ISRA

		Insuficiente	Suficiente	Bien	Notable	Excelente
Insuficiente	Mean difference	—	-41.5	-31.57	-26.54	11.
	p-value	—	0.115	0.270	0.393	0.902
Suficiente	Mean difference		—	9.88	14.92	53.3 ***
	p-value			0.873	0.556	< .001
Bien	Mean difference			—	5.03	43.4 ***
	p-value				0.984	< .001
Notable	Mean difference				—	38.4 **
	p-value					0.003
Excelente	Mean difference					—
	p-value					—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Cabe destacar, pero, que el mismo comportamiento de la variable se ve replicado en aquellos estudiantes con una media académica de insuficiente, obteniendo niveles de ansiedad (media=49,5) similares al de los alumnos con medias sobresalientes, sin existir diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Tampoco se puede obviar el hecho de que ambos representan los grupos menos numerosos (n=5 y n=8, respectivamente), por lo que hay que interpretar dichos resultados de forma cautelosa.



Por otro lado, los alumnos con una media académica de suficiente, representan el grupo con mayores niveles de ansiedad (media=91), seguidos por el grupo de bien (media=81,1) y notable (media=76), entre los cuales no se observan diferencias estadísticamente significativas.

Si lo representamos en porcentajes, nos encontramos con que, de los alumnos que padecen una ansiedad severa o extrema, el 68,6% tienen una media de suficiente, el 58,9% tienen una media de bien y el 56% tienen una media de notable.

Solamente se han observado dichos niveles de ansiedad en el 20% del alumnado que presenta medias de insuficiente, mientras que no se han identificado tales niveles de ansiedad en ninguno de los alumnos que cuentan con una media de excelente.

De este modo, con mucha prudencia se podría afirmar cierta asociación en la cual, a mayor media académica, menores niveles de ansiedad. Aunque este comportamiento no se aplica en los alumnos con una media de insuficiente.

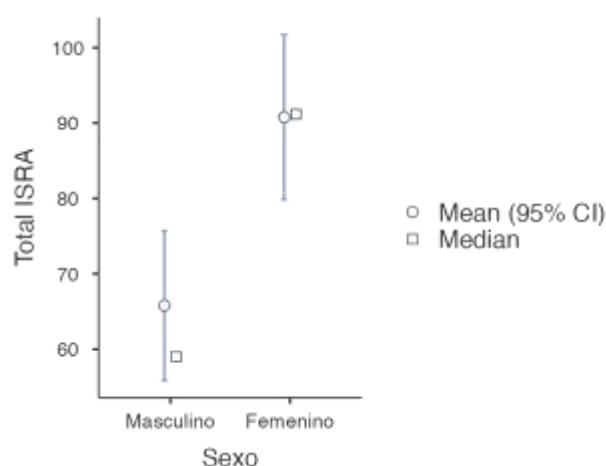
Análisis de asociación entre la ansiedad y el sexo

Tras analizar los datos referentes a los niveles de ansiedad en ambos sexos, se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (Mann-Whitney U, $p=0,002$), señalando de este modo una asociación entre el sexo y la ansiedad.

Descripción estadística de los niveles de ansiedad en ambos sexos

	Grupo	N	Mean	Median	SD	SE
Total ISRA	Masculino	53	65.8	59.0	36.8	5.06
	Femenino	54	90.8	91.2	40.9	5.57

El sexo femenino presenta niveles de ansiedad más elevados (media=90,8) en comparación con el sexo masculino (media=65,8). Las diferencias entre ambos grupos fueron moderadas (tamaño del efecto: Rank Biserial = 0,327).



Análisis de asociación entre la ansiedad y la adaptación post-migracional

A continuación, se procedió a analizar la posible asociación entre unos niveles más elevados de ansiedad en los individuos de procedencia extranjera, concretamente relacionándolo con aquellos que refieren una adaptación dificultosa al nuevo entorno. Por ende, se seleccionaron únicamente aquellos sujetos que afirmaron ser de otro país. Tras introducir las variables a cruzar mediante el estadístico Anova, éste nos indicó un error relacionado con la insuficiencia de casos en la muestra para que los resultados pudieran ser fidedignos y representativos. En consecuencia, no se ha podido probar la existencia o no de una asociación.

not enough observations

Group Descriptives

	Adaptación	N	Mean	SD	SE
Total ISRA	Deficiente	.	.	.	.
	Aceptable	.	.	.	.
	Bueno	.	.	.	.
	Muy bueno	.	.	.	.

Análisis de asociación entre la ansiedad y el nivel socioeconómico

Los resultados obtenidos tras analizar una posible relación entre un estado ansioso en los alumnos con su nivel socioeconómico, han revelado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los las respectivas medias (Anova, $p=0,957$).

Descripción estadística de los niveles de ansiedad y el nivel socioeconómico

	N.Socio.E	N	Mean	SD	SE
Total ISRA	Bajo	7	80.8	33.5	12.64
	Medio	94	78.5	41.8	4.31
	Alto	6	74.2	36.8	15.02

Se puede observar cómo, la comparativa de las medias, evidencian niveles de ansiedad muy similares entre los diferentes niveles socioeconómicos ($p>0,05$). No obstante, cabe destacar que se observa claramente una agregación de casos muy considerable en el nivel socioeconómico medio, por lo que muy pocos sujetos han manifestado vivir en un entorno familiar con un nivel socioeconómico bajo o alto. Este hecho, también ha podido ser un sesgo influyente a la hora de realizar el estadístico, debido a que la muestra no ha sido equitativa para los distintos grupos.

Tukey Post-Hoc Test – Total ISRA

		Bajo	Medio	Alto
Bajo	Mean difference	—	2.31	6.62
	p-value	—	0.989	0.955
Medio	Mean difference		—	4.30
	p-value		—	0.967
Alto	Mean difference			—
	p-value			—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Análisis de asociación entre la ansiedad y el estado civil parental

Una vez realizado el análisis entre la presencia de sintomatología ansiosa en el adolescente y el estado civil de sus progenitores, se puede concluir que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los distintos estados (Anova, $p=0,201$).

Descripción estadística de los niveles de ansiedad y el estado civil parental

	E. Civil	N	Mean	SD	SE
Total ISRA	Casado	70	75.0	42.4	5.07
	Separado	10	73.2	25.6	8.10
	Divorciado	7	64.2	25.5	9.62
	Soltero	9	108.9	36.4	12.12
	Pareja de hecho	6	91.0	54.0	22.05
	Viudo	5	85.9	36.0	16.11

Observando las respectivas medias acorde a la presencia y severidad de sintomatología ansiosa obtenidas para cada grupo, se puede distinguir como el grupo con mayor número de sujetos (casado, media=75) presenta una ansiedad notablemente inferior a los alumnos que contestaron convivir en una familia donde el/la progenitor/a se encuentra soltero (media=108,9). No obstante, no se aprecian diferencias substanciales entre el resto de media, por lo que no se puede afirmar que exista una relación entre dichas variables.

Comentar, de nuevo, que destaca un mayor número de individuos en un grupo, mientras los otros son minoritarios, por lo que este hecho puede haber sesgado el resultado final del estadístico, de tal forma que este no sea realmente representativo.

Tukey Post-Hoc Test – Total ISRA

		Casado	Separado	Divorciado	Soltero	Pareja de hecho	Viudo
Casado	Mean difference	—	1.82	10.82	-33.8	-16.0	- 10.87
	p-value	—	1.000	0.984	0.177	0.937	0.992
Separado	Mean difference		—	9.00	-35.7	-17.8	- 12.68
	p-value		—	0.998	0.393	0.956	0.992
Divorciado	Mean difference			—	-44.7	-26.8	- 21.69
	p-value			—	0.248	0.838	0.941

Soltero	Mean difference	—	17.8	22.97
	p-value	—	0.959	0.910
Pareja de hecho	Mean difference		—	5.13
	p-value		—	1.000
Viudo	Mean difference			—
	p-value			—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Análisis de asociación entre la ansiedad y la intencionalidad académica/laboral futura

El análisis de los datos comparando los niveles de ansiedad con las diferentes opciones a las que pueden optar los alumnos al terminar sus estudios obligatorios, nos muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Anova, $p=0,690$).

Descripción estadística de los niveles de ansiedad y la intencionalidad académica/laboral futura

	Intencionalidad	N	Mean	SD	SE
Total ISRA	Bachillerato	54	73.2	40.3	5.48
	Trabajar	10	87.1	35.4	11.21
	Otros	6	82.7	30.5	12.44
	CFGM	36	80.2	41.8	6.97

Se observan niveles de ansiedad similares entre aquellos alumnos que optan por continuar estudiando, y aquellos que prefieren la inserción en el mundo laboral.

A pesar de apreciarse un ligero descenso en los alumnos que se inclinan por cursar bachillerato (media=73,2), no se puede hablar de una diferencia estadísticamente significativa respecto a los otros grupos ($p>0,05$).

Tukey Post-Hoc Test – Total ISRA

		Bachillerato	Trabajar	Otros	CFGM
Bachillerato	Mean difference	—	-13.9	-9.47	-7.04
	p-value	—	0.744	0.946	0.846
Trabajar	Mean difference		—	4.42	6.85
	p-value		—	0.997	0.964
Otros	Mean difference			—	2.43
	p-value			—	0.999
CFGM	Mean difference				—
	p-value				—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

DISCUSIÓN

La discusión de los resultados obtenidos, posteriormente a su análisis, se realiza en base a los hallazgos apreciados, en contraste con aquellos reportados con anterioridad por otros autores. Todo ello basado en las variables propuestas para el estudio, con la finalidad de dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas acerca de la asociación entre la ansiedad y los resultados académicos, así como posibles factores influyentes.

La identificación temprana de los signos y síntomas de ansiedad puede mejorar significativamente su abordaje y posterior evolución. Por ello, su detección puede ser clave, empezando especialmente por el lugar en que los niños y adolescentes pasan gran parte de su tiempo, las aulas de los centros educativos.

Los resultados obtenidos parecen confirmar, aunque cautelosamente, nuestra hipótesis acerca del **descenso del rendimiento académico** en presencia de **altos niveles de ansiedad**, así como también lo indicaban otros autores mencionados en sus estudios (7,8).

Cabe destacar que los alumnos que han mostrado **mayores niveles de ansiedad** son aquellos que, a pesar de sus dificultades y consiguiente esfuerzo, consiguen mantener una media que les permite obtener el **aprobado justo** (Suficiente / Bien). Este comportamiento recuerda al mostrado por los estudiantes universitarios de Nigeria, quienes a pesar de mantener medias similares a las de sus compañeros, lo hacían a expensas de un mayor coste psicoemocional (17).

A pesar de que la tendencia inversamente proporcional entre los niveles de ansiedad y el rendimiento académico se vea truncada entorno a aquellos alumnos con un promedio académico de **insuficiente**, se debe tener en cuenta la **baja representatividad** de dichos individuos dentro del conjunto total de la muestra, considerando un aumento de la muestra en futuras líneas de investigación, que permitan confirmar o refutar con mayor validez externa dicho comportamiento.

Referente a la **diferencia entre ambos sexos**, aunque el sexo masculino no está exento de sufrir ansiedad, se confirma la hipótesis acerca de que es el **sexo femenino** es quien la presenta con una **mayor intensidad**. A pesar de la diversidad de opiniones de los distintos autores en este ámbito, los resultados en este caso han mostrado diferencias significativas entre ambos grupos.

Claramente no se puede obviar el hecho de que se trata de un estudio piloto, pero los porcentajes obtenidos hasta el momento inclinan la balanza hacia una asociación entre el sexo femenino y unos niveles de ansiedad más elevados; en este caso, con una muestra equitativa para ambos grupos.

Un claro ejemplo de la **insuficiencia de casos** para poder proceder a un análisis riguroso, es la asociación entre la sintomatología ansiosa en aquellos alumnos **extranjeros** que haya referido una **adaptación dificultosa** al nuevo entorno. Este hecho, no ha sido posible probarlo dado que, tanto el número de sujetos extranjeros, así como aquellos que habían referido una adaptación dificultosa, no era suficiente para poder llevar a cabo un análisis estadístico fidedigno. Por ende, se recalca la necesidad de aumentar la muestra y seleccionarla mediante un proceso aleatorio para poder analizar la posible asociación de manera rigurosa y tener una adecuada validez tanto interna como externa.

Otra de los objetivos planteados, era probar la posible existencia de una asociación entre el **nivel socioeconómico** familiar y la **presencia de sintomatología ansiosa** en el adolescente. En este caso, **no** se han observado **diferencias estadísticamente significativas**. No obstante, comparando las medias de los diferentes grupos, se aprecia una **ligera tendencia inversamente proporcional**, donde los individuos que manifiestan vivir en un nivel socioeconómico bajo presentan una mayor ansiedad. Pero, como se comenta, debido a la falta de un número adecuado de sujetos de estudio así como de la heterogeneidad de los mismos, hace que no se pueda establecer con estos datos una asociación entre ambos factores.

Lo mismo sucede con el análisis entre los **niveles de ansiedad** acorde al **estado civil parental**. Pese a observar que, **numéricamente se aprecia un aumento** de la **clínica ansiosa** en aquellos **individuos** que han referido tener al **progenitor/a soltero/a**, **no** se puede establecer una **asociación** debido a la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los diversos grupos, ya que la muestra no ha sido heterogénea ni por tanto representativa para los mismos. No obstante, posiblemente por la tendencia que se observa, esta pudiera confirmarse en una muestra adecuada.

Finalmente, se ha detectado, tal como se sospechaba inicialmente, la **falta de asociación** entre la magnitud de la **ansiedad** y la **intencionalidad vital futura** al terminar los estudios obligatorios. A rasgos generales, los alumnos han presentado niveles de ansiedad elevados, que no varían en función de la decisión de continuar estudiando o iniciarse en el mundo laboral.

Parecen entreverse unos valores ligeramente inferiores en el alumnado que opta por continuar el bachillerato, pero las diferencias no han sido estadísticamente significativas entre los grupos esta vez. Por lo que, tal y como se ha comentado anteriormente en relación a otros factores posiblemente influyentes, resta a disposición de **líneas de investigación futuras** la comprobación o refutación de dicha tendencia con una **muestra mayor y aleatorizada**.

CONCLUSIÓN

A modo de cierre de este trabajo, podemos señalar que el resultado más relevante de esta investigación, es que podemos suscitar que la ansiedad, también es una realidad en el adolescente, que le afecta en su día a día, pudiéndose reflejar, por ejemplo, en un bajo rendimiento académico, en concordancia con estudios previamente realizados por los autores y entidades mencionadas al inicio de la memoria. No obstante, más allá de los resultados estadísticos obtenidos sobre el objetivo principal de estudio, hemos podido apreciar de primera mano, verbalizaciones, inquietudes y sentimientos que nos han transmitido diversos alumnos, pertenecientes a la muestra durante la administración del cuestionario, que sugerían un claro estado disfórico del mismo.

Cabe destacar aquí la relevancia que tiene enfermería, desde su práctica profesional, de identificar de manera sagaz un posible estado de ansiedad en el adolescente, así como los múltiples factores de riesgo que amenazan el desarrollo saludable del mismo. Algunos de estos factores, han sido evidenciados en otras franjas de edad, en los estudios publicados y mencionados anteriormente, como por ejemplo, ser mujer. Nuestra aportación, además de visibilizar la importancia de la salud mental en esta edad tan vulnerable, es la aparente tendencia (sin poder establecer una asociación por limitaciones de muestreo) entre las diferentes variables secundarias analizadas en correspondencia a un mayor estado ansioso. Creemos que los sutiles hallazgos de nuestro análisis, que parecen sugerir una tendencia a la asociación entre la ansiedad y el nivel socioeconómico familiar, el estado civil parental, así como una adaptación dificultosa tras un proceso migratorio, pueden ser de gran ayuda e influencia de cara a nuevas investigaciones cuyo propósito sea indagar en profundidad la magnitud de este problema y sus posibles estresores.

En consecuencia, basándonos en la teoría de enfermería sobre las transiciones, tal y como afirma su autora Afaf Meleis, los adolescentes son un colectivo vulnerable debido a sus simultaneas transiciones vitales: por un lado, sufren una transición de desarrollo, el paso de la adolescencia a la adultez y, a la vez, una transición situacional, el pase de la educación secundaria a estudios postobligatorios o a la inserción en el mundo laboral. Por tanto, reconocemos como aspecto de mejora, la coordinación entre los diversos profesionales implicados en el cuidado del adolescente (familia, escuela y sanidad), por lo que resaltamos la importancia de la enfermera escolar de referencia. Figura que, tras el desarrollo de esta investigación, consideramos clave para la identificación precoz de situaciones psicopatológicas en el estudiante, así como para la creación de estrategias de prevención e intervención en el entorno del mismo.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Durante la elaboración del presente trabajo se nos presentaron una serie de dificultades u obstáculos que, en algunos casos, llegaron a generar ciertas limitaciones en el desarrollo y representatividad de la investigación.

En primer lugar, se realizaron los cálculos oportunos para considerar el tamaño de la muestra requerida para el estudio. Tras el posterior rechazo en la participación de uno de los centros educativos, nos dimos cuenta de que comenzaríamos con una muestra insuficiente. Además, mediante el método de muestreo no probabilístico de conveniencia utilizado, no se podría asegurar la representatividad de la población.

En consecuencia, éramos plenamente conscientes de que ello afectaría a la validez externa del estudio, y los hallazgos obtenidos no podrían ser extrapolables al resto de la población.

De manera análoga, la validez interna también se ha visto afectada por la falta de heterogeneidad de respuestas en algunas variables, impidiendo así comprobar de forma fidedigna su asociación.

En segundo lugar, la falta de un cuestionario validado para valorar el rendimiento de los estudiantes, nos forzó a integrar una pregunta en el cuestionario *ad hoc*, en la que fueran los propios estudiantes los que nos indicaran su media académica. Obligándonos así a confiar exclusivamente en su honestidad.

Finalmente, tras realizar el trabajo de campo observamos que, dentro del rango de edad escogido, la longitud del cuestionario puede haber sido excesiva. Pues era visible la disminución de la capacidad de concentración con el paso del tiempo, influenciando así en la calidad de las respuestas ofrecidas.

Por último, nos encontramos con ciertas dificultades iniciales en el manejo del cruce de variables mediante la prueba estadística ANOVA, en el programa Jamovi. Puesto que éste había sido un apartado que no habíamos trabajado hasta el momento, y que nos empujó a tener que realizar cierta investigación previa para poder continuar con el análisis de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional del Cáncer. Trastorno de ansiedad [Internet]. Diccionario del National Institute of Cancer. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/trastorno-de-ansiedad>
2. Martínez-Otero Pérez V. Diversos condicionantes del fracaso escolar en la educación secundaria. Revista Iberoamericana de Educación [Internet]. 2009 [citado 22 de mayo de 2022];51:67-85. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/documentos/rie51a03.pdf>
3. Caballero CC, Abello R, Palacios J. Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios [Internet]. Barranquilla; 2007 [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n2/v25n2a7.pdf>
4. Willcox M del R. Factores de riesgo y protección para el rendimiento académico: Un estudio descriptivo en estudiantes de Psicología de una universidad privada. Revista Iberoamericana de Educación. 2011;1-9 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://rieoei.org/RIE/article/view/2909/3843>
5. García J, Martínez M, Inglés C. ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? Revista Iberoamericana de Psicología y Salud [Internet]. 2013 [citado 4 de noviembre de 2021];4(1):63-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245126428003.pdf>
6. Moreno Méndez J, Escobar Altare A, Vera Maldonado A, Beltrán Saavedra D, Castañeda Maldonado I. Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares. Psychologia Avances de la disciplina [Internet]. 2009 [citado 12 de febrero de 2022];3:109-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531004>
7. Bojorquez de la Torre JD. Ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Repositorio Académico Universidad de San Martín de Porres [Internet]. 2015 [citado 13 de febrero de 2022]; Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2247/bojorquez_jd.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Torres Nolasco M, Hernández Pozo M del R, Castillo Nava P, Coronado Álvarez O, Cerezo Reséndiz S. Relación entre promedio escolar y tres indicadores de ansiedad en estudiantes de medicina. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2009 [citado 13 de febrero de 2022];8(1):61-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/647/64712168007.pdf>
9. Serrano Barquín C, Rojas García A, Ruggero C. Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* [Internet]. enero de 2013 [citado 13 de febrero de 2022];15(1):47-60. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>
10. Hernández Pozo M del R, Ramírez Guerrero N, López Cárdenas SV, Macías Martínez D. Relación entre ansiedad, desempeño y riesgo de deserción en aspirantes a bachillerato . *Psychologia: Avances de la Disciplina* [Internet]. 2015 [citado 13 de febrero de 2022];9(1):45-57. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297233780003.pdf>
11. Colunga Rodríguez C, Ángel González M, Vázquez Colunga JC, Vázquez Juárez CL, Colunga Rodríguez BA. Relación entre ansiedad y rendimiento académico en alumnado de secundaria. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación* [Internet]. 2021 [citado 12 de febrero de 2022];8(2):229-41. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/29123/5-8457-Colunga_Rodriguez-et-al-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. WHO. [citado 4 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
13. Confederación de Salud Mental de España. La salud mental en cifras [Internet]. Comunica la salud mental. 2020 [citado 4 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>
14. Ballesteros J., Sanmartín A, Tudela P, Rubio A. Barómetro juvenil sobre Salud y Bienestar de 2019. 2020 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.adolescenciayjuventud.org/wp-content/uploads/2020/06/Bar%C3%B3metro-Salud-y-Bienestar-2019_Final.pdf
15. Paniagua A. El suicidio se convierte en la primera causa de muerte entre los jóvenes. *Heraldo Nacional* [Internet]. 2021 [citado 4 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/nacional/2021/07/25/el-suicidio-se-convierte-en-la-primera-causa-de-muerte-entre-los-jovenes-1508739.html>

16. Instituto Nacional de Estadística. La Salud Mental en la pandemia: lo que dicen las encuestas [Internet]. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. 2021 [citado 4 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE
17. Afolayan JA, Donald B, Onasoga O, Babafemi AA, Juan AA. Relationship between anxiety and academic performance of nursing students, Niger Delta University, Bayelsa State, Nigeria. Pelagia Research Library Advances in Applied Science Research. 2013;4(5):25-33 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.primescholars.com/articles/relationship-between-anxiety-and-academic-performance-of-nursing-studentsniger-delta-university-bayelsa-state-nigeria.pdf>
18. Clipa O, Duca D-S, Pădurariu G-E. Test Anxiety and Student Resilience in the Context of School Assessment. Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala [Internet]. 16 de junio de 2021 [citado 13 de abril de 2022];13(1Sup1):299-314. Disponible en: <https://www.lumenpublishing.com/journals/index.php/rrem/article/view/3950>
19. D'Agostino A, Schirripa Spagnolo F, Salvati N. Studying the relationship between anxiety and school achievement: evidence from PISA data. Statistical Methods and Applications [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado 13 de abril de 2022];31(1):1-20. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10260-021-00563-9>
20. Valverde Cerros O, Cascante Zúñiga A, Mora D, Garrido N. Desarrollo biopsicosocial en la adolescencia y la juventud. 2017 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.aldeasinfantiles.org/getmedia/46fe8124-38f4-42d3-a391-d2039ab78b3c/Fasciculo-II-Desarrollo-Biopsicosocial-en-la-Adolescencia-y-Juventud.pdf>
21. Flores SA, Validivieso Vargas-Machuca M. Características bio-psicosociales del adolescente. Artículo de revisión. 2013 [citado 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v12n2/a3.pdf>
22. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista Chilena de Pediatría. 2015;86(6):436-43 [citado 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>

23. Grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Plan Nacional para el SNS del MSC (Agencia Laín Entralgo). 2008 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009771.pdf>
24. Gómez JM, Revilla E, Fernández MA, El-Asmar, A. Las 50 principales consultas en medicina de familia. 2011 [citado 1 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017101.pdf>
25. Tayeh P, María P, González A, Chaskel R. Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Curso continuo de actualización en pediatría. 2016;15(1) [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
26. García-Herrera Pérez Bryan J, Hurtado Lara M, Nogueras Morillas E, Bordallo Aragón A, Morales Asencio J. Guía de práctica clínica para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Málaga; 2015. p. 49-74 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2456/1/TranstornoAnsiedad_GuiaCompleta_2015.pdf
27. Reardon JM, Williams NL. The specificity of cognitive vulnerabilities to emotional disorders: Anxiety sensitivity, looming vulnerability and explanatory style. *Journal of Anxiety Disorders*. enero de 2007;21(5):625-43 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618506001484?via%3Dihub>
28. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. 2021 nov [citado 1 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
29. García Cruz JM, Gonzáles Lajas JJ. Algoritmos AEPap - Trastorno de Ansiedad [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/82/ansiedad>
30. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. En: 5.ª ed. 2013. p. 129-44 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

31. Díaz Santos C, Santos Vallín L. La ansiedad en la adolescencia. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2018;6(1):21-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317303>
32. Sánchez Mascaraque P, Cohen D. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (ADOLESCERE)*. 2020;8(1):16-27 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol8n um1-2020/2%20Tema%20de%20revisi3n%20-%20Ansiedad%20y%20depresi3n%20en%20ni3n3s%20y%20adolescentes.pdf>
33. Ferreres V, Pena-Garijo J, Ballester Gil de Pareja M, Edo S, Sanjurjo I, Ysern L. ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado? Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2012;32(114):271-86 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol8n um1-2020/2%20Tema%20de%20revisi3n%20-%20Ansiedad%20y%20depresi3n%20en%20ni3n3s%20y%20adolescentes.pdf>
34. Nova I. ¿Dónde están implantadas las especialidades enfermeras? [Internet]. *Redacción Médica*. 2019 [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/solo-en-cinco-ccaa-estan-implantadas-todas-las-especialidades-enfermeras-6947>
35. Mouzo J. La sanidad pública no da abasto: faltan profesionales para frenar la crisis de salud mental [Internet]. *El País*. 2021 [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-11-14/los-expertos-reclaman-mas-recursos-humanos-y-educacion-emocional-para-combatir-la-epidemia-de-mala-salud-mental.html>
36. Lluch Canut MT. Enfermería de Salud Mental: El arte y la ciencia del cuidar. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. 2018;(4):2-3 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/37>
37. Espinosa L, García LJ, Muela JA. Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: Panorama actual, recursos y propuestas. *Revista de estudios de juventud*. 2018;121(1):11-23 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/injuve_121_web.pdf

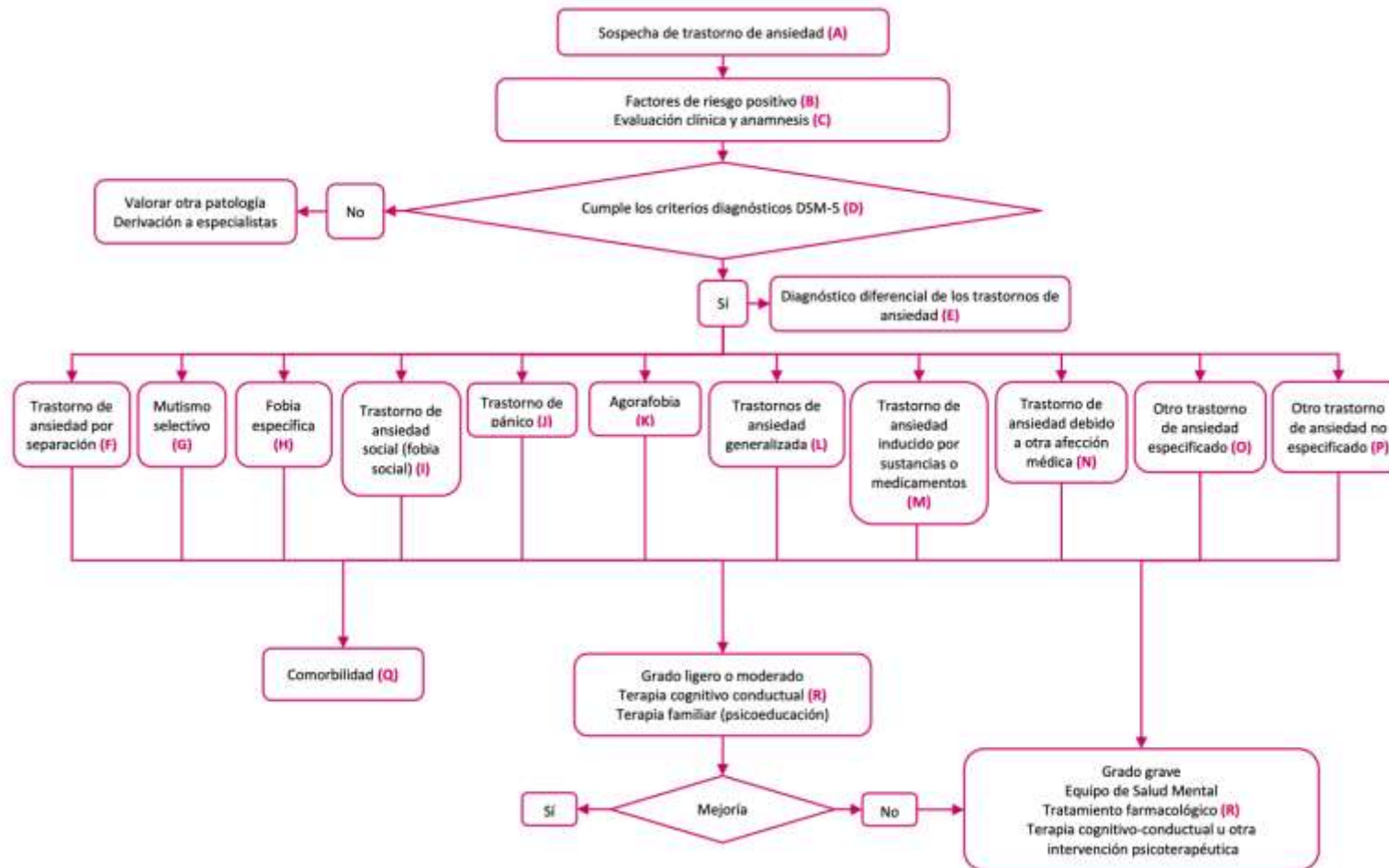
38. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Programa Salut i Escola. Contingut i guia d'implementació. [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2008. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/03salut-i-escola/guia-implementacio-salutescola.pdf
39. Castanedo Bolado C. Papel de la enfermera en el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada [Internet]. 2015. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7457/CastanedoBoladoC.pdf;sequence=1>
40. Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària. Problemes de salut: guia d'intervencions d'infermeria. 2012 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.casap.cat/wp-content/uploads/2013/03/Guia-Infermeria-Casap-Can-Bou-2013-DEF.pdf>
41. Monís Escudero MA, García Sánchez JA, Navarro Berruezo D, Alarcón Morales S. Procesos de ansiedad/depresión/somatizaciones [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.ephpo.es/Procesos/Planes_Cuidados_Estandarizados_Procesos/Plan%20de%20Cuidados%20Ansiedad-Depresi%C3%B3n.pdf
42. North American Nursing Diagnosis Association. NNNConsult [Internet]. Elsevier. 2021 [citado 28 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
43. Arias Manzano M del C. Propuesta de intervención psicoeducativa con familias y docentes para la prevención y el tratamiento de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. 2020 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/43187/TFM-G1176.pdf?sequence=1>
44. Abellán F. Menor maduro y salud. Informe del experto (Fundación Merck Salud) [Internet]. 2016 [citado 21 de mayo de 2022];15. Disponible en: https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/06/15_MenorMaduroySalud_web.pdf
45. Canaval GE, Jaramillo CD, Rosero DH, Valencia MG. La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto [Internet]. Aquichan. 2007 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972007000100002&script=sci_abstract&tlng=es

46. Raile AM, Tomey MA. Modelos y teorías de enfermería [Internet]. Elsevier. 2011 [citado 24 de abril de 2022]. p. 416-28. Disponible en: http://teoriasenfermeras.blogspot.com/2013/06/teoria-de-las-transiciones_1.html
47. Elena P, García P, García P, González JL, González de Aro D, González A, et al. Manual de Investigación Cuantitativa [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.academia.edu/3997741/manual_de_investigacion_cuantitativa_para_enfermeria_red
48. Beck A, Brown G, Epstein N, Steer R. Ficha técnica del instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck [Internet]. Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental (CIBERSAM). 2015 [citado 6 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=104>
49. Buela-Casal G, Guillén-Riquelme A, Cubero Seisdedos N. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: adaptación Española. 2015 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://web.teaediciones.com/ejemplos/stai-manual-extracto.pdf>
50. Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A. Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual. TEA Ediciones, S.A. 2002 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Cano-Vindel/publication/230577113_Inventario_de_situaciones_y_respuestas_de_ansiedad_ISRA_Manual_Inventory_of_Situations_and_Responses_of_Anxiety_ISR_A_Manual/links/547711cc0cf29afed61444f1/Inventario-de-situaciones-y-respuestas-de-ansiedad-ISRA-Manual-Inventory-of-Situations-and-Responses-of-Anxiety-ISRA-Manual.pdf
51. Espada Largo FJ. Estudio de perfiles diferenciales de ansiedad a través del I.S.R.A. [Internet]. 1995. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=15075&orden=0&info=link%5Chttp://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=15075>
52. Cárdenas J. Investigación cuantitativa [Internet]. 2018 [citado 9 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0014.pdf>
53. Elosua P, Egaña M. Psicometría aplicada: Guía para el análisis de datos y escalas con Jamovi. 2020 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/pdf/USPDF201508.pdf>

54. Badiella L, Blasco A, Boixadera E, Valero O, Vázquez A. Manual de introducción a Jamovi: unan interfaz gráfica para usuarios. Servei d'Estadística (Universitat Auntònoma de Barcelona). 2021 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: https://sct.uab.cat/estadistica/sites/sct.uab.cat.estadistica/files/manual_de_estadistica_con_jamovi.pdf
55. Galindo-Domínguez H. Una guía básica sobre la metodología cuantitativa de trabajos académicos. Alicante; 2020 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.3ciencias.com/wp-content/uploads/2020/03/Estad%C3%ADstica-para-no-estad%C3%ADsticos-Una-gu%C3%ADa-b%C3%A1sica-sobre-la-metodolog%C3%ADa-cuantitativa-de-trabajos-acad%C3%A9micos-2.pdf>
56. Valls Fonayet F. Anàlisi bivariante: resum. Universitat Rovira i Virgili. 2020.
57. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2018, De 5 De Diciembre, De Protección De Datos Personales Y Garantía De Los Derechos Digitales. Boletín Oficial del Estado (BOE) 2018 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf>
58. Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y de Consejo del 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales. 2016 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 – Algoritmo diagnóstico trastornos de ansiedad en Atención Primaria



Anexo 2 – Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

0: Casi nunca 1: Pocas veces 2: Unas veces si y otras no 3: Muchas veces 4: Casi siempre

Vea los ejemplos siguientes:

SITUACIONES	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
	1. Me desconcierto; no sé qué hacer.	2. Tengo la impresión de que soy un inútil.	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	4. Tengo dificultades para dormir.	5. Pierdo el apetito.	
1. Si un problema me preocupa mucho.						
2. Cuando pierdo un objeto que tenía en mucha estima,						

Deberá leer la situación 1 y cada una de las respuestas que están sobre la columna en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La última cuestión (la núm. 23) se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en las casillas que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación, utilice el margen derecho de la Hoja (OBSERVACIONES).



Autores: J. J. Miguel Tobal y A. R. Cano Vindel

Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S. A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S. A.: Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid - Imprime: Aguirre Campano; Daganzo, 15 duplicado; 28002 Madrid - Depósito legal: M. - 5.757 - 1986.

C

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

RESPUESTAS

- Me precipito fácilmente.
- Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre los demás. «torpe», «inferior», a mí mismo.
- Me siento inseguro de mí.
- Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a nada.
- Siento miedo.
- Me cuesta concentrarme.
- Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES	ΣS
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

F

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MICHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS										OBSERVACIONES	ΣS
	1. Siento molestias en el estomago.	2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días frios.	3. Me tiemblan las manos o las piernas.	4. Me duele la manos o las piernas.	5. Mi cuerpo está en tensión.	6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.	7. Me falta el aire y mi respiración es agitada.	8. Siento náuseas o mareo.	9. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar.	10. Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5. En mi trabajo o cuando estudio.												
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10. Si tengo que hablar en público.												
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridiculo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13. Después de haber cometido algún error.												
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20. Al observar escenas violentas.												
21. Por nada en concreto.												
22. A la hora de dormir.												
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.												
ΣR											TOTAL	ΣS

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

M

0	CASI NUNCA
1	POCAS VECES
2	UNAS VECES SI OTRAS VECES NO
3	MUCHAS VECES
4	CASI SIEMPRE

SITUACIONES	RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣS
	1. Lloro con facilidad.	2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (trascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.).	3. Fumo, como o bebo demasiados.	4. Trato de evitar o rebuir la situación.	5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.	6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.	7. Tartamudeo o tengo otras dft. culturales de expresión verbal.		
1. Ante un examen en el que me juego mucho, o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2. Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3. Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4. A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5. En mi trabajo o cuando estudio.									
6. Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7. Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándose, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8. Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9. Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10. Si tengo que hablar en público.									
11. Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12. Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13. Después de haber cometido algún error.									
14. Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15. Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16. Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17. En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18. Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19. En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20. Al observar escenas violentas.									
21. Por nada en concreto.									
22. A la hora de dormir.									
23. Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.									
ΣR								TOTAL	

ASEGURESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Anexo 3 – Cuestionario Ad Hoc

Estudio de correlación entre la sintomatología ansiosa y el rendimiento escolar

Somos Andreea Adelina Nate y Elena Sánchez Rodríguez, ambas alumnas de la Universidad Rovira i Virgili y actualmente estamos cursando el 4º año del Grado de Enfermería. En base a la realización del trabajo de fin de grado, queremos estudiar la posible asociación entre la presencia de sintomatología ansiosa y el rendimiento escolar. Para ello, rogamos vuestra participación rellenando el siguiente cuestionario. El tiempo estimado para dar respuesta a las preguntas planteadas es de 25 minutos, aproximadamente.

En esta página aparecerán una serie de preguntas de carácter socio-familiar y académico. Os pedimos, por favor, contestar con la mayor sinceridad posible, dado que esto nos ayudará a obtener unos resultados realmente válidos y fiables.

La respuesta a este cuestionario no implica ningún tipo de remuneración y la participación es totalmente voluntaria, pudiéndose retirar el participante en cualquier momento sin ningún tipo de repercusión. El cuestionario será tratado de forma completamente anónima, y con su cumplimiento se da consentimiento a las investigadoras para el análisis y posterior publicación de los datos extraídos.

Finalmente, agradecemos de antemano vuestra participación y os animamos a exponer cualquier duda o inquietud que consideréis oportuna, y que trataremos de responder con la mayor precisión y brevedad posible.

1. Sexo *

- Femenino
 Masculino

2. Nacionalidad *

- Extranjero/a
 Nacional

3. En caso de haber respondido "Extranjero/a" en la pregunta anterior; ¿Cuál consideras que es tu nivel de adaptación (idioma, vivienda, sociocultural, etc.) al país actual de residencia?

- Deficiente
 Aceptable
 Bueno
 Muy bueno

4. ¿Nos podrías indicar cuál crees que es nivel socioeconómico de tu unidad familiar? *

- Bajo
- Medio
- Alto

5. Estado civil de la unidad familiar *

- Soltero/a
- Casado/a
- Separado/a
- Divorciado/a
- Pareja de hecho
- Viudo/a
- Otros

6. ¿Cuál consideras que es, aproximadamente, la nota media de tu expediente académico? *

- Insuficiente (0-4,9)
- Suficiente (5-5,9)
- Bien (6-6,9)
- Notable (7-8,9)
- Excelente (9-10)

7. ¿Qué tienes pensado hacer una vez termines la Educación Secundaria Obligatoria? *

- Bachillerato
- Ciclo formativo de grado medio
- Trabajar
- Otros