



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANSIEDAD EN ESCOLARES DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS
NACIONALES DEL DISTRITO DE COMAS LIMA, 2019**

**Línea de investigación:
Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Trillo Salvador, Alejandrina Mercedes

Asesor:

Díaz Hamada, Luis Alberto
(ORCID: 0000-0002-9081-7625)

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio Lorenzo
Vásquez Vega, Eda Jeanette
López Odar, Dennis Rolando

Lima - Perú

2023



ANSIEDAD EN ESCOLARES DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS NACIONALES DEL DISTRITO DE COMAS LIMA, 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|--|-----|
| 1 | recursosbiblio.url.edu.gt Fuente de Internet | 6% |
| 2 | repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 3 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 2% |
| 4 | repositorio.ucsp.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 5 | www.unne.edu.ar Fuente de Internet | 2% |
| 6 | 1library.co Fuente de Internet | 1% |
| 7 | ridum.umanizales.edu.co Fuente de Internet | 1% |
| 8 | repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet | <1% |



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ANSIEDAD EN ESCOLARES DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

NACIONALES DEL DISTRITO DE COMAS LIMA, 2019

Línea de investigación:

Psicología de los Procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título profesional de

Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica

Autora:

Trillo Salvador, Alejandrina Mercedes

Asesor

Dr. Díaz Hamada, Luis Alberto

ORCID: 0000-0002-9081-7625

Jurados:

Figuroa Gonzales, Julio Lorenzo

Vásquez Vega, Eda Jeanette

López Odar, Dennis Rolando

Lima – Perú

2023

Pensamiento

Frente a los cambios constantes es necesario

Poseer niveles bajos de ansiedad

Que nos impulsen a lograr

Nuestras metas

Trillo A. (2023)

Dedicatoria

A mis seres queridos, muy especial

A mis queridos y amados padres

Quienes con su sacrificio

Han forjado en mi

Ser una psicóloga.

Agradecimientos

A la Facultad de Psicología de la UNFV, por brindarme la oportunidad de ser una profesional en el área de la psicología.

A mis profesores por sus enseñanzas dentro y fuera de las aulas.

A mis compañeros de la promoción por que aprendimos a convivir durante los cinco años de nuestra formación

A mi asesor de la tesis el Dr. Luis Alberto Díaz Hamada por su asesoría y tiempo dedicado a la revisión de la Tesis.

A los escolares que conformaron la muestra de estudio que Contribuyeron en la realización del presente trabajo.

Índice de contenido

| | Página |
|---|---------------|
| • Portada | 1 |
| • Pensamiento | 2 |
| • Dedicatoria | 3 |
| • Agradecimientos | 4 |
| • Índice de contenido | 5 |
| • Lista de tablas | 7 |
| • Resumen | 8 |
| • Abstract | 9 |
| | |
| I: Introducción | 10 |
| 1.1. Descripción y formulación del problema | 11 |
| 1.2 Antecedentes de investigación | 17 |
| 1.3 Objetivos | 24 |
| 1.3.1 Objetivo General | 24 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos | 24 |
| 1.4 Justificación de la investigación | 25 |
| 1.5 Hipótesis | 26 |
| | |
| II Marco teórico | 28 |
| 2.1 Ansiedad | 28 |
| | |
| III: Método | 54 |
| 3.1 Tipo de investigación | 54 |
| 3.2 Ámbito temporal y espacial | 54 |
| 3.3 Variable | 55 |
| 3.4 Población y muestra | 56 |
| 3.4.1 Población | 56 |
| 3.4.2 Muestra | 58 |
| 3.4.3 Características de la muestra | 59 |
| 3.5 Instrumento | 60 |
| 3.6 Procedimiento | 71 |

| | |
|--|------------|
| 3.7 Análisis de los datos | 72 |
| IV: Resultados | 74 |
| 4.1 Análisis descriptivo de la ansiedad estado / rasgo | 74 |
| 4.2 Contrastación de hipótesis | 80 |
| V: Discusión de los resultados | 86 |
| VI. Conclusiones | 92 |
| VII. Recomendaciones | 93 |
| VIII. Referencias | 94 |
| IX. Anexo | 106 |

Lista de tablas

| Nº de tabla | | Página |
|--------------------|--|---------------|
| 1 | Operacionalización de variable ansiedad | 57 |
| 2 | Nº de estudiantes de las instituciones investigadas. | 57 |
| 3 | Total de la población de estudiantes de las instituciones investigadas. | 58 |
| 4 | Determinación de la muestra de investigación | 59 |
| 5 | Distribución de la muestra según el sexo, institución educativa y año escolar | 60 |
| 6 | Distribución según el sexo y por institución educativa-año escolar | 61 |
| 7 | Estimaciones de consistencia interna de la escala de ansiedad | 71 |
| 8 | Puntajes interpretativos del STAI | 71 |
| 9 | Estimaciones de confiabilidad: escala ansiedad investigación reportada (n=386) | 72 |
| 10 | Niveles diagnósticos en ansiedad estado | 75 |
| 11 | Niveles diagnósticos en ansiedad estado según el sexo | 76 |
| 12 | Niveles diagnósticos en ansiedad estado según institución educativa (IE) | 76 |
| 13 | Niveles diagnósticos en ansiedad estado según el año de estudio | 77 |
| 14 | Niveles diagnósticos en ansiedad rasgo | 78 |
| 15 | Niveles diagnósticos en ansiedad rasgo según el sexo | 79 |
| 16 | Niveles diagnósticos en ansiedad rasgo según institución educativa (IE) | 79 |
| 17 | Niveles diagnósticos en ansiedad rasgo por año de estudio | 80 |
| 18 | Prueba de normalidad K-S para la variable de estudio | 81 |
| 19 | Comparaciones de ansiedad estado / rasgo según el sexo | 81 |
| 20 | Comparaciones de ansiedad estado / rasgo según institución educativa (IE) | 82 |
| 21 | Comparaciones de ansiedad estado / rasgo según año de estudio | 83 |
| 22 | Relación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo | 84 |
| 23 | Modelo de regresión lineal explicativo | 85 |

RESUMEN

La investigación de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo analítico, diseño no experimental – transversal y su objetivo determinar los niveles de Ansiedad estado / rasgo y su comparación según sexo, institución educativa y año de estudios en escolares de 2 instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019. Se aplicó la escala de ansiedad (STAI) a una muestra de 386 escolares. Los datos se procesaron con el SPSS, concluyéndose:

1. La escala presenta validez de constructo y el índice Alpha de ansiedad estado .882 y ansiedad rasgo .881 y la escala total (Alpha .932);
2. Los niveles de la Ansiedad estado el 8,5% tiene ansiedad permitida; 39,9% tiene ansiedad baja; 42,5% tiene ansiedad moderada; 7,3% tiene ansiedad alta y 1,8% tiene ansiedad excesiva. En ansiedad rasgo, el 32,1% tiene ansiedad permitida; 43,3% tiene ansiedad baja; 18,9% tiene ansiedad moderada; 5,2% tiene ansiedad alta y el 0,5% tiene ansiedad excesiva.
3. Existen diferencias muy significativas en ansiedad estado y en ansiedad rasgo según el sexo. No existen diferencias en ansiedad estado según Institución educativa. Existen diferencias muy significativas en ansiedad rasgo según Institución educativa. No existen diferencias en ansiedad estado / ansiedad rasgo, según año escolar.
4. Existe relación alta positiva entre ansiedad estado y ansiedad rasgo ($\rho = .717$) y muy significativa. ($p < .001$). La ansiedad rasgo, explica en un 79.1% a la ansiedad estado.

Palabras clave: Ansiedad estado, ansiedad rasgo, instituciones educativas nacionales, distrito de Comas, Lima.

ABSTRACT

The research has a quantitative approach, descriptive analytical type, non-experimental – cross-sectional design and its objective is to determine the levels of state/trait anxiety and its comparison according to sex, educational institution and year of study in schoolchildren from 2 national educational institutions in the district of Comas in Metropolitan Lima – 2019. The anxiety scale (STAI) was applied to a sample of 386 schoolchildren. The data were processed with SPSS, concluding: 1. The scale presents construct validity and the Alpha index of state anxiety .882 and trait anxiety .881 and the total scale (Alpha .932); 2. State Anxiety Levels 8.5% have permitted anxiety; 39.9% have low anxiety; 42.5% have moderate anxiety; 7.3% have high anxiety and 1.8% have excessive anxiety. In trait anxiety, 32.1% have permitted anxiety; 43.3% have low anxiety; 18.9% have moderate anxiety; 5.2% have high anxiety and 0.5% have excessive anxiety. 3. There are very significant differences in state anxiety and trait anxiety according to sex. There are no differences in state anxiety according to educational institution. There are very significant differences in trait anxiety according to educational institution. There are no differences in state anxiety/trait anxiety, according to school year. 4. There is a high positive relationship between state anxiety and trait anxiety ($\rho = .717$) and very significant. ($p < .001$). Trait anxiety explains 79.1% of state anxiety.

Keywords: State anxiety, trait anxiety, national educational institutions, Comas district, Lima.

I. INTRODUCCIÓN

El tema de ansiedad en escolares como tema de investigación resulta ser importante en la medida de que la ansiedad en dosis pequeñas o bajas es una ansiedad aceptable o permitida que se convierte en un elemento incentivador de nuestras acciones para alcanzar metas. Sin embargo, para los teóricos e investigadores sobre el tema, cuando la ansiedad se presenta en dosis moderadas, altas o muy altas, se convierten en inhibidores de comportamientos en las áreas personal, social y académico, afectando su desempeño. Esta ansiedad planteaba Echeburrrúa es una experiencia propia de todas las edades del ser humano, además de ser una respuesta adaptativa y necesaria permite prepararnos para afrontar situaciones. La presencia de indicadores de ansiedad desadaptativa, o situaciones que evocan la respuesta de ansiedad constituyen factores de riesgo para el bienestar y el desarrollo personal. A pesar su prevalencia no ha cambiado sin embargo es uno de los temas recurrentes y preocupantes en los últimos tiempos, investigaciones han señalado que los niños con trastornos de ansiedad pueden presentar una gama de sintomatología que va desde la preocupación y el distres en cuadros abrumadores e incapacitantes de ansiedad que interfieren con la actividad y el desempeño en la vida cotidiana (Echeburrrúa, 1993).

El presente trabajo tiene por objetivo determinar los niveles de Ansiedad en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima Metropolitana – 2019 y su asociación-comparación según sexo, grado escolar y tipo de institución educativa. Le evidencia empírica estará determinado por el método cuantitativo, de tipo descriptivo analítico, en una muestra de escolares de dos instituciones educativas.

Finalmente, el trabajo está distribuido de varios acápite (capítulos), en el I: denominado introducción, donde se enfatiza la descripción y formulación del problema general con sus respectivos problemas específicos, se mencionan los antecedentes de la investigación, el objetivo general y los objetivos específicos, la justificación de la investigación y la hipótesis

general y las hipótesis específicas. En el II acápite, se desarrolla el marco teórico, enfatizándose en sus definiciones, características, entre otros datos. En el III acápite se enfatiza en el Método, donde se plantean el tipo de investigación, ámbito espacial y temporal, población y muestra, las variables y su operacionalización, instrumentos, procedimiento y técnicas de análisis de los datos. En el IV rubro se describen los resultados, describiendo en tablas y representando en figuras los resultados obtenidos por las técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales para la contrastación de hipótesis estadísticas. En el V acápite se discuten los resultados confrontándolos con los reportes de los antecedentes. Se plantea en el rubro VI las conclusiones que dan respuesta a los objetivos específicos planteados; en el rubro VII se formulan algunas recomendaciones en función de las conclusiones planteadas. En el rubro VIII se describen las referencias utilizadas para el presente trabajo y finalmente, en el rubro IX se refiere al anexo, donde se describen los instrumentos de obtención de los datos.

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

La ansiedad es una experiencia propia de todas las edades del ser humano, además de ser una respuesta adaptativa y necesaria permite prepararnos para afrontar situaciones. La presencia de indicadores de ansiedad desadaptativa, o situaciones que evocan la respuesta de ansiedad constituyen factores de riesgo para el bienestar y el desarrollo personal. A pesar su prevalencia no ha cambiado sin embargo es uno de los temas recurrentes y preocupantes en los últimos tiempos, investigaciones han señalado que los niños con trastornos de ansiedad pueden presentar una gama de sintomatología que va desde la preocupación y el distres en cuadros abrumadores e incapacitantes de ansiedad que interfieren con la actividad y el desempeño en la vida cotidiana (Echeburrúa, 1993).

Referían Bragado et al. (1996) que los trastornos de ansiedad en los niños suelen ser los más prevalentes ya que la mayoría han sufrido de estrés en mayor o menor medida debido a que desde pequeños están expuestos a presiones cada vez mayores tales como la presión por triunfar, la de vivir en un mundo inestable, la presión por auto realizarse, competir, ser el mejor, tener éxito en la escuela, entre otras.

Mencionaban Aravena et al. (1993), Valverde y Vásquez, (1991) y Sandín et al. (1998) que las fuentes de ansiedad varían dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el niño. Así los niños menores de 6 años presentarían ansiedad frente a la separación de las figuras significativas, los niños entre 6 y 10 años manifestarían respuestas ansiosas ante los procedimientos médicos y en los niños mayores de 10 años se presentarían reacciones ansiosas frente a la pérdida de funciones corporales y la muerte (Cabrera et al., 2005, p. 117)

Todas estas presiones pueden ocasionar diversas respuestas siendo la ansiedad y la depresión algunas de ellas, por lo cual es importante su estudio ya que se ha observado que el estrés del adulto tiene su origen en la infancia (Hart, 1994).

Dentro de los estudios efectuados en relación con la ansiedad en población infantil, se observa que la manifestación de esta varía en función con la edad (Bragado et al., 1996).

Para Donnelly et al. (1998) los temores y la ansiedad son experiencias comunes en los periodos de niñez y adolescencia y pueden ser consideradas como manifestaciones adaptativas en el desarrollo de estrategias de enfrentamiento que favorecen la autonomía y adquisición de habilidades en la maduración cognitiva. La evaluación clínica de los diversos profesionales tiene el objetivo de diferenciar la ansiedad normal como parte del desarrollo y la ansiedad patológica que afectará negativamente el desarrollo. El curso evolutivo de la ansiedad y su frecuencia en la niñez son de amplio interés en la investigación, sin embargo, son escasos los datos empíricos de su presencia y manifestaciones en la niñez

La mayoría de los estados ansiosos de esta etapa de la adolescencia se relacionan con el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, pero existen otras esferas personales, relacionales, emocionales y convivenciales a las que también afectan. De modo que, si la ansiedad es intensa, el estudiante muestra excesiva sensibilidad y temores, lo que dará lugar a una disminución de la autoestima y del autoconcepto (Jadue, 2001).

Se calcula que entre un 15% y un 20% de la población mundial padece, o padecerá a lo largo de su vida, problemas de salud relacionados con la ansiedad con importancia suficiente como para requerir tratamiento (Clínica de Ansiedad, 2000). Así mismo, en las estadísticas de México que el 10% de la población infantil se hospitaliza por diversas razones en algún momento de la infancia; en Tamaulipas, el 16% de los ingresos de hospitalización ocurren en el área de pediatría (Sinais, 2003).

Consideran Ruiz et al. (2003) que

la ansiedad es una preocupación constante de maestros, padres, de los propios niños y, por supuesto, de los profesionales de la salud. De hecho, el estudio de la ansiedad constituye uno de los problemas más importantes para las ciencias médicas y psicológicas en los últimos años, al cual se le han dedicado numerosos trabajos en el campo de las alteraciones emocionales (p. 204).

Planteaban Albano et al. (2003) que la ansiedad es un desorden ampliamente aceptado como uno de los más comunes que afecta a los niños y adolescentes, a pesar de ello todavía no es un desorden bien comprendido. Los temores y cierta ansiedad son considerados como parte normal del desarrollo, sin embargo, para ciertos grupos de niños temerosos y ansiosos el nivel de estas manifestaciones, consideradas como normales, pueden estar enmascarando una anomalía o un trastorno de ansiedad. Cuando los niveles de ansiedad son continuos y de cierta intensidad pueden afectar el funcionamiento normal del niño y rechazar, por ejemplo, el

colegio, las relaciones con pares y perturbar las diversas tareas del periodo de su desarrollo (Bustamante y Concha, 2019, p. 10).

Así mismo, Rapee (2009) mencionaba que los trastornos de Ansiedad que cerca del 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastorno de Ansiedad durante un período determinado en la población occidental. En la mayoría de los estudios la prevalencia es más alta para las fobias específicas, y moderada para la Ansiedad por separación, Ansiedad generalizada y fobia social. Se registran tasas considerablemente más bajas para el trastorno obsesivo compulsivo, y para el trastorno de estrés postraumático se registran tasas aún más bajas. En la distribución por género en la población general los trastornos de Ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres. Para la mayoría de los estudios poblacionales de trastornos de Ansiedad se estima que los padecen alrededor de 1,5 a 2 veces más las mujeres que hombres.

Los desórdenes de ansiedad tienden a ser poco valorados, como menos problemáticos por padres, profesores y otros profesionales, quizá porque este desorden está frecuentemente caracterizado por quietud y tristeza no manifiesta a diferencia de la conducta disruptiva de los desórdenes externalizados, por lo que son más difíciles de ser identificados (Tandon et al., 2009).

Los síntomas de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de ansiedad en etapas evolutivas posteriores. En cuanto a los tipos de ansiedad, es necesario establecer una serie de límites para evitar un cierto solapamiento entre los distintos subtipos de ansiedad clínica (MINSA, 2013).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática: (INEI, 2013) mencionaba que los casos presentados de los trastornos emocionales y del comportamiento en niños en nuestro país son de 17,078 casos y en la adolescencia se presentan 4,441 casos, siendo extraído de la base de datos de salud mental de los centros hospitalarios en los distintos departamentos del Perú.

Estos departamentos son: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali. De las cuales, en Lima se ha atendido a 11,329 casos, siendo el departamento en el que se presentan la mayor parte de los casos de los trastornos emocionales y del comportamiento en niños y adolescente; siendo 1,317 casos de los Trastornos emocionales del comienzo específico en la niñez menores de 11 años y de 12 a 17 años son 472 casos presentados, por otro lado en otros trastornos emocionales y del comportamiento se presentan 3 905 casos correspondientes a menores de 11 años y 2 297 casos comprendidos entre 12 a 17 años, cifras que alarman a nuestra población Limeña. (Céspedes 2015, p. 18)

Para Hernández et al. (2018) la ansiedad

depende en gran medida de la idea que el alumno tiene sobre la tarea que le es demandada y exigida, y como ésta está relacionada con su capacidad de comprensión y de control que en esos momentos tiene sobre sí mismo. Cuando el alumno piensa que no está capacitado para aquello que se le demanda y que es más de lo que él puede rendir, aparece en él una situación de humillación, de rechazo hacia el ámbito académico (p. 3).

En la práctica educativa cada vez se observan un incremento de estudiantes que presentan sintomatología ansiosa, sin embargo, en ocasiones tiende a confundirse con otros tipos de dificultades. Entre estas se mencionan las dificultades de atención-concentración, falta de interés en el aprendizaje, hiperactividad, se etiquetan como niños perezosos o desinteresados pues tienden a evitar la situación que les causa ansiedad. Todo lo anterior repercute en el aprendizaje, en el desarrollo de competencias y en el rendimiento académico. En este mismo sentido, también se ven deterioradas las relaciones con sus compañeros y maestra lo que repercute en su bienestar social (Cerón, 2017, p. 10).

Planteaba Cerón (2017) que los niños en la actualidad están expuestos a numerosas situaciones que generan estrés y muchas veces ansiedad, por ejemplo, las expectativas demasiado altas de sus padres con relación a su desempeño general. También se les expone con frecuencia a dificultades de adultos, que asuman responsabilidades que aún no les corresponde en su desarrollo evolutivo; todo ello les obliga a crecer demasiado rápido y no disfrutar de su infancia, condición que les resulta demasiado estresante, ya que no tienen el desarrollo cognitivo ni emocional para afrontarlo de manera sana, en este sentido se puede ver alterado su estado emocional. Por otra parte, en el área educativa cotidianamente se enfrentan a situaciones de aprendizaje complejas que, si carecen de las competencias y habilidades necesarias para el aprendizaje puede generar ansiedad. También ocurre que niños que manejan niveles altos de ansiedad repercute y obstaculiza el proceso de aprendizaje del estudiante, siendo palpable en un bajo rendimiento académico (p. 12)

Cada vez más escolares presentan problemas emocionales, los desórdenes de ansiedad afectan aproximadamente entre el 13 y el 17% de los jóvenes (Kashani y Orvaschel 1990).

Cabe indicar que en función a las entrevistas realizadas con las autoridades y profesores de las dos instituciones educativas estatales del Distrito de Comas investigadas efectuadas entre Abril a Junio del 2019 se pudo corroborar la incidencia de escolares que presentaban problemas emocionales relacionadas con la ansiedad, temores, “nerviosismo” ante los exámenes, bajo rendimiento, pobre participación en clase, baja autoestima, entre otros problemas de orden emocional que influenciaban en su desempeño y rendimiento escolar.

1.1.2. Formulación del problema

- Problema general

¿Cómo se presenta la Ansiedad estado / rasgo y se comparan según sexo, grado escolar y tipo de institución educativa, en escolares en dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019?

- **Problemas específicos**

¿Cómo se presentan los niveles de la Ansiedad estado en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, institución educativa y año escolar?

¿Cómo se presentan los niveles de la Ansiedad rasgo, en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, institución educativa y año escolar?

¿Hallar las diferencias en los promedios de la Ansiedad estado y ansiedad rasgo en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, año escolar y tipo de institución educativa?

¿Hallar la relación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019?

1.2. Antecedentes de la investigación

1.2.1. Antecedentes nacionales

Bustamante y Concha (2019) realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar si los estudiantes varones y mujeres de 9 a 12 años con apego seguro tienen menos ansiedad estado y menos ansiedad rasgo que los varones y mujeres con apego inseguro. La muestra fue de 219 estudiantes de 9 a 12 años, 123 mujeres y 96 varones. El estudio es descriptivo y correlacional. Se utilizaron los cuestionarios: clasificación de estilos de apego de Finzi y cols., el cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado /rasgo en niños de Spielberger (adaptación española) y una ficha demográfica. Se encontró que efectivamente los varones y mujeres de 9 a 12 años con apego seguro, presentan menos ansiedad rasgo y estado

que los varones y mujeres de 9 a 12 años con apego inseguro. No se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres en: tipo de apego seguro e inseguro; ansiedad estado/rasgo; apego inseguro respecto a la ansiedad estado y ansiedad rasgo y en apego inseguro ansioso y ansiedad rasgo. Pero si, tanto varones como mujeres con apego inseguro ansioso presentan mayor ansiedad estado que los varones y mujeres con apego inseguro evitativo.

Montealegre (2017) en Tumbes realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre autoestima escolar y la ansiedad en los estudiantes de tercero y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa N° 098 “El Gran Chilimasa” de la provincia de Zarumilla -Tumbes, 2017. El diseño de investigación fue no experimental, transversal; la muestra fue de 127 estudiantes, aplicando el inventario de autoestima escolar de Coopersmith y la escala de autovaloración de la ansiedad de Zung. Los resultados fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 22, mediante la prueba estadística Chi-Cuadrado. Se encontró que no existe relación significativa entre la autoestima escolar y la ansiedad en los estudiantes de tercero y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa N° 098 “El Gran Chilimasa”. Siendo el objetivo general el de determinar los niveles de autoestima escolar y de ansiedad que presentan los estudiantes, encontrando así que el 48% se ubican en un nivel medio y un 52% se ubica en un nivel bajo de la autoestima escolar. Por último, se observa que el 1.6% obtiene un nivel de ansiedad severa, el 31.5% se ubica en un nivel de ansiedad moderada y un 66.9% obtiene un nivel normal de ansiedad.

Alvarado y Borrego (2015) en Trujillo, realizaron una investigación que tuvo como objetivo hallar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la ansiedad estado - rasgo en 181 estudiantes de tercer a quinto año de secundaria de una Institución educativa de Trujillo, entre 14 y 16 años, mediante las pruebas psicológicas, “Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis” y el “Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de

Spielberger”. Se halló un nivel bajo de ansiedad estado- rasgo así como un uso frecuente de la estrategia de concentrarse en resolver el problema y preocuparse, así también se encontró correlación directa entre ansiedad estado - rasgo y reducción de la tensión, así como ansiedad estado y auto inculparse , también una correlación directa débil entre ansiedad estado y las estrategias de falta de afrontamiento, ignorar el problema y reservarlo para sí, ansiedad rasgo y falta de afrontamiento, ignorar el problema, auto inculparse y reservarlo para sí y una correlación inversa y débil , entre ansiedad estado y las estrategias de concentrarse en resolver el problema, fijarse en lo positivo y buscar apoyo espiritual , asimismo entre las escalas de ansiedad rasgo y distracción física. Concluyendo que existe relación entre algunas escalas de estrategias de afrontamiento con los tipos de ansiedad estado y rasgo.

Céspedes (2015) en Lima realizó una investigación que tuvo como objetivo hallar las propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (STAIC) de Spielberger entre 2600 niños y adolescentes de 8 y 15 años que asisten a instituciones educativas públicas y privadas correspondientes de la UGEL 1 y UGEL 7. En la prueba de validez por análisis de ítems para las dos escalas se encontró altos índices de discriminación a nivel de $p < .01$; validez externa se obtuvieron correlaciones significativas con la Escala de ansiedad de Ida Alarcón, tanto para ansiedad estado ($r=0.708$) como para ansiedad rasgo ($r=0.746$) y, con el componente de neuroticismo de la escala de Eysenck para niños se obtuvo resultados positivos tanto con la escala de ansiedad rasgo ($r=0.685$) como con la escala de ansiedad estado ($r=0.497$), para una $p < .01$ en la validez de constructo por el método de análisis factorial se obtuvo 3 factores correspondientes a cada escala; en la prueba de confiabilidad test-retest se obtuvo una “r” de 0.703 para Ansiedad Estado y 0.794 para Ansiedad rasgo; así mismo, los valores de Alfa de Cronbach son significativos 0.855 y 0.816 respectivamente y por método de mitades de Gutman se halló una confiabilidad de 0.855 y 0,839 con ambos con

una $p < .01$ Se elaboraron normas percentilares para la muestra total y, según género y edad para ambas escala de ansiedad rasgo y ansiedad estado.

Idrogo (2015) en Lima realizó una investigación que tuvo como objetivo describir y comparar los niveles de ansiedad estado y rasgo de los estudiantes de una institución educativa privada y una nacional en el distrito de la Victoria- Lima. Para ello se aplicó el cuestionario de autoevaluación Ansiedad Estado- Rasgo en Niños (STAIC) a 511 estudiantes entre 9 y 15 años, de ambos sexos que cursan el cuarto grado de primaria hasta el 3º grado de secundaria en dos instituciones educativas una privada y la otra nacional. El estudio es de tipo descriptivo comparativo con diseño no experimental transversal. Los resultados muestran que los niveles de ansiedad estado y rasgo en los estudiantes se encuentran en un rango moderado. No se encuentran diferencias significativas a nivel de institución educativa, sin embargo, si se percibe diferencias en cuanto al sexo, prevaleciendo la ansiedad rasgo y según el grado de instrucción, secundaria presenta mayor prevalencia en ansiedad estado.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Hernández et al. (2018) en México realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar de autoestima y respuestas de ansiedad desadaptativas ante determinadas situaciones. Los estudios previos desvelan efectos en el rendimiento educativo y en la convivencia, siendo esencial el papel de la escuela y la familia para la adquisición de estrategias preventivas. Método: Con la finalidad de valorar cual es el nivel de autoestima de los estudiantes a través del RSE (autoestima de Rosenberg) y analizar cómo éste influye en el nivel de ansiedad que se determinó mediante el STAI (State Trait Anxiety Inventory), se llevó a cabo en el curso académico 2015-2016 una investigación de tipo descriptivo-correlacional, en la que participaron 97 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria. Resultados: El análisis estadístico refiere que la mayor parte de la muestra (98,9%), manifiesta niveles medios y altos de autoestima. Con respecto a la ansiedad estado y rasgo, los valores se sitúan en gran medida

en un nivel medio, (55,7%) y (60,8%), respectivamente. Conclusiones: La relación entre autoestima y ansiedad, es negativa y estadísticamente significativa, observando que a una mayor autoestima los estudiantes presentan menor ansiedad estado y rasgo.

Cerón (2017) en Guatemala, realizó una investigación que tuvo como objetivo conocer los niveles de ansiedad que presentan niños de primer grado de primaria de un Colegio privado Católico de la Ciudad de San Salvador. Se pretendió analizar la incidencia del factor emocionalidad y cognitivo en la ansiedad en niños. En la presente investigación se utilizó el enfoque cuantitativo, con diseño de tipo descriptivo. Los resultados obtenidos se presentan por medio de gráficas y porcentajes. La muestra de la investigación estuvo constituida por 77 sujetos, 48 sujetos de sexo femenino y 29 sujetos de sexo masculino, en edades comprendidas entre 6 y 7 años. Se aplicó la Escala psicométrica CAS “Cuestionario de Ansiedad Infantil” de Gillis (1980). Consta de 20 ítems que miden de manera general la ansiedad; consta de dos factores, el primero definido por un componente de emocionalidad, excitabilidad, cambio de actitudes y evasión de responsabilidades; el segundo se define por retraimiento, timidez y sentimiento de dependencia. Se concluyó que los estudiantes de Primer Grado no presentan niveles altos de ansiedad que interfieran con su bienestar personal, social y educativo sino más bien es expresión de una respuesta funcional a los acontecimientos que se viven diariamente, considerándose como una respuesta que impulsa a la acción. También se determinó en la población que presentó niveles moderados de ansiedad que existe mayor incidencia del factor cognitivo manifestado en retraimiento, timidez y sentimiento de dependencia. Se recomienda continuar con la Educación Integral para los estudiantes, ya que propicia el desarrollo cognitivo, espiritual y socioemocional de la persona. Esta integralidad es lo que caracteriza la formación en la Institución Educativa. También es necesario potenciar la investigación en el área psicoeducativa ya que contribuye a tener una sólida formación y ello aplicarlo en las aulas con los estudiantes.

Ochancho y Peris (2017) en Valencia, España, realizaron un estudio cualitativo sistemático, basada en la revisión de investigaciones realizadas entre el año 2000 al 2015, reportándose que los trastornos mentales más frecuentes en la infancia y adolescencia, con una prevalencia entre el 3 y el 31%, estando asociado a dificultades académicas y sociales, a la depresión, a la tentativa autolítica y al abuso de sustancias en la edad adulta. Identificar y delimitar los trastornos de ansiedad en la infancia puede ser una tarea difícil en la consulta del pediatra, ya que, generalmente, se van a manifestar como quejas somáticas. A ello, se le añade la dificultad que presentan los niños para expresar verbalmente su malestar y sus sentimientos, por lo que es fundamental que los pediatras tengan presente la ansiedad como motivo subyacente de las quejas físicas en Atención Primaria. Los trastornos de ansiedad en los niños incluyen: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada. La psicoterapia suele ser el tratamiento de elección, requiriendo apoyo farmacológico, fundamentalmente, cuando el grado de ansiedad es moderado o severo, el impacto de la clínica en la vida social o escolar es alto, existe comorbilidad asociada o la respuesta a la psicoterapia es limitada. El diagnóstico temprano y la intervención efectiva en el tratamiento van a reducir de manera clara el impacto que dichos trastornos tienen en la esfera académica, familiar y social, así como la reducción de psicopatología en la etapa adulta.

Banda et al. (2011) en México, realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar los niveles de ansiedad rasgo/estado en pacientes pediátricos hospitalizados en dos Instituciones de Salud de Cd. Mante, Tamaulipas. Metodología descriptiva transversal y correlacional, la recolección de datos se realizó mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) exclusiva para niños; se obtuvo una confiabilidad de los instrumentos de 0.72 de alfa de Cronbach; el análisis estadístico se realizó en el paquete SPSS V.15. Resultados. La media de edad de los pacientes fue de 11.22 años, con mayor porcentaje el sexo masculino, el

motivo de ingreso más frecuente fue el quirúrgico con un promedio día estancia de tres días. En lo que se refiere a los niveles de Ansiedad-Estado (A-E) por hospital, en el IMSS el 45% de los pacientes presentaron características de A-E y en el Hospital General el 40% de los pacientes pediátricos. En los niveles de Ansiedad-Rasgo (A-R) en el IMSS poco más de la mitad de los niños hospitalizados presentaron ansiedad (55%) y en el Hospital General el 60% de los pacientes. Al analizar los ítems de A-E y A-R se identifican los más significativos en Ansiedad-Rasgo, que son la expresión de la inadecuación en el ambiente hospitalario de los pacientes pediátricos. Conclusiones. El profesional de enfermería debe valorar las respuestas observables que los agentes estresantes de la hospitalización ejercen en el paciente pediátrico, para brindar cuidado que les permita desarrollar respuestas que permitan afrontar la situación y promover la adaptación al ambiente hospitalario. La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. Es considerada como una reacción emocional y tiene que ver con el hecho de sentirse en riesgo, Spielberger, define el estado de ansiedad como las sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas de manera transitoria, es decir que la aprehensión, tensión y preocupación varían en intensidad y fluctúan en un cierto plazo del tiempo.

García et. al (2005) en España realizaron un estudio que tuvo como objetivo relacionar el grado de ansiedad estado y ansiedad rasgo con diferentes variables sociodemográficas en adolescentes de la ciudad de Madrid, esta investigación realizó un estudio descriptivo, transversal. La muestra fue localizada en dos institutos públicos de Madrid, siendo un total de 559 estudiantes a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad Rasgo estado en Niños (STAIC) y el Cuestionario de Variables (edad, sexo, inmigración, hábitos tóxicos, situación socioeconómica y familiar, relaciones personales, visión de su vida y rendimiento escolar). Entre los resultados de consideración se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre todas las variables descritas y la ansiedad estado rasgo. Así mismo, se han

encontrado índices más altos de ansiedad entre los inmigrantes, las mujeres, los consumidores de tóxicos, los alumnos que se encuentran en situación socioeconómica más precaria y quienes repiten el año de estudios. Según los autores este estudio corrobora los factores de riesgo para la ansiedad como las variables demográficas y la importancia a las relaciones interpersonales.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los niveles de Ansiedad estado / rasgo y su comparación según sexo, grado escolar y tipo de institución educativa, en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima Metropolitana – 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir los niveles de la Ansiedad estado en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, institución educativa y año escolar.
2. Describir los niveles de la Ansiedad rasgo, en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, institución educativa y año escolar.
3. Hallar las diferencias en los promedios de la Ansiedad estado y ansiedad rasgo en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, año escolar y tipo de institución educativa.
4. Hallar la relación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

La ansiedad es un estado que en dosis pequeñas se convierte en un gran impulsador de la conducta, sin embargo, cuando ésta se presenta en niveles moderados y altos, se convierte en barreras internas que inhiben el comportamiento de los individuos. En tal sentido, se justifica su investigación en escolares adolescentes en la medida de que existen pocos reportes de investigaciones en el distrito de Lima investigado por la autora.

Así mismo, se plantea que la ansiedad que presenta el ser humano oscila desde una respuesta adaptativa hasta un trastorno incapacitante. Es decir, que, bajo condiciones normales, mejoran el rendimiento y la adaptación al medio social y académico. El estado de ansiedad puede movilizar a la persona frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hace lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales e intelectuales. Cada persona, según su predisposición biológica o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de estos síntomas se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad como fobias y temores (Aguilera y Whetsell, 2007, p. 210).

Manifestaban García y Maturana. (2017) que muchas veces se plantea un dilema para distinguir la angustia normal de la patológica, dado que muchas angustias o ansiedades son comunes y pueden jugar un rol adaptativo en el ser humano. Se puede decir que un adolescente con una angustia normal tiene la capacidad de recuperarse de ella y de permanecer libre de ansiedad cuando no está presente la situación. La angustia, en general, es patológica cuando existe incapacidad para recuperarse rápidamente cuando el estímulo desaparece, afectando el

funcionamiento de áreas de su desarrollo, manifestando preocupación relacionada con situaciones parecidas y poca flexibilidad de la respuesta afectiva.

1.4.2. Justificación práctica

La prevalencia de la ansiedad como un problema en la población educativa de las instituciones educativas estatales del distrito de Comas que afecta su rendimiento académico y afecta su normal desarrollo de la etapa tan difícil como es la adolescencia. Así mismo, no existe un estudio de evaluación de la ansiedad en escolares en instituciones educativas nacionales del distrito de Comas. La incidencia de bajo rendimiento escolar y la poca participación de los escolares reportado por los profesores y por la oficina académica de las instituciones educativas investigadas.

1.4.3. Justificación metodológica

Establecer un perfil de los niveles de ansiedad en la población educativa del nivel secundario a través de una investigación empírica bajo un enfoque de tipo cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional comparativo con datos obtenidos a través de la escala de ansiedad STAI previamente establecido su nivel de fiabilidad en la muestra investigada.

1.5. Hipótesis

1.5.2. Hipótesis general

· Existe porcentajes altos en los niveles bajos y moderado de Ansiedad estado / rasgo y hay diferencias según sexo, grado escolar y tipo de institución educativa, en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima Metropolitana – 2019.

1.5.2. Hipótesis específicas

1. Existe porcentajes altos en los niveles moderados de la Ansiedad estado en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, institución educativa y año escolar.
2. Existe porcentajes altos en los niveles moderados de la Ansiedad rasgo, en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, institución educativa y año escolar.
3. Existe diferencias en los promedios de la Ansiedad estado y ansiedad rasgo en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, año escolar y tipo de institución educativa.
4. Existe relación significativa entre ansiedad estado y ansiedad rasgo en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Ansiedad

2.1.1. Ansiedad y desarrollo evolutivo (niñez y adolescencia)

2.1.1.1. Niñez. Los estudios sobre el desarrollo del ser humano se extienden ahora desde antes del nacimiento hasta la muerte, por lo que se le denomina el desarrollo del ciclo vital. Es de nuestro interés el periodo de la niñez que suele subdividirse para estudiarlo mejor en la infancia, los 3 primeros años donde ya se han establecido o están en proceso de establecer las formas de apego hacia las figuras que los cuidan; luego está la niñez temprana y niñez intermedia a la que le sigue la llamada adolescencia iniciada con la adolescencia inicial o temprana que es mayormente caracterizada por la pubertad (Papalia et al., 2001).

En la niñez temprana, de 3 a 6 años, los niños aumentan estatura, ya hablan casi todo y con adecuada articulación, que les permite ser entendidos por las personas de su entorno; mejoran en sus habilidades para correr, saltar y lanzar objetos, la mayoría se viste y comen solos, así como van al baño por su propia iniciativa. Están atendiendo a educación inicial y reciben fundamentalmente aprestamiento para lectura, escritura y matemáticas. (Papalia et al., 2001).

En la niñez intermedia, de los 6 a los 11 años, en esta etapa el aumento de estatura y peso disminuye, han ampliado su mundo familiar y establecen y participan en relaciones sociales sobre todo por medio de actividades físicas, inician de manera más clara sus procesos de identificación de género, en las edades finales se separan en grupos, algunos estarán más dedicados al juego e interacción social y otros a los deberes escolares, es claro su desarrollo cognitivo que les permite comprenderse cada vez más y comprender a los demás para ajustar su conducta. El desarrollo de su autoconcepto, su interacción social y desarrollo emocional estará relacionado con el tipo de apego establecido con las figuras parentales o quienes los cuidan. (Papalia et al., 2001).

La Organización Panamericana de la Salud (2006) desglosa por grupo de edad de 10 a 14 años niños, de 10 a 19 adolescentes y de 15 a 24 jóvenes.

2.1.1.2. Adolescencia. La adolescencia, de los 12 a los 19 o 20 años, es periodo que en el pasado no era reconocido, en la actualidad es de particular importancia. Inicialmente se presentan los cambios biológicos de la pubertad que impactan en todas las áreas del desarrollo, desde el cognitivo hasta el socioemocional. En esta etapa son claros los efectos del tipo de apego establecido en la niñez. En las diversas culturas, el paso de la niñez al futuro periodo de la adultez joven, era precedido de diversos rituales, uno de esos rituales en nuestra sociedad actual está representado por la fiesta de los 15 años en las adolescentes mujeres (Shaffer, 2000).

La adolescencia en el mundo moderno es considerada como un periodo de la vida en que el individuo se transforma de niño en adulto, lo que ocurre entre los 10 y los 20 años, en la que se producen diversos cambios biológicos, cognitivos, emocionales y sociales (Morris y Maisto, 2009).

La adolescencia para Zamorano (2000) es el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante la cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico, psíquico y social.

Según Cía (2002) los miedos constituyen una emoción en el desarrollo normal entre los adolescentes y jóvenes, sin embargo, si estos persisten pueden interferir con el funcionamiento cotidiano dando origen a un distrés significativo y generar como entidades psicopatológicas definidas a los Trastornos de Ansiedad (TA). Actualmente existe un amplio consenso acerca de que los TA son los trastornos psiquiátricos más comunes en este período vital.

Referenciaba Havighurst (1972, citado por Papalia et al., 2001) ocho tareas del desarrollo que deben emprender los adolescentes:

1. *Nuevas y más maduras relaciones con compañeros de su edad y de ambos sexos,*

La aprobación de los miembros del grupo es muy importante para el adolescente.

2. *Alcanzar un rol social de acuerdo con el género que desarrolle.* La definición de los roles de acuerdo con sus propias inclinaciones y las expectativas sociales son importantes. Nuestra cultura tiene diferentes expectativas que en la actualidad están cambiando profunda y rápidamente.

3. *Aceptación de la propia estructura física y usar el cuerpo efectivamente.* Nuevamente la pubertad sienta las bases biológicas para pasar a un cuerpo adulto. En que el adolescente logre una estructura física de acuerdo con sus deseos o estereotipos influenciará en su desarrollo.

4. *Independencia emocional de padres y otros adultos.* Se suele lograr internalizando algunos de los valores y actitudes de sus padres y entorno social, pero a su vez desarrollando nuevas formas de pensar de acuerdo con su generación que enfrenta diferentes experiencias.

5. *Preparación para la vida familiar.* A pesar de que la mayoría de adolescente en el futuro se casarán y tendrán hijos, los adolescentes lo perciben como una lejana opción futura. La preparación se da principalmente en el hogar y generalmente las mujeres son mejor preparadas para ello.

6. *Elección de una ocupación y entrenarse para desempeñarla.* La adultez generalmente se logra cuando la persona es capaz de sostenerse a sí mismo. Esta tarea cada vez es más difícil para los adolescentes porque en el presente se requiere cada vez más años de educación para desempeñar un trabajo.

7. *Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de la conducta.* El desarrollo del pensamiento abstracto permite el desarrollo de principios de creencias y valores como parte de una visión del mundo que ellos puedan considerar en términos de nuevos principios.

8. Deseo y logro de una conducta socialmente responsable. Los adolescentes dejan de ver el mundo a través de su familia y con sus nuevos roles sociales definen el lugar que ocupen en el mundo social y laboral.

Para la Organización Panamericana de la Salud. (2002) los adolescentes son vulnerables con frecuencia a todo tipo de estresores del ambiente que provocan inestabilidad emocional. Pero, así como existen en el ambiente factores que aumentan la posibilidad de que el adolescente se involucre en problemas también hay factores que los protegen de las influencias adversas.

En la actualidad existen pruebas de las consecuencias a largo plazo de los trastornos de la niñez y adolescencia y su continuidad en trastornos psiquiátricos en la edad adulta (Federación Mundial de Salud Mental, 2006).

La ansiedad y la depresión son dos problemas comunes durante la infancia y la adolescencia (García-Fernández et al., 2008; Zolog et al., 2011).

Las categorías utilizadas para el estudio de las respuestas de ansiedad en el adulto no resultan adecuadas cuando se aplican a los niños, dado que ellos experimentan eventos vitales propios de su desarrollo y crecimiento donde la presencia de ansiedad puede ser normal a cierta edad y llegar a ser incapacitante pocos años después transformándose en trastornos de ansiedad como fobias (Timmerman, 1983).

Según Taboada et al. (1998) el síntoma ansiedad forma parte de un gran número de cuadros clínicos en la infancia, lo que dificulta la realización de un estudio sistemático de la misma.

Para Ochando (2008) la ansiedad es un fenómeno normal defensivo ante situaciones que implican riesgo, peligro o compromiso, y ayuda a alertar al individuo frente a posibles peligros. Por ello, debe distinguirse entre la angustia normal y la patológica, teniendo en cuenta

la edad del niño y su nivel madurativo, ya que muchas reacciones que en el adulto implicarían un determinado diagnóstico, en el niño son expresiones de su etapa evolutiva.

Afirman Martínez-Monteagudo et al. (2013) que con frecuencia muchos niños vivencian miedos y ansiedades, sin embargo, estos no pueden categorizarse como Trastornos de Ansiedad, pues forman parte de la etapa evolutiva en la que se encuentran y como tal se consideran normales ya que favorece la activación de los sistemas de alerta del organismo permitiendo adaptarse a nuevas situaciones. Estos son de baja intensidad y no repercute en su desarrollo del niño.

Manifestaba Cerón (2017) que

lo que se considera como normal en una etapa evolutiva puede considerarse una conducta desadaptativa en otra etapa evolutiva. En la infancia intermedia es común que los niños manifiesten miedo a acontecimientos misteriosos, daños corporales, rechazo parental, a su rendimiento en general, así como la relación con los iguales ya que en esta etapa cobra mayor importancia el referente de los compañeros y amigos/as. En este sentido los temores propios de cada etapa evolutiva lejos de considerarse prejuiciosos se consideran como parte del desarrollo de la persona. Sin embargo, cuando estos temores no se afrontan o no son superados en la etapa correspondiente tiende a convertirse en manifestaciones de ansiedad en los niños. (p.23)

2.1.2. Definiciones

Taboada et al. (1998) la palabra ansiedad proviene del latín *angere*, que significa estrechar, y se refiere a un malestar físico intenso que se manifiesta principalmente por una respiración anhelante.

Vallejo-Nájera (Citado por Céspedes, 2015) afirmaba que, de acuerdo con sus raíces lingüísticas,

la ansiedad y la angustia, y su uso idiomático tienen un mismo significado, donde la ansiedad se deriva del latín “anxietas”, que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, mientras que la angustia procede del latín “angustia”, “angor”, que incluye significados como angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo (p. 27)

Para Spielberger (1973) define al estado de ansiedad como las sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas de manera transitoria, es decir, que la aprehensión, tensión y preocupación varían en intensidad y fluctúan en un cierto plazo de tiempo. La ansiedad es característica de la sociedad actual, y existen importantes indicios de que la ansiedad elevada es un problema para muchos niños y adolescentes, repercutiendo en su desarrollo psicológico y social.

Así mismo, Spielberger (1973) define la ansiedad como una condición emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, generando la activación del sistema nervioso autónomo.

La ansiedad entendida como un rasgo de la personalidad, por lo que cada persona la vivencia de una manera u otra en situaciones similares o diferentes (Endler, 1975).

Lazarus (1976) define a la ansiedad como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

La ansiedad se puede entender como una necesidad necesaria para los individuos o bien como una manifestación desadaptativa cuando se manifiesta en ansiedad patológica, la cual es más frecuente, intensa y persistente que la ansiedad normal (Spielberger y cols., 1984 citado por López 2015).

Define Beck et al. (1985) que la ansiedad como un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo y con

síntomas fisiológicos como palpitaciones cardiacas, temblor, náuseas, vértigo” “es un proceso que puede tomar la forma de un pensamiento automático o imagen que aparece rápidamente, como un reflejo, después de un estímulo inicial por ejemplo: respiración entrecortada, aparentemente creíble y seguida por una ola de ansiedad.

Videl y Tobal (1990) la ansiedad es una respuesta emocional, donde engloba aspectos cognitivos displacenteros, tensión y aprensión; manifestaciones fisiológicas, caracterizado por un alto grado de activación de sistema nervioso autónomo y motora, donde suelen implicar comportamientos desadaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser desencadenada tanto por estímulos externos como por estímulos internos al sujeto, conocidas también como respuestas anticipatorias, tales como el pensamiento, imágenes, ideas, entre otros; donde es percibido por el sujeto como un peligro o amenazas.

La ansiedad como la respuesta del organismo ante un estímulo determinado, la cual desencadena una reacción que activa el sistema nervioso (Bobes,2001).

La ansiedad es el estado de ánimo caracterizado por un intenso estado emocional negativo y síntomas somáticos de tensión por lo que los niños, de manera aprehensiva, creen que les pasarán infortunios o que hay peligro (Barlow y Durand, 2001).

Para Bobes (2002 citado por Montealegre 2017) la ansiedad es una anticipación de un daño o desgracia futura, interna o externa, que se acompaña de un sentimiento desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

En la ansiedad, se da una combinación tanto de síntomas cognitivos como fisiológicos, los cuales se manifiestan en una continua reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, pero no siempre es buscado de la mejor manera (Sierra et al., 2003).

Cuenca et al. (2004) manifiesta que la ansiedad es una sensación difusa, una señal que anticipa el peligro y que surge cuando no somos capaces de comprender la realidad que vivimos. La ansiedad como una característica de las crisis de angustia se diferencia de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente y su característica de gran intensidad, donde a su vez la crisis de angustia puede aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad, por ejemplo, trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo.

Según su sintomatología y el período de duración, la ansiedad puede ser normal o patológica, y la diferencia básica radica en que esta última se basa en una valoración irreal de la amenaza, una manifestación más frecuente, intensa y persistente (Virues, 2005).

La ansiedad es una respuesta fóbica ante un estímulo determinado, sea un objeto o una situación específica (Bertoglia, 2005)

Para Jarne et al. (2006, p. 119) la ansiedad es “un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto”.

Señalaba Bertoglia (2008, p. 14) que la ansiedad “es un estado de temor que experimenta subjetivamente el niño frente a una situación que percibe como peligrosa o amenazadora a su autoestima”.

Manifestaban Cárdenas et al. (2010) la ansiedad es una emoción universal que forma parte del abanico de emociones del ser humano, es parte de los mecanismos básicos los cuales la persona activa para su supervivencia, en este sentido se convierte en un recurso necesario para conservar su seguridad.

Para Cano (2011) la ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones amenazantes, ambiguas, o de un resultado incierto, y nos dispone para actuar ante ellas o un hecho futuro, activando un triple nivel: mente, cuerpo, y conducta.

Afirmaba Riso (2011) que la ansiedad es miedo anticipado y se esquematiza bajo dos contenidos, la percepción de la amenaza y el sentimiento de incapacidad.

Indican Clark y Beck (2012, p. 23) que la ansiedad puede asociarse con el miedo “El miedo es una valoración automática de un peligro inminente”, “La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo” (p. 23)

Según Ochando (2008) y Ochando y Peris (2012) la ansiedad patológica consiste en una reacción ante un estímulo percibido como amenazante, que consiste en la aparición de una sensación de malestar intenso, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión, miedo a volverse loco, a morir o a realizar un acto incontrolable. Las respuestas de ansiedad incluyen: síntomas neurovegetativos (inquietud psicomotriz, desasosiego, taquicardia, taquipnea, sudoración, aumento de la transpiración, piloerección...), cognitivos, somáticos y, a largo plazo, daños en el desarrollo de la autoestima, del funcionamiento interpersonal y en la adaptación social.

Manifestaba Barreto (2015) que la ansiedad es un estado emocional normal ante determinadas situaciones cotidianas estresantes, y se convierte en patológica cuando se torna amenazante, provocando un malestar con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, la mayoría de las veces muy inespecíficos, alterando los órganos del cuerpo a nivel físicas, acelerando las pulsaciones, la sudoración, entre otros, las alteraciones psicológicas o mentales que afectan el pensamiento y las conductuales que afectan a la autoestima, la autoeficacia y la seguridad personal. También pueden producirse síntomas de ansiedad debido a enfermedades médicas.

Referían Baeza et al., 2008, que la ansiedad es un sistema de alerta fisiológica, en tal sentido, advierte, activa y lo prepara para la acción cuando se está en situaciones de riesgo sea cierto o probable, en este sentido la ansiedad se puede considerar como una emoción protectora de la seguridad del ser humano, lo que ha permitido que prevalezca en la evolución de la

especie. En relación con la naturaleza de las amenazas, la ansiedad como reacción prepara para enfrentar el posible problema buscando apoyo, elementos de seguridad y protección, dotarse de herramientas o conocimientos que permitan enfrentar los riesgos o huir de las situaciones del posible peligro, evitando las situaciones aversivas o temidas (Cerón, 2017, p. 22)

2.1.3. Características generales de ansiedad

Especifican Mata y Mena (Citado por Barreto, 2015. p.13), que la ansiedad:

- a. No es una enfermedad en el sentido médico, su etiopatogenia es fundamentalmente psicológica, excepto en la crisis de angustia y en los trastornos obsesivos.
- b. Su naturaleza es dimensional, es un factor de la personalidad que varía cuantitativamente.
- c. La clínica es cuantitativa, los síntomas pueden aparecer en cualquier sujeto normal, si se intensifican o se estructuran es cuando pueden considerarse patológicos.
- d. El pronóstico es variable y depende de variables personales, sociales y terapéuticas.
- e. El tratamiento es principalmente psicológico excepto en las crisis de angustia y el trastorno obsesivo (p. 13)

2.1.4. Componentes que intervienen en la respuesta de ansiedad.

Baeza (Citado por Sum, 2015, p.16) señalaba que la aparición y mantenimiento de la ansiedad como trastorno influye en grandes grupos de factores, los cuales se dan a conocer de la siguiente manera:

2.1.4.1. Factores predisposiciones. Se refiere a las variables biológicas hereditarias o no y constitucionales, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad.

2.1.4.2. Factores activadores. Son las situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha.

2.1.4.3. Factores de mantenimiento. Este grupo de factores afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente; una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse (p. 16)

2.1.5. Etiología de la ansiedad

Para Pinel (citado por Sum, 2015) los trastornos de ansiedad suelen desencadenarse a raíz de acontecimientos estresantes identificables, y suelen centrarse en determinados objetos o situaciones. Indica que existen tres causas fundamentales que generan estrés las cuales son: a) Causas biológicas: menciona que el factor hereditario juega un papel mínimo en el desarrollo de la ansiedad. b) Causas psicosociales: Se relaciona a un crecimiento personal bloqueado y a un aprendizaje distorsionado. Y c) Causas socioculturales: cada persona afronta circunstancias de cualquier índole que se le presentan a su manera, y es el ambiente social que influye en la manifestación de la ansiedad y la forma en que la persona se ha desarrollado (p. 17).

2.1.6. Epidemiología de la ansiedad

Los estudios epidemiológicos indican que la ansiedad y los miedos escolares son relativamente frecuentes y pueden afectar hasta el 18% de los niños entre 3 y 14 años (Bados, 2005; Granell de Aldaz et al., 1984; Valiente et al., 2003).

Multitud de estudios han hallado correlaciones significativas entre ansiedad escolar y ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión, estableciendo una estrecha relación entre estos

constructos (Bernstein y Garfinkel, 1992; García-Fernández, 1997; McShane et al., 2001; Prabuswamy et al., 2007).

Para Kendall y Brady (1995), el 33% de los chicos con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad presentaban también un diagnóstico de trastorno depresivo como diagnóstico secundario, mientras que el 36% de niños con diagnóstico principal de depresión reunían también las condiciones para un diagnóstico de trastorno de ansiedad. Por tanto, se concluye que, al enfrentarnos a un trastorno de ansiedad, la probabilidad de que el niño o adolescente tenga también algún trastorno depresivo es alta.

Se encontró que la comorbilidad entre ansiedad y depresión se produce en mayor medida entre los adolescentes, de tal forma que entre el 25 y 50% de los jóvenes con depresión muestra sintomatología ansiosa, mientras que entre el 10 y 15% de los jóvenes con ansiedad presentan sintomatología depresiva, lo que indica la progresión del de comorbilidad de la infancia a la adolescencia (Además y Alansari, 2005 citado por Axelson y Birmaher, 2001).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica oscila entre un 3% y un 21%, siendo frecuente la coocurrencia de varios trastornos ansiosos en el mismo paciente y/o la comorbilidad con otros procesos psiquiátricos. (Ochando 2008; Ochando y Peris 2012).

Ochancho y Peris (2017, p. 40) planteaban que “las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad varían considerablemente de unos trabajos a otros en función del diseño del estudio epidemiológico, de los criterios diagnósticos empleados y de la fuente de información empleada en el estudio”.

La ansiedad y los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, muy por encima de los trastornos de conducta y de la depresión. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de dichos trastornos oscila entre un 3% y un 21% (Ochando 2008; Ochando y Peris 2012; Ruiz y Lago, 2005).

Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia están asociados a dificultades académicas y sociales, a la depresión, a la tentativa autolítica y al abuso de sustancias en la edad adulta (Ballesteros y Sarmiento 2013).

Por otra parte, Ochancho y Peris (2017) es frecuente la coocurrencia de varios trastornos de ansiedad en un mismo paciente. Un 33% de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad cumplen criterios para dos o más trastornos de ansiedad.

Si a esta prevalencia elevada le añadimos las consecuencias nocivas que conlleva la ansiedad para la vida del sujeto, conocer los factores que facilitan su aparición o están relacionados con su etiología es de gran utilidad, no solo para detectar los sujetos de riesgo, sino para desarrollar estrategias de intervención y prevención eficaces (Taboada et al., 1998; Ochando y Peris, 2012; Ruiz y Lago, 2005).

Serfaty et al. (2001) referían que también la Epidemiological Catchment Area (ECA), en la población general, encontró una prevalencia del 7.7% en un mes, de trastornos de ansiedad, en edades de 18 a 24 años. El 26.6% de trastornos de ansiedad de un grupo particular de adolescentes entre 10 y 21 que concurrieron al Consejo Nacional del Menor y la Familia por razones familiares, de conducta o sociales.

2.1.7. Etiopatogenia

La etiología de los trastornos de ansiedad es multifactorial, estando implicados en su desarrollo factores de riesgo genéticos, ambientales, temperamentales, familiares y sociales (Ochando, 2008; Ochando y Peris, 2012).

El estudio de la etiopatogenia y fisiopatología de los trastornos de ansiedad confirma la observación clínica de que estas alteraciones no constituyen un fenómeno unitario, sino que están implicados múltiples factores y mecanismos que actúan como factores predisponentes o de riesgo, factores desencadenantes y/o mantenedores en personalidades predispuestas por su vulnerabilidad (Taboada et al., 1998; Ochando y Peris, 2012).

Ochando (2008) y Galiano et al. (2016) plantean que los factores etiopatogénicos son:

2.1.7.1. Factores constitucionales o genéticos. Determinados trastornos de ansiedad presentan una agrupación familiar, aunque no se ha podido establecer si la transmisión es genética o ambiental. La presencia de psicopatología en los padres pone al niño ante múltiples condiciones de riesgo ambiental, además del posible riesgo genético de la misma.

2.1.7.2. Rasgos temperamentales del niño. Los niños con inhibición comportamental, tímidos y con tendencia al retraimiento en la primera infancia, presentan más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad en etapas posteriores del desarrollo.

2.1.7.3. Estilos de crianza parental. La sobreprotección excesiva, así como los estilos educativos excesivamente punitivos y la transmisión de miedos específicos por parte de los padres pueden contribuir a la génesis de dichos trastornos.

2.1.7.4. Los acontecimientos vitales estresantes o “*life events*” (conflictividad familiar, escolar o social, situaciones traumáticas, pérdidas o duelo de un ser querido, cambio de colegio o domicilio) pueden actuar como factores desencadenantes o mantenedores.

2.1.7.5. Familias disfuncionales con condiciones desfavorables de salud, (trastornos neuróticos, enfermedades crónicas no compensadas), niveles altos de violencia y escasa capacidad para resolver problemas.

2.1.7.6. Situación social desfavorable (nivel socioeconómico bajo, adversidad económica, condiciones de vida desfavorables) pueden generar una sensación de inseguridad crónica que colabore en la génesis de un trastorno de ansiedad.

2.1.8. Clasificaciones de los trastornos de ansiedad

La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades; OMS) clasifica los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia (ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad entre hermanos) y los propios de los adultos en distintos apartados (Ochando, 2008; Ochando y Peris, 2012; López-Ibor, 1992).

La Clasificación DSM-5 (Diagnóstico and Statistical Classification of Diseases; APA) incluye siete trastornos de ansiedad en niños (el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada) (American Psychiatric Association, 2013).

Dicho manual excluye: el trastorno obsesivo-compulsivo, las reacciones a estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático, que estaban incluidos en los trastornos de ansiedad en el anterior manual DSM-IV (American Psychiatric Association, 2013; López-Ibor, 1995).

2.1.9. Presentaciones clínicas

Los trastornos de ansiedad en la infancia incluyen: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada (American Psychiatric Association, 2013).

Cuando la ansiedad es intensa se vivencia como miedo, que es considerado como una reacción de alarma frente al peligro o supuesto peligro actual por lo que el niño o adolescente trata de huir o escapar. Cuando no hay algo concreto como causa del miedo se le denomina ataque de pánico. Cuando la extrema ansiedad está limitada a ciertos temas se les llama fobias específicas y cuando la ansiedad está determinada a ciertos contextos sociales se les llama fobias sociales (Davison y Neale, 2000).

2.1.10. Niveles y sistemas de presentación de la ansiedad

La ansiedad y el miedo tienen tres referentes comunes en la literatura científica: los síntomas, los síndromes o trastornos y las entidades nosológicas (Silverman y Ollendick, 2005).

Para Lang (1968) la respuesta de miedo y ansiedad mediante tres sistemas (cognitivo, fisiológico y motor) e indicó que ninguno de estos sistemas de respuesta es considerado prioritario respecto a la respuesta compleja de miedo y ansiedad.

Así, cada sistema de respuesta es considerado independiente y potencialmente relevante para medir y evaluar las respuestas de miedo y ansiedad.

Proponen Sandín et al. (1998) que la ansiedad no es un fenómeno unitario, sino que tiene manifestaciones con al menos tres sistemas de respuesta, el subjetivo cognitivo, la cual incluye la experiencia individual de cada sujeto y su respuesta está sujeta a las experiencias únicas de cada persona. El segundo sistema de respuesta que exponen es el fisiológico somático, el cual está compuesto por las manifestaciones biológicas involuntarias del organismo, como la sudoración excesiva y el aumento del ritmo cardiaco y la agudización de algunos sentidos. La percepción individual de estos cambios son los que dictan la forma de cómo cada sujeto percibe la ansiedad. La otra forma que se propone es la manifestación motora conductual, la cual evidencia la dirección visible de la respuesta del individuo por los movimientos corporales que este evidencia o su conducta de huida o lucha.

Que hay una carga genética relevante en algunas de las manifestaciones de trastornos de ansiedad, exceptuando en algunos puntos el trastorno de ansiedad generalizada, y así el componente hereditario podría tener una influencia relevante en el diagnóstico de trastornos de ansiedad. (Sandín, 1998)

Propuso Zinbarg (1998) un modelo jerárquico en el que la ansiedad y el miedo son conceptualizados como constructos de orden superior que tienen efectos parcialmente distintos sobre los tres sistemas de respuesta de orden inferior (cognitivo, fisiológico y motor).

Para Barlow (2002) los síntomas de ansiedad incluyen preocupación o pensamientos de peligro o amenaza futuros (respuesta cognitiva), evitación (respuesta motora) y tensión muscular (respuesta fisiológica), mientras que los síntomas de miedo incluyen pensamientos de peligro inminente (respuesta cognitiva), escape (respuesta motora) y una fuerte activación fisiológica que resulta en síntomas físicos como sudoración, temblor, palpitations y náuseas (respuesta fisiológica).

Según Barlow (2002) los síntomas de ansiedad incluyen preocupación o pensamientos de peligro o amenaza futuros (respuesta cognitiva), evitación (respuesta motora) y tensión muscular (respuesta fisiológica), mientras que los síntomas de miedo incluyen pensamientos de peligro inminente (respuesta cognitiva), escape (respuesta motora) y una fuerte activación fisiológica que resulta en síntomas físicos como sudoración, temblor, palpitaciones y náuseas (respuesta fisiológica).

Según Craske et al. (2009) a partir de esta clasificación los síntomas de miedo y la ansiedad se ubican en distintos puntos de un continuo de respuesta, los cuales divergen y convergen en distintos grados o niveles.

Que se da de acuerdo con las condiciones pre disposicionales de los sujetos, la manera como han aprendido a enfrentar el mundo, incluyendo los conceptos bioquímicos y neurológicos que posean, y además las características filogenéticas evidencian factores hereditarios que pueden ser considerables a la hora de definir el grado de ansiedad que manifiesten algunos sujetos (Belloch et al., 2009).

Clark y Beck (2012) describen cuatro niveles en que se presenta la ansiedad:

2.1.10.1. Fisiológicos. Aumento del ritmo cardiaco; respiración entrecortada o acelerada; dolor o presión en el pecho; sensación de asfixia; aturdimiento, mareo; sudores, sofocos y escalofríos; náuseas, dolor de estómago y diarrea; temblores; adormecimiento en brazos y piernas; debilidad; rigidez; sequedad en la boca.

2.1.10.2. Cognitivos. Miedo a perder el control; miedo al daño físico o a la muerte; miedo a enloquecer; miedo a la evaluación negativa de los demás; pensamientos o recuerdos atemorizantes; percepciones irreales; distracción; hipervigilancia hacia la amenaza; poca memoria; pérdida de la objetividad.

2.1.10.3. Conductuales. Evitación de las situaciones de amenaza; huida; obtención de seguridad; inquietud y agitación; hiperventilación; quedarse paralizado; dificultad para hablar.

2.1.10.4. Afectivos. Nerviosismo; temor; inquietud; frustración, impaciencia

Baeza et al. (2008) en lo referente a la sintomatología de ansiedad consideran que estos son múltiples tanto en su vivencia como en su manifestación; esto depende de varios factores tales como la etapa evolutiva, la predisposición biológica y/o psicológica, la vulnerabilidad de la persona, los recursos de afrontamiento con que cuenta y la intensidad de la ansiedad. Consideran cinco aspectos a tomarse en cuenta:

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

B. Psicológicos. Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones.

C. Conductuales. Estado de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda.

D. Cognitivos. Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiaciones, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

E. Sociales. irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en algunos casos, verborrea en otros bloquearse o quedarse en silencio a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

Hace referencia Mardomingo (1994) que la sintomatología presentada en el trastorno de ansiedad y expone que la intensidad y frecuencia de los síntomas son desproporcionadas al grado de obstaculizar el desempeño de la persona. Experimenta una sensación aguda de temor, preocupación excesiva con respecto a acontecimientos fatales que pudieran suceder, temor exagerado sobre la seguridad de los seres queridos ya que piensa constantemente que algo malo pudiera pasarle, dudas recurrentes respecto si ha hecho algo bien o mal lo que refleja sentimientos marcados de inseguridad. En este sentido clasifica la sintomatología en síntomas motrices y síntomas somáticos. Los primeros hacen referencia a la manifestación de inquietud, desasosiego, dificultad para permanecer sentado, en algunos casos inhibición motriz, llanto, trastornos del sueño. En lo referente a los síntomas somáticos afectan a todos los órganos y sistemas tales como el sistema cardiovascular, respiratorio, digestivo, piel, endocrino y neurovegetativo.

La teoría de los tres sistemas de respuesta propuesta por Lang (1968) se ha convertido, con el paso de los años, en una de las corrientes más populares de la evaluación del miedo y la ansiedad (Lawyer y Smitherman, 2004).

2.1.11. Ansiedad normal – ansiedad anormal

Considera Rodríguez-Sacristán (1995) que la ansiedad es un estado emocional de tensión, puede ser positivo o negativo en su origen, manifestación y consecuencia. En tal sentido es positivo cuando al ser superado por el niño adquiere mayor seguridad en sí mismo y se adapta al medio en situaciones difíciles. Por su parte, la ansiedad patológica es un estado emocional en la cual existe una desproporción entre la situación vivenciada (generador de

ansiedad) y la respuesta emotiva. El niño experimenta sensaciones de inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad que no son atribuible a circunstancias reales. Todo ello afecta en su desarrollo personal, familiar y educativo.

Clark y Beck (2012) diferencian la ansiedad normal de la ansiedad anormal:

2.1.11.1. Ansiedad normal. Evitación atencional de los estímulos que representan una amenaza baja; (Comprensión de las propias estrategias de afrontamiento; Pocos pensamientos o recuerdo de imágenes de amenaza; Preocupación más controlada y orientada hacia el problema, encontrando soluciones con mayor facilidad.

2.1.11.2. Ansiedad anormal. Se intensifica la evaluación negativa de sus propios recursos de afrontamiento, además del estado de vulnerabilidad; Se ve bloqueado el tipo de pensamiento racional y reflexivo, impidiendo ver soluciones al problema; Menos control de la preocupación ya que está centrada en la amenaza.

Manifestaban Reyes y Ayuso (2012) que la ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

Refería Cerón (2017, p. 22) que

la ansiedad es beneficiosa y útil para la supervivencia. Sin embargo, no todos los estados emocionales de ansiedad son saludables, este mecanismo que ayuda a enfrentar situaciones se ve alterado provocando una respuesta desadaptativa que interfiere en el desenvolvimiento de la persona, generando una dificultad para el desenvolvimiento de la persona. Los conceptos de estrés, miedo, ansiedad, angustia en muchas ocasiones

tienden a utilizarse con el mismo significado, por supuesto que tienen relación entre sí, pero presentan sus propias variaciones conceptuales al respecto, sin dejar de lado sus propias manifestaciones, por lo cual no se recomienda utilizarlos sin distinción (p. 22).

Consideran Morris y Maisto (2002) que en el trastorno de ansiedad la persona no sabe por qué tiene miedo o la ansiedad es inapropiada a las circunstancias, presentadas a la personas, existiendo una exacerbación.

La ansiedad tiene como principal función, facilitar la detección y el procesamiento temprano de las señales de peligro, con el fin de movilizar rápidamente las respuestas de evitación antes de que lo conlleve al peligro real, Eysenck (1992).

Según Wade y Tavris (2003) la ansiedad se puede presentar cualquier persona que esté esperando noticias importantes o esté viviendo en una situación incontrolable o imprescindible, generara en esta algo de ansiedad; la cual viene a ser un estado general de aprensión y tensión psicológica, ante una situación peligrosa o desconocida. Estas emociones pueden ser adaptables porque nos ayudan a enfrentarnos al peligro; sin embargo, en algunos individuos el miedo y la ansiedad aparecen ante cualquier situación o esas sensaciones continúan incluso cuando el peligro ha pasado, a la cual pueden estar padeciendo de ansiedad crónica, en la que se caracteriza por una sensación duradera de aprensión y miedo.

2.1.12. Ansiedad rasgo – ansiedad estado

Aponte (citado por Barreto, 2015, p.33) refería que

es necesario diferenciar la ansiedad-estado de la ansiedad - rasgo. La ansiedad - estado como aquella condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, que conllevan a un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, como sudoraciones, palpitaciones, agitación, náuseas, salivación excesiva, escalofríos,

entre otros. La ansiedad - rasgo en cambio, se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas o en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad - estado donde las manifestaciones se hacen más intensas y persistentes y estas manifestaciones conllevan a creencias irracionales (p. 33).

Manifestaban Banda et al. (2011) que

la ansiedad tiene dos formas de ser medida, la primera es la ansiedad-rasgo, que se define como la disposición o característica de respuesta que posee el niño ante el estímulo ansioso, que depende en gran medida de las diferencias individuales relativamente estables entre los niños, es la tendencia a corresponder a la situación de hospitalización con elevaciones de intensidad en la ansiedad. La segunda es la ansiedad-estado, que se define como la intensidad o estado emocional transitorio del organismo infantil como respuesta ante el estímulo de la hospitalización, que se caracteriza por presentar sentimientos de tensión, debido a un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Estos estados de ansiedad se expresan en términos de conductas ansiosas como: intranquilidad y cambios en su conducta habitual, además de sentimientos de inadecuación, así como rebeldía ante los familiares más cercanos (p. 314).

Spielberger (1966, 1985) el investigador que, partiendo de los trabajos de Cattell (1966) destacó la necesidad de distinguir entre la ansiedad como un rasgo de personalidad relativamente estable (ansiedad-rasgo) y como un estado emocional transitorio (ansiedad-estado).

Para Arcas y Cano (2006) la ansiedad ha sido estudiada como rasgo de personalidad y como una respuesta emocional. La ansiedad rasgo (A Rasgo) se entiende como una

predisposición a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto, una tendencia a responder, con frecuencia, con fuertes estados de Ansiedad. En cambio, la ansiedad estado (A-Estado) es un concepto que se refiere a una situación en un momento dado siendo fluctuante y transitoria, caracterizada por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor, y a una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo.

2.1.12.1. Ansiedad Estado (STAI-S). La ansiedad estado se caracteriza por sentimientos subjetivos, que logran ser percibidos de manera consciente como tensión y aprehensión, además, del aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (presión arterial, sudoración, aumento de la temperatura, ritmo cardíaco, etc.) (Spielberger, 1966).

La ansiedad estado, se refiere a un estado transitorio de ansiedad y que es fluctuante en el tiempo, es decir, que el sujeto puede percibirse a sí mismo ansioso o no ansioso en un momento o situación determinada, en la cual, tal situación es interpretada como amenazadora o peligrosa (Spielberger, 1966).

La *ansiedad-estado* fue definida como una condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivas, conscientemente percibidas, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; tal estado puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975; Natalicio y Natalicio, 1971; Spielberger, 1966, 1985; Spielberger et al., 1990).

2.1.12.2. Ansiedad Rasgo (STAI-T). La ansiedad rasgo fue conceptualizada por Spielberger (1966), como un comportamiento predispuesto del individuo a percibir un amplio número de situaciones o circunstancias como amenazantes, a pesar de no ser objetivamente peligrosas, a las cuales responde con una elevación desproporcionada de la ansiedad estado. Las personas con ansiedad rasgo se caracterizan por un estado de ansiedad estable, es decir,

que gran parte del tiempo perciben diferentes situaciones de manera amenazante (Spielberger, 1966).

También la ansiedad rasgo, se define en términos de diferencias individuales estables de las personas en la propensión a la ansiedad, las que se generaron a partir de experiencias del pasado, la que determinan de cierta manera, la disposición de la persona a ver ciertas situaciones tan peligrosas y responder antes ellas con altos niveles de ansiedad estado (Spielberger, 1966). Las experiencias que tienen más influencia en el nivel de ansiedad rasgo de una persona, serán aquellas que probablemente se remontan a situaciones en la infancia, en la relación padres-hijo centrado en torno a situaciones de castigo (Spielberger, 1966).

La *ansiedad-rasgo* se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad-estado (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975; Natalicio y Natalicio, 1971; Spielberger, 1966, 1985; Spielberger et al., 1990).

2.1.13. Expresiones de la ansiedad en el contexto escolar

Por su parte, Martínez-Monteagudo et al. (2011) categorizan de la siguiente manera las situaciones más frecuentes del ámbito educativo que pueden ser causantes de ansiedad en el alumnado:

- a) Ansiedad experimentada ante el fracaso y castigo escolar que implica la sensación impotencia para realizar con éxito las tareas escolares y demostrar un rendimiento acorde a las exigencias educativas.
- b) Ansiedad ante la evaluación social que implica el temor que experimentan los niños ante la burla y los comentarios de sus pares con relación a su desempeño escolar.
- c) Ansiedad ante la agresión, referida al temor a ser atacado por su pares sea de manera verbal, física o psicológica.

d) Ansiedad ante la evaluación escolar, donde interviene el autoconcepto, es decir, situación en las cuales el estudiante debe demostrar sus conocimientos, habilidades y aptitudes.

Martínez-Monteagudo et al. (2013) refieren que en el ámbito escolar los estudios epidemiológicos muestran que la frecuencia de ansiedad afecta al 18% de niños y adolescentes, este dato refleja que el trastorno, aunque no es tan frecuente, si resulta ser significativo

Refiere Newcomer, citado por Jadue (2001) que los niveles altos de la ansiedad dificultan la eficacia y eficiencia en el aprendizaje; disminuyen el funcionamiento de los procesos cognitivos, lo que repercute en el aprendizaje y el rendimiento académico. En el caso de los niños muy ansiosos tienen dificultad para prestar atención y concentrarse en su trabajo académico; a medida que va procesando la información, no organizan ni elaboran adecuadamente los materiales y tienden a ser poco flexible para adaptarse a los cambios dentro del proceso de aprendizaje.

En el ámbito educativo los estudiantes se enfrentan a tareas que exige un trabajo intelectual bastante complejo, por lo cual la ansiedad se convierte en un obstáculo para su aprendizaje (Bertoglia, 2005)

Manifestaba Cerón (2017) que términos generales

se evidencia que la ansiedad escolar dificulta el actuar del niño en su ambiente escolar. Por una parte, interfiere en sus procesos cognitivos como la atención, concentración, memoria y pensamiento, de manera que su aprendizaje se ve disminuido. Por otra parte, afecta las relaciones sociales con sus compañeros, profesor. Todo lo anterior se concretiza en un malestar emocional en el niño. (p. 33)

Para Bertoglia (2008) la ansiedad afecta el aprendizaje en los estudiantes ansiosos. Se ve minimizado el rendimiento en el desempeño de tareas complejas como por ejemplo el razonamiento, la reflexión; también repercute en el actuar acertadamente en situaciones

competitivas donde se requiera toma de decisiones y optar por conductas eficientes y adaptadas a la situación concreta. En este sentido la ansiedad afecta todo el accionar del estudiante para el aprendizaje y su desarrollo personal.

Los niveles altos de ansiedad reducen la capacidad de aprender, específicamente los procesos cognitivos imprescindibles para el aprendizaje se ven afectados. Los niños muy ansiosos presentan dificultades para prestar atención, se distraen con facilidad, a medida que van procesando la información, se les dificulta organizarla y estructurarla, tienden a ser poco reflexivos (Newcomer citado por Jadue, 2001).

Los miedos y la ansiedad escolar son definidos como un conjunto de síntomas agrupados en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras emitidas por un individuo ante situaciones escolares que son percibidas como amenazantes y/o peligrosas (García-Fernández et al., 2008).

Refería Martínez-Montegudo et al. (2013) que

estos alumnos presentan una predisposición relativamente estable a percibir las situaciones como amenazantes y a experimentar ansiedad de forma más duradera y constante a lo largo del tiempo (ansiedad rasgo), así como a presentar estados transitorios de ansiedad experimentados en un momento puntual con una determinada intensidad y ante una situación específica (ansiedad estado). Del mismo modo, los alumnos con ansiedad escolar suelen presentar rasgos depresivos (p. 48).

El miedo y ansiedad escolar pueden definirse como un conjunto de síntomas agrupados en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras emitidas por un individuo ante situaciones escolares que son percibidas como amenazantes y/o peligrosas (García-Fernández et al., 2008).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Desde el punto de vista metodológico la investigación es de tipo descriptiva-analítica. Para Hernández et al. (2010) afirmaban que "los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis". (p. 217).

Es analítica, porque es un procedimiento más complejo con respecto a la investigación descriptiva, que consiste fundamentalmente en establecer la comparación y la relación de variables entre grupos de estudio, sin aplicar o manipular las variables, estudiando estas según se dan naturalmente en los grupos. Además, se refiere a la proposición de hipótesis que el investigador trata de probar o negar. (Canales, de Alvarado et al., 1994, p. 27).

Por el tipo de obtención de datos, la investigación es transversal dado que la obtención de los datos se obtendrá en un solo momento, a diferencia de la investigación longitudinal que es sometido a varias evaluaciones a través del tiempo.

El Diseño de investigación para la presente investigación es No Experimental porque de acuerdo con Kerlinger (2004), se afirmaba que

la investigación no experimental es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de la relaciones entre variables se hacen, sin una intervención directa a partir de la variación concomitante de la variables dependientes e independientes. (p. 504).

3.2. Ámbito temporal y espacial

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima metropolitana entre los meses de Agosto - Septiembre del 2019.

3.3 Variables:

3.3.1. Variable de la investigación

- Ansiedad

3.3.2. Variables de control (comparación)

- **Sexo:** masculino – femenino
- **Año escolar:** del 1ro y 2do años de secundaria.
- **Institución educativa:** Institución educativa estatal – institución educativa privada.

3.3.3. Definición operacional de la variable de investigación

Estará dado por el puntaje total y niveles obtenidos en la escala de ansiedad.

Se considera como la calificación en el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado, en donde la puntuación mínima estipulada por el inventario en cada escala es de 0, y la puntuación máxima es de 60

Ansiedad estado: Ítems 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A. ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B (A - B) = 60

Ansiedad como rasgo: Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total A
Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B (A - B) = 60

Nivel de Ansiedad: 0 – 12 Ansiedad normal o permitida; 13 – 24 Ansiedad baja; 25 – 36 Ansiedad moderada; 37 – 48 Ansiedad alta y 49 – 60 Ansiedad excesiva.

3.3.4. Operacionalización de la variable

La Operacionalización de la variable ansiedad se ha descrito en sus dos subescalas o dimensiones: ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Se describen la variable (ansiedad), dimensiones o subescalas (ansiedad estado / ansiedad rasgo), indicadores (nº de ítem por dimensión, valores (valoración por alternativas de

respuesta, escala (forma de medición para su tratamiento estadístico) y el instrumento de medición de obtención de los datos.

Tabla 1

Operacionalización de variable ansiedad

| Variable | Dimensiones | Indicadores | Valores | Escala | Instrumento |
|-----------------|-----------------------------------|----------------------|------------|--------------------------|-----------------------------|
| Ansiedad | Ansiedad rasgo Ansiedad estado | 20 ítems 20 ítems | Nunca 0 | Ordinal por los puntajes | Escala de ansiedad IDARE |
| | | | A veces 1 | | |
| | | | A menudo 2 | Nominal por los niveles | |
| | | | Siempre 3 | | |

Nota: Elaboración propia

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

El universo de escolares (sujetos con características heterogéneas) estará conformada por 1,330 escolares aproximadamente del nivel de educación secundaria de dos instituciones educativas del distrito de Comas.: Institución educativa estatal (IEE) e institución educativa privada (IEP), tal como se describen en la siguiente tabla.

Tabla 2

Distribución de la población total

| Institución Educativa Estatal (IEE) | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------|
| 1ro. | 2do. | 3ro. | 4to. | 5to. | Total |
| Secciones A – B – C D – E – F (35 x aula) | Secciones A – B – C D – E – F (35 x aula) | Secciones A – B – C D – E – F (35 x aula) | Secciones A – B – C D – E – F (30 x aula) | Secciones A – B – C D – E (35 x aula) | |
| 210 | 210 | 210 | 180 | 175 | 985 |
| Institución Educativa Privada (IEP) | | | | | |
| 1ro. | 2do. | 3ro. | 4to. | 5to. | Total |
| Secciones A – B – C (25 x aula) | Secciones A – B – C (25 x aula) | Secciones A – B – C (25 x aula) | Secciones A – B – C (20 x aula) | Secciones A – B – C (20 x aula) | |
| 75 | 75 | 75 | 60 | 60 | 345 |

Nota: Elaboración propia.

Sin embargo, se plantearon los criterios de inclusión-exclusión con la finalidad de homogenizar las características de los escolares que conformaran la población investigada sobre la cual se determinará una muestra.

Criterio de inclusión. Que estén matriculados en el año académico 2019; Sexo masculino – femenino; Edades en un rango de 12 – 14 años; Que estén matriculados en los grados 1ro y 2do año de secundaria.

Criterio de inclusión. Que no estén matriculados en el año académico 2019; Menores de 12 años y mayores de 14 años; Que estén matriculados en los grados 3ro, 4to y 5to año de secundaria.

En base de los criterios de inclusión y exclusión se determinó que la población investigada por 570 escolares del 1ro y 2do año de secundaria de dos instituciones educativas, tal como se describen en la tabla 3.

Tabla 3

Total de la población de estudiantes de las instituciones investigadas.

| | | 1er año | 2do año | |
|---|-------------------------------------|-------------|-------------|-------|
| | | Secciones | Secciones | |
| | Institución educativa | A – B – C | A – B – C | Total |
| | | D – E – F | D – E – F | |
| | | (35 x aula) | (35 x aula) | |
| 1 | Institución Educativa Estatal (IEE) | 210 | 210 | 420 |
| 2 | Institución Educativa Privada (IEP) | 75 | 75 | 150 |
| | Total | 285 | 285 | 570 |

Nota: elaboración propia

3.4.2. Muestra

Se seleccionó de manera intencionada, dado que la participación a la investigación será voluntaria. La muestra mínima para investigarse se determinará a través de la fórmula para poblaciones finitas iguales o menores a 100,000

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Valores estadísticos para determinar la muestra

$$N = 570; P = 0,50; q = 0,50; d = 0,05; z = 1,96$$

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p q}{d^2}$$

Sustituyendo los valores

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5)}{(0,05)^2} \quad \boxed{n = 384,16}$$

Cálculo de la muestra

$$nf = \frac{N}{1 + \frac{N}{n}}$$

$$nf = \frac{570}{1 + \frac{570}{384,16}} \quad \boxed{N = 385,81}$$

La muestra estará conformada por 386 escolares que representa el 67.7% de la población de estudio, tal como se describe en la siguiente tabla siguiente.

Tabla 4

Determinación de la muestra de investigación

| Institución educativa (IE) | Población total | Muestra 67.7% | Muestra final | Muestra 1er año | Muestra 2do año |
|----------------------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|
| IEE | 420 | 284.34 | 284 | 142 | 142 |
| IEP | 150 | 101.55 | 102 | 51 | 51 |
| Total | 670 | | 386 | 386 | 386 |

Nota: Elaboración propia.

3.3.3. Características de los participantes:

En la tabla 5 se describe la distribución de la muestra según el sexo, reportándose que en el sexo masculino el 53.4% de la muestra pertenecen al sexo masculino y el 46.6% de la muestra pertenecen al sexo femenino. Según la institución educativa, reportándose que el 73,6% de la muestra pertenece a la institución educativa estatal y el 26.4% de la muestra pertenecen a la institución educativa privada. Según el año escolar, reportándose que el 50,3% de la muestra pertenece a primer año de secundaria y el 49,7% de la muestra pertenece a segundo año de secundaria.

Tabla 5

Distribución de la muestra según el sexo, institución educativa y año escolar.

| Según el sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Masculino | 206 | 53,4% |
| Femenino | 180 | 46,6% |
| Total | 386 | 100,0% |
| Según institución educativa | Frecuencia | Porcentaje |
| Institución educativa estatal | 284 | 73,6% |
| Institución educativa privada | 102 | 26,4% |
| Total | 386 | 100,0% |
| Según el año escolar | Frecuencia | Porcentaje |
| Primer año de secundaria | 194 | 50,3% |
| Segundo año de secundaria | 192 | 49,7% |
| Total | 386 | 100,0% |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

En la tabla 6 se describen la distribución de la muestra según el sexo y por institución, donde se reporta que en la institución educativa estatal se muestran la mayor cantidad de la muestra, siendo así que los estudiantes de sexo masculino son 151 y de sexo femenino son 133 estudiantes; mientras que en la institución educativa privada tiene como muestra 55 estudiantes de sexo masculino y 47 estudiantes de sexo femenino. Según el sexo y por año escolar, se reporta que en primer año de secundaria tenemos 101 estudiantes de sexo masculino de la muestra total y 93 estudiantes de sexo femenino de la muestra total; mientras que en segundo

año tenemos 105 estudiantes de sexo masculino de la muestra total y 87 estudiantes de sexo femenino de la muestra total.

Tabla 6

Distribución de la muestra según el sexo y por institución educativa y año escolar

| Distribución de la muestra según el sexo | Distribución de la muestra según institución educativa | | Total |
|--|--|-------------------------------|------------|
| | Institución educativa estatal | Institución educativa privada | |
| Masculino | 151 | 55 | 206 |
| Femenino | 133 | 47 | 180 |
| Total | 284 | 102 | 386 |

| Distribución de la muestra según el sexo | Distribución de la muestra según el año escolar | | Total |
|--|---|------------------------|------------|
| | Primer año secundaria | Segundo año secundaria | |
| Masculino | 101 | 105 | 206 |
| Femenino | 93 | 87 | 180 |
| Total | 194 | 192 | 386 |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

0.5. Instrumento

Nombre original: “**State-trait Anxiety inventory** (Self Evaluation Questionnaire)”.

Autores: C.D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.(1982)

Procedencia: Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.

Duración: Aproximadamente 15 minutos.

Aplicación: Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.

Fundamentación y datos históricos Una primera versión del cuestionario de Ansiedad, Estado-Rasgo (STAI) esta descrita y evaluada en la obra de Levitt (1967); en un capítulo dedicado a la ansiedad, el autor compara y contrasta el STAI con otros instrumentos psicológicos desarrollados para medir esta variable.

El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos

conceptos independientes de la ansiedad, con estado VER y como rasgo VER. Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales” (sin alteraciones psiquiátricas) el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos tanto como en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos.

La ansiedad Estado (A/E) esta conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprehensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que se difiere los sujetos en la tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado (A/E). Como un concepto psicológico la A/R posee características similares a los constructos que Atkinson llama “motivos”(esas disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación), y que Campbell alude como “disposiciones comportamentales adquiridas” (residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar tendencias de respuesta vinculada al objeto).

Ambos conceptos en cierto aspecto se asemejan a las energías cenestésica y potencial en el mundo de la física. La primera es una manifestación, en un determinado momento y con un grado de intensidad de un proceso o reacción empírica, mientras que la segunda indica diferencias de fuerza en una disposición latente para manifestar un determinado tipo de reacción. De la misma manera que la energía potencial presenta diferencias entre los objetos con la cantidad de energía cenestésica que puede ser liberada mediante la aplicación de una fuerza apropiada, la ansiedad rasgo) implica diferencias entre los sujetos en su disposición para responder a situaciones tensas con diferentes cantidades de ansiedad estado.

En general, los sujetos A/E + (con mayor ansiedad rasgo) presentarán un A/E + (mayor ansiedad estado que los sujetos A/R – porque los A/R + ven muchas más situaciones amenazadoras. Por tanto, los A/R + son más propensos a responder con un aumento de A/R en situaciones de relaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza a la autoestima (por ejemplo, enfrentarse a una tarea difícil o novedosa). Sin embargo, el hecho de que las personas que difieren en A/R muestren unas correspondientes diferencias en A/E dependerá del grado en que la situación específica es percibida por un determinado individuo como peligrosa o amenazadora, y esto está muy influido por las particulares experiencias pasadas.

Los conceptos de estado y rasgo que guiaron la construcción del STAI son tratadas con detalle en la obra de Spielberger (1966), y las circunstancias y condiciones que parecen evocar niveles altos de A/E en personas que difieren en A/R se analizarán en el trabajo de Spielberger y colaboradores.

Descripción de las escalas

La construcción del STAI comenzó en 1964, con la finalidad de desarrollar una única escala que permitiera medidas objetivas de autoevaluación de la ansiedad, tanto de estado como rasgo. Durante el curso de los estudios los resultados vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad y especialmente en lo que se refiere a la ansiedad rasgo; en consecuencia, se introdujeron modificaciones en el proceso de la construcción del STAI.

En principio se dio por supuesto que los elementos que presentasen relaciones con otros instrumentos de medida de la ansiedad serían útiles en un cuestionario diseñado para medir el estado y el rasgo de la ansiedad. Como la mayoría de las escalas de ansiedad existentes median el rasgo, se redactaron de nuevo muchos elementos, de modo que midieran tanto el estado como el rasgo; y el resultado fue un STAI único (Forma A) que, con diferentes instrucciones de aplicación, podían medir ambas variables.

Sin embargo, se observó que las características psicolingüísticas de algunos elementos

de esa Forma A (sobre todo las palabras claves) presentaban significados que interferían cuando se las utilizaba como medidas de ambas variables. Más aún, muchos de los mejores elementos de ambas habían sido excluidos porque, incluso alterando las instrucciones de aplicación, no se soslayaban las fuertes connotaciones de estado o rasgo de las palabras claves. Por ejemplo, “me canso rápidamente” que parecía tener la connotación de un rasgo relativamente estable de la personalidad, presentó elevadas correlaciones con otros elementos de A/R y no mostraba los cambios esperados como medida de A/E en condiciones experimentales de tensión o relajación. Sin embargo, "Me siento alterado" resultó un buen elemento A/E y deficiente en A/R.

Consecuentemente, se cambió la estrategia de selección de elementos para tomar aquellos que mejor midieran A/E y aquellos otros que discriminaran mejor A/R, y su resultado fue la Forma X (la utilizada para elaborar la versión española”. Aunque todavía existen unos pocos elementos que miden bien ambas variables la mayoría discrimina mejor una de ellas. En dicha Forma X existen 5 elementos con igual redacción en A/E y A/R (por lo menos en cuanto a la palabra clave las restantes 15 números cuestiones de cada escala difieren suficientemente en cuanto su contenido y sus connotaciones.

En las primeras fases de su construcción se utilizaron muestras de estudiantes universitarios no graduados (con más de 3000 casos) que contestaron a la Forma X. En la siguiente fase se aplicó la forma X a unos 3300 alumnos de enseñanza secundaria y universitaria, y complementaron con más de 600 pacientes de medicina y neuropsiquiatría y unos 200 reclusos de prisiones.

En la adaptación española, como se ha indicado anteriormente, se ha seguido un proceso de tipificación similar al original: obtención de muestras de estudiantes universitarios con una primera versión experimental (Bermúdez, 1977), replicación de los resultados obtenidos con nuevas muestras de estudiantes y de adultos normales y con una segunda versión experimental,

su contraste y validación con grupos clínicos (Urraca, 1981). En muestras de sujetos normales se ha alcanzado el millar de casos, lo cual ha permitido una buena fundamentación estadística de la versión española del STAI. La escala E (A/E) consta de 20 frases con la que el sujeto puede escribir como se siente en un “momento particular”, mientras que la escala R (A/R), también con 20 frases, puede mostrar cómo se siente el sujeto “generalmente”. Cada subescala está impresa en una de las caras del ejemplar del STAI, para facilitar la aplicación en las instrucciones del examinador.

Obtención de las puntuaciones A/E Y A/R. Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento. En cada parte, las categorías son las siguientes:

| STAI A/E | STAI A/R |
|------------|----------------|
| 0 Nada | 0 Casi nunca |
| 1 Algo | 1 A veces |
| 2 Bastante | 2 A menudo |
| 3 Mucho | 3 Casi siempre |

En la versión española del STAI se ha cambiado la escala 1-4 original por otra (0-3) en la que la negación de un sentimiento (Nada o Casi nunca, respectivamente) tuviera un valor de cero puntos en la apreciación del sujeto.

Algunos elementos (como “Estoy tenso”) se han redactado de forma que el punto 3 de la escala señala un elevado nivel de ansiedad, mientras que otros (como “Me siento seguro”) el mismo punto 3 indica un bajo nivel de ansiedad. En este sentido, para obtener la puntuación el primer tipo de elementos se ponderan en el mismo sentido de la escala, mientras que en los segundos hay que invertir la escala (es decir, se conceden tres puntos si el sujeto marca el 0, dos puntos si señala el 1, un punto si el 2, y cero puntos si se da el 3).

En la elaboración del STAI se han entremezclado los elementos de ambos tipos (escala directa y escala inversa) para soslayar el efecto de aquiescencia en las respuestas del sujeto. En la parte A/E, hay 10 elementos de escala directa y otros 10 de escala invertida mientras que en la parte A/R, como no se disponía de suficiente número de elementos satisfactorios de escala invertida, sólo se incluyeron 7 de éstos, y los 13 restantes son de escala directa. Los elementos de escala invertida en cada parte son los siguientes:

A/E: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

A/R: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Para evitar que el examinador tenga que hacer la inversión y recordar a cuáles elementos afecta esto, se ha construido una plantilla transparente que facilita la tarea de la corrección y puntuación. Basta colocar la columna izquierda de la plantilla (señalada con las letras A/E y el signo +) sobre el espacio destinado a las respuestas en la parte A/E y contar los puntos señalados por el sujeto; su suma puede trasladarse al recuadro impreso en el ángulo superior derecho del Ejemplar, a la primera fila y detrás del signo +. A continuación, se correrá hacia la izquierda la plantilla, de modo que ahora coincida sobre las respuestas del sujeto la segunda columna de la plantilla (señalado como A/E y el signo -), y se contarán los puntos obtenidos por el sujeto; este valor puede trasladarse al citado recuadro superior, detrás del signo -. En este momento puede resolverse la operación indicada ($30 + - =$), y el resultado será la puntuación directa en el STAI Estado.

Si esta operación se realiza con el dorso del Ejemplar utilizando las dos columnas siguientes de la plantilla (A/R + y A/R -), y sus valores se trasladan al citado recuadro de la portada, puede resolverse la operación indicada ($21 + - =$) y obtener la puntuación directa en el STAI Rasgo.

Con este proceso se ha tenido en cuenta el sentido directo o inverso de las escalas de los elementos. Si el usuario intentara mecanizar por su cuenta estas operaciones, debe atender

a los distintos puntos que reciben las alternativas de respuesta de los elementos, tal como se ha indicado anteriormente.

La mayoría de los sujetos responde al STAI dando una respuesta a todos los elementos sin necesidad de unas instrucciones específicas de tipo compulsivo. Si se dejan elementos en blanco, esto puede ser debido a inatención a las instrucciones o a incomprensión del contenido de los mismos elementos. Cuando se ha omitido uno de dos elementos, se puede prorratear la puntuación final de la siguiente manera: 1) calcular la media de los elementos contestados de esa parte (P. directa/núm. Elem. Contestados); 2) multiplicar el resultado por 20; 3) redondear el resultado al entero más próximo. Si el número de elementos omitidos en una de las partes E o R es tres o más, es conveniente poner en duda la validez de la aplicación realizada.

Adaptación española: fiabilidad y validez. Tal vez el primer antecedente de la adaptación española del STAI sea el estudio de Bermúdez (1977) con su prueba doctoral; este trabajo empleó una versión experimental del STAI para utilizar las escalas Estado y Rasgo como variables moduladoras en el estudio del rendimiento de los sujetos en una tarea fácil (test perceptivo) y otra difícil (test de inteligencia). Se utilizó una muestra de 500 casos a los que se les aplicó el STAI con unos elementos muy similares a los que ahora se ofrecen como versión definitiva (excepto que en el elemento 34 se invirtió el sentido: “trato de afrontar...”, en vez de “Evito afrontar...” que ahora tiene).

Por otra parte, en estos análisis se utilizó la escala original de 1-4 puntos en cada elemento, y de ahí que a sus puntuaciones directas sea necesario restarle 20 puntos para poder compararlas con las obtenidas en la tipificación y análisis que vienen en los párrafos siguientes; cuando se hace esta diferencia se observa que sus promedios en Estado (16,81) y Rasgo (18,15) son comparables a los de la tipificación.

En los análisis factoriales que realiza Bermúdez (1977) con sus datos, los resultados son también muy parecidos a los que se han obtenido ahora: cuatro dimensiones con

saturaciones muy similares a las actuales.

Un segundo antecedente de esta adaptación española es otro tesis doctoral (Urraca, 1981), en la que, mediante las aplicaciones de varios cuestionarios (entre ellos el STAI, versión de Bermúdez, 1977), se han estudiado las actitudes ante la muerte. La muestra era más amplia que la anterior ($N = 1.282$) y diversa (estudiantes universitarios de varias facultades, trabajadores y enfermos) No se ha podido disponer de las puntuaciones directas de este estudio para su comparación con las de la versión definitiva, y en los análisis factoriales de Urraca sólo se introducen los 20 elementos de cada escala, es decir, se independiza Estado de Rasgo a la hora de conocer su estructura factorial. Sin embargo, los elementos de cada escala se agrupan de modo muy similar a como resultan en los análisis de Bermúdez (1977) y en los actuales; se encuentran dos factores en cada escala, de tipo afirmativo y negativo de la ansiedad (transitoria o permanente). En este trabajo la ansiedad se presenta como una variable concomitante en las actitudes ante la muerte. Tal vez habría sido interesante e instructivo conocer los valores promedios del STAI A/R en los diversos subgrupos que pueden formarse en la amplia muestra de Urraca (por edad, sexo, estado de salud, etc.); habría sido ilustrativo de las manifestaciones y estructura de la ansiedad en muestras españolas.

A partir de los trabajos anteriores y la citada versión experimental de Bermúdez, se retocó la redacción de los elementos del STAI y se preparó una edición expresamente destinada a los estudios y tipificación.

Se han obtenido más de mil aplicaciones de estas y clasificadas de varios modos han sido utilizadas en los análisis que se describen a continuación.

0) **Elementos y escalas:** Fiabilidad y valor discriminativo.

Como se ha indicado anteriormente, existen 20 elementos en cada escala (Estado y Rasgo), que son puntuados en 0-3 según su carga y dirección hacia la ansiedad; existen 10 elementos en A/E y 13 en A/R que son afirmativos de ansiedad y 10 y 7, respectivamente en

A/E y A/R, negativos de la misma. En la tabla 5 los negativos de ansiedad vienen señalados con un asterisco después de su número de orden. En esta tabla se presentan los resultados de varios análisis de elementos; en la mitad izquierda de la tabla se encuentran los elementos de A/E y en la mitad derecha los de A/R. Estos análisis se refieren a cuatro muestras: A (N=854 varones y mujeres, entre los cuales se encuentra un grupo de escolares de enseñanza secundaria), B (N=276 varones de profesiones diversas), C (N=376 mujeres de profesiones diversas) y D (81 casos clínicos). En cada elemento se presentan las medias aritméticas obtenidas en la escala de puntuación 0-3.

Una observación detallada de la muestra clínica obtiene mayores promedios en los elementos afirmativos de ansiedad y menor en los negativos de la misma. Profundizando el análisis de las diferencias, a nivel de sexo y en varios grupos de edades, se encontraron elementos discriminativos de estas variables, en número suficiente como para aconsejar una tipificación atendiendo a estas dos variables diferenciadoras. Aunque alguna evidencia de esto se encuentra en la misma tabla 5, ésta no puede ofrecer su verdadero alcance porque en la composición de las muestras A, B y C no se conjugaron equilibrada y ponderadamente el peso de dichas variables diferenciadoras.

En resumen, parece que los elementos del STAI son suficientemente discriminadores y diferenciadores (en variables tan fundamentales como la edad, el sexo naturalmente, en la que el instrumento intenta medir la ansiedad) y poseen una buena consistencia interna (entre 0,90 y 0,93 en la ansiedad/estado y entre 0, y .87 en ansiedad/rasgo). En la muestra más amplia y heterogénea (N=854) se calculó también la fiabilidad por el procedimiento de las dos mitades (pares, impares), y los coeficientes obtenidos son similares a los anteriores: .94 en A/E y .86 en A/R.

Con relación al coeficiente de fiabilidad tets-retets en la escala de Ansiedad-rasgo éste es elevado (.81). Y es considerado bajo (.40) en la escala de Ansiedad-estado, según lo

expusieron Spielberger y cols. (1970). Por otro lado, el estudio llevado a cabo por Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986) con pacientes aquejados sobre todo por trastornos de Ansiedad y depresión, arrojó como resultado un coeficiente alfa de consistencia interna de .94 en la subescala de Ansiedad-estado, y de .91 en la subescala de Ansiedad-rasgo. Por lo que la confiabilidad tets-retets, entendiéndose como la estabilidad de la escala A-Rasgo del Idare es relativamente elevada. Sin embargo, los coeficientes de estabilidad para la escala A-Estado tienden a mostrarse bajos ya que su manifestación está influenciada por agentes situacionales (Citados por Spielberger y Díaz, 2002, pp.8-9).

Con relación a la validez, en el proceso de elaboración del Idare pretendían que los reactivos individuales cumplieran los criterios de validez prescritos, tanto para la Ansiedad-rasgo como para la Ansiedad-estado, en cada una de las etapas del proceso de construcción del cuestionario, con la intención de evaluar y validar el instrumento. Para tal efecto, el Idare proporciona las medidas operacionales de Ansiedad-rasgo y Ansiedad-estado. Otra evidencia de la validez del Idare radica en su correlación con otras escalas de Ansiedad como la escala de Ansiedad (IPAT) de Cattell y Sélter (1963), la escala de Ansiedad manifiesta (TMAS), y la lista de adjetivos subjetivos de Zuckerman (1960, entre otras, citados por Spielberger y Díaz, 2002).

Fiabilidad de la escala de ansiedad estado – rasgo STAIC

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla siguiente permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (40 ítems) en la muestra estudiada es de .88 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a .70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica (Miech, 2002 citado por Idrogo 2015). Así mismo se puede observar que los puntajes de fiabilidad en las 2 dimensiones son elevados.

Tabla 7***Estimaciones de consistencia interna de la escala ansiedad***

| Sub-Dimensiones estado- rasgo | Nº de ítems | Alpha |
|--------------------------------------|--------------------|--------------|
| Ansiedad estado | 20 | .835 |
| Ansiedad rasgo | 20 | .816 |
| Ansiedad general | 40 | .885 |

Tabla 8***Puntajes para interpretación: categorías del STAI***

| Adolescentes | Varones | | Mujeres | |
|---------------------|----------------|------------|----------------|------------|
| Categorías | A/E | A/R | A/E | A/R |
| Alto | 32 – 60 | 27 – 60 | 33 – 60 | 33 – 60 |
| Sobre promedio | 22 – 31 | 21 – 26 | 23 – 32 | 26 – 32 |
| Promedio | 20 – 21 | 20 | 21 – 22 | 22 – 25 |
| Tendencia promedio | 13 – 19 | 15 – 19 | 16 – 20 | 17 – 21 |
| Bajo | 0 – 12 | 0 – 14 | 0 – 15 | 0 – 16 |

Confiabilidad de la escala de ansiedad estado / rasgo en la muestra investigada

En la tabla 9 se describen las estimaciones de confiabilidad realizadas a través del estadístico inferencial Alpha de Cronbach, donde se establece sus estimaciones Alpha. Como se podrá observar, las estimaciones encontradas sobrepasan el valor Alpha de .70 que se considera el valor mínimo exigido estadísticamente para los instrumentos de obtención de datos. Hay que entender, que el método de análisis que utiliza el Alpha de Cronbach es de

correlacionar los puntajes obtenidos en cada ítem de la escala. Por lo tanto, la subescala de ansiedad estado es confiable en la obtención de los datos porque su valor Alpha es de .882 y la subescala de ansiedad rasgo es confiable en la obtención de los datos porque su valor Alpha es de .881. Para la escala total es de .932

Tabla 9

Estimaciones de confiabilidad: escala ansiedad en la investigación reportada (n=386)

| | |
|----------------------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach ansiedad estado | N de elementos |
| .882 | 20 |
| Alfa de Cronbach ansiedad rasgo | N de elementos |
| .881 | 20 |
| Alfa de Cronbach ansiedad total | N de elementos |
| .932 | 20 |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

Establecimiento de niveles diagnóstico. Para efectos de la investigación se establecieron las siguientes categorías por quintiles (20% / 100%). Se establecieron 5 niveles con el criterio estadístico de 20% por cada nivel.

Puntaje mínimo para obtenerse (cero) – Puntaje máximo a obtenerse (sesenta)

Niveles: 60: 5 = 12 puntos por rango o categoría.

| | |
|---------|-----------------------------|
| 0 – 12 | Ansiedad normal o permitida |
| 13 – 24 | Ansiedad baja |
| 25 – 36 | Ansiedad moderada |
| 37 – 48 | Ansiedad alta |
| 49 – 60 | Ansiedad excesiva |

3.6. Procedimiento

Se solicitó autorización a la dirección de las instituciones educativas a evaluarse. Se coordinó con la subdirección día y hora para la aplicación del instrumento. Antes de ser

evaluados se les brindó información de los objetivos de la investigación. Luego se procedió a solicitar su consentimiento verbal para participar en la investigación. A los que aceptaran ser parte de la evaluación se les proporcionó la escala de evaluación. A los que no aceptaran, simplemente abandonaron el ambiente de evaluación. Se procedió a leer las instrucciones y la forma de cómo deben responder a cada alternativa de respuesta.

Se recogió las encuestas y se constató si lo han llenado correctamente, caso contrario se solicitará a la persona que completen la información faltante. Se corrigió las encuestas y se vaciaron en una base de datos en Excel. Se codificó en SPSS las variables investigadas para luego transferir los datos del Excel al SPSS.

Se realizó el análisis exploratorio de la variable para determinar la bondad de ajuste de la variable (s) con la prueba no paramétrica K – S. Se procesó los datos primero en forma descriptiva. Se realizó la confiabilidad y validez de constructo de la escala utilizando el SPSS (Alpha de Cronbach). Se realizó el Análisis inferencial de los resultados para la contrastación de las hipótesis estadísticas. Se elaboró la discusión de los resultados. Se estableció las conclusiones y recomendaciones. Se elaboró el informe final.

3.7. Análisis de datos

Para el análisis de los datos se empleó las técnicas estadísticas a través del paquete estadístico SPSS versión 22.0 en español. Se utilizó las técnicas estadísticas en dos etapas:

1ra. Estadística descriptiva: Con la cual se obtuvo los datos de frecuencia y porcentajes para describir los niveles o categorías.

2da. Estadística inferencial: El análisis exploratorio fue para determinar la bondad ajuste de la muestra a través de la prueba no paramétrica K -S

El Alpha de Cronbach para establecer la confiabilidad de la escala de ansiedad.

Par el establecimiento de comparaciones de los rangos promedios se utilizó la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney.

La prueba no paramétrica de la correlación de Spearman se utilizó para hallar la relación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. La finalidad de la correlación es comprobar si los resultados de una variable están relacionados con los resultados de la otra variable (Greene y D'Oliveira 2006), teniendo en cuenta los siguientes criterios de aceptación o rechazo de la Ho de acuerdo con Ávila (1998).

| | | |
|------------------|--------------------------------|-------------------|
| $r = .00$ | no hay correlación estadística | se acepta la Ho. |
| $0 < r < .20$ | Existe correlación muy baja | se acepta la Ho. |
| $.21 < r < .40$ | Existe correlación baja | se rechaza la Ho. |
| $.41 < r < .60$ | Existe correlación moderada | se rechaza la Ho. |
| $.61 < r < .80$ | Existe correlación alta | se rechaza la Ho. |
| $.81 < r < 1.00$ | Existe correlación muy alta | se rechaza la Ho. |

Para hallar di la ansiedad rasgo es el factor determinante que explica mejor al ansiedad estado se utilizó la técnica de regresión lineal.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de la ansiedad estado / rasgo

4.1.1. Ansiedad estado

En la tabla 10 donde se reporta la descripción de la distribución por niveles diagnósticos en ansiedad estado, podemos observar que el 8,5% tiene una ansiedad permitida; el 39,9% tiene una ansiedad baja; el 42,5% de la muestra tiene una ansiedad moderada; el 7,3% de la muestra tiene una ansiedad alta y el 1,8% de la muestra tiene una ansiedad excesiva.

Tabla 10

Niveles diagnósticos en ansiedad estado

| Ansiedad Estado | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 33 | 8,5% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 154 | 39,9% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 164 | 42,5% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 28 | 7,3% |
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 7 | 1,8% |
| Total | 386 | 100,0% |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.1.2. Niveles diagnóstico de ansiedad estado según el sexo, institución educativa y año de estudios.

4.1.2.1. Ansiedad estado según el sexo. En la tabla 11 se reporta la descripción de la distribución por niveles diagnósticos en ansiedad estado solo en la muestra de sexo masculino, podemos observar que el 14,6% tiene una ansiedad permitida; el 62,1% tiene una ansiedad baja y el 23,3% tiene una ansiedad moderada. Así mismo, en la muestra de sexo femenino, podemos observar que el 1,7% tiene una ansiedad permitida; el 14,4% tiene una ansiedad baja; el 64,4%

tiene una ansiedad moderada; el 15,6% tiene un ansiedad alta y el 3,9% tiene una ansiedad excesiva.

Tabla 11

Niveles diagnósticos en ansiedad estado según sexo

| Ansiedad Estado: sexo masculino | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 30 | 14,6 % |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 128 | 62,1% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 48 | 23,3% |
| Total | 206 | 100,0 |
| Ansiedad Estado: sexo femenino | Frecuencia | Porcentaje |
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 3 | 1,7% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 26 | 14,4% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 116 | 64,4% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 28 | 15,6% |
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 7 | 3,9% |
| Total | 180 | 100,0% |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.1.2.2. Ansiedad estado según institución educativa. En la tabla 12 donde se reporta la descripción de la distribución por niveles diagnósticos en ansiedad estado solo en la muestra de IE estatal, podemos observar que el 7,4% tiene una ansiedad permitida; el 41,2% tiene una ansiedad baja; el 42,6% tiene una ansiedad moderada; el 7% tiene un ansiedad alta y el 1,8% tiene una ansiedad excesiva. Así mismo, en la muestra de institución educativa privada, podemos observar que el 11,8% tiene una ansiedad permitida; el 36,3% tiene una ansiedad baja; el 42,2% tiene una ansiedad moderada; el 7,8% tiene un ansiedad alta y el 2% tiene una ansiedad excesiva.

Tabla 12

Niveles diagnósticos en ansiedad estado por institución educativa (IE)

| Ansiedad estado: IE estatal | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 21 | 7,4% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 117 | 41,2% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 121 | 42,6% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 20 | 7,0% |

| | | |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 5 | 1,8% |
| Total | 284 | 100,0% |
| Ansiedad Estado: IE privada | Frecuencia | Porcentaje |
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 12 | 11,8% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 37 | 36,3% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 43 | 42,2% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 8 | 7,8% |
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 2 | 2,0% |
| Total | 102 | 100,0% |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.1.2.2. Ansiedad estado por año de estudio. En la tabla 13 donde se reporta la descripción de la distribución por niveles diagnósticos en ansiedad estado en la muestra del primero de secundaria, donde el 9,8% tiene una ansiedad permitida; el 40,2% tiene una ansiedad baja; el 42,3% tiene una ansiedad moderada; el 6,2% tiene un ansiedad alta y el 1.5% tiene una ansiedad excesiva. Así mismo, en la muestra del escolar segundo de secundaria, podemos observar que el 7,3% tiene una ansiedad permitida; el 39,6% tiene una ansiedad baja; el 42,7% tiene una ansiedad moderada; el 8,3% tiene un ansiedad alta y el 2,1% tiene una ansiedad excesiva.

Tabla 13

Niveles diagnósticos en ansiedad estado por año de estudio

| | | |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Ansiedad Estado: 1er año | Frecuencia | Porcentaje |
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 19 | 9,8% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 78 | 40,2% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 82 | 42,3% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 12 | 6,2% |
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 3 | 1,5% |
| Total | 194 | 100,0% |
| Ansiedad Estado: 2do. | Frecuencia | Porcentaje |
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 14 | 7,3% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 76 | 39,6% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 82 | 42,7% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 16 | 8,3% |
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 4 | 2,1% |
| Total | 192 | 100,0% |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.2. Análisis descriptivo de la escala de ansiedad rasgo

4.2.1. Ansiedad rasgo

En la tabla 14 se reporta la descripción de la distribución por niveles diagnósticos en ansiedad rasgo, donde el 32,1% tiene una ansiedad permitida; el 43,3% tiene una ansiedad baja; el 18,9% de la muestra tiene una ansiedad moderada; el 5,2% de la muestra tiene una ansiedad alta y el 0,5% de la muestra tiene una ansiedad excesiva.

Tabla 14

Niveles diagnósticos en ansiedad rasgo

| Ansiedad Rasgo | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 124 | 32,1% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 167 | 43,3% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 73 | 18,9% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 20 | 5,2% |
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 2 | 0,5% |
| Total | 386 | 100,0 |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.2.2. Niveles diagnósticos de ansiedad rasgo según el sexo, institución educativa y año de estudios.

4.2.2.1. Niveles diagnóstico de ansiedad rasgo según el sexo. En la tabla 15 se reporta la descripción y representación de la distribución por niveles diagnósticos en ansiedad rasgo solo en la muestra de sexo masculino, el 47,1% tiene una ansiedad permitida; el 44,7% tiene una ansiedad baja y el 8,3% tiene una ansiedad moderada. Así mismo, en la muestra de sexo femenino, el 15% tiene una ansiedad permitida; el 41,7% tiene una ansiedad baja; el 31,1% tiene una ansiedad moderada; el 11,1% tiene un ansiedad alta y el 1,1% tiene una ansiedad excesiva.

Tabla 15***Niveles diagnósticos en ansiedad rasgo según sexo***

| Ansiedad Rasgo: masculino | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 97 | 47,1% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 92 | 44,7% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 17 | 8,3% |
| Total | 206 | 100,0% |
| Ansiedad Rasgo: femenino | Frecuencia | Porcentaje |
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 27 | 15,0% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 75 | 41,7% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 56 | 31,1% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 20 | 11,1% |
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 2 | 1,1% |
| Total | 180 | 100,0% |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.2.2.2. Ansiedad rasgo según institución educativa (IE). En la tabla 16 se reporta la descripción de la distribución por niveles diagnósticos en ansiedad rasgo en la muestra de IE estatal, el 27,1% tiene una ansiedad permitida; el 44% tiene una ansiedad baja; el 21,5% tiene una ansiedad moderada; el 6,7% tiene un ansiedad alta y el 0,7% tiene una ansiedad excesiva. **Así mismo**, en la muestra de IE privada, el 46,1% tiene una ansiedad permitida; el 41,2% tiene una ansiedad baja; el 11,8% tiene una ansiedad moderada y el 1% tiene una ansiedad alta.

Tabla 16***Niveles diagnósticos en ansiedad rasgo por institución educativa (IE)***

| Ansiedad Rasgo: IE estatal | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 77 | 27,1% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 125 | 44,0% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 61 | 21,5% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 19 | 6,7% |
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 2 | 0,7% |
| Total | 284 | 100,0% |
| Ansiedad Rasgo: IE privada | Frecuencia | Porcentaje |
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 47 | 46,1% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 42 | 41,2% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 12 | 11,8% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 1 | 1,0% |
| Total | 102 | 100,0% |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.2.2.3. Ansiedad rasgo por años de estudios. En la tabla 17 se reporta la descripción de la distribución por niveles diagnósticos en ansiedad rasgo en la muestra del año escolar primero de secundaria, el 29,9% tiene una ansiedad permitida; el 49,5% tiene una ansiedad baja; el 14,4% tiene una ansiedad moderada; el 5,7% tiene un ansiedad alta y el 0,5% tiene una ansiedad excesiva. Así mismo, en la muestra del año escolar segundo de secundaria el 34,4% tiene una ansiedad permitida; el 37% tiene una ansiedad baja; el 23,4% tiene una ansiedad moderada; el 4,7% tiene un ansiedad alta y el 0,5% tiene una ansiedad excesiva.

Tabla 17

Niveles diagnósticos en ansiedad rasgo por año de estudio.

| Ansiedad Rasgo: 1ro | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 58 | 29,9% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 96 | 49,5% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 28 | 14,4% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 11 | 5,7% |
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 1 | 0,5% |
| Total | 194 | 100,0 |

| Ansiedad Rasgo | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|-------------------|-------------------|
| 0 - 12 Ansiedad permitida | 66 | 34,4% |
| 13 - 24 Ansiedad baja | 71 | 37,0% |
| 25 - 36 Ansiedad moderada | 45 | 23,4% |
| 37 - 48 Ansiedad alta | 9 | 4,7% |
| 49 - 60 Ansiedad excesiva | 1 | 0,5% |
| Total | 192 | 100,0% |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.3. Análisis exploratorio de las variables de estudio

En la Tabla 18, se presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov (K-S), donde la variable no presenta una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es muy significativo ($p < 0.001$) para las dimensiones de la variable, en consecuencia, es pertinente emplear pruebas no paramétricas en los análisis de datos.

Tabla 18**Prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov para la variable de estudio**

| Variable | K-S | p |
|-----------------|-------|------|
| Ansiedad estado | 2,475 | .000 |
| Ansiedad rasgo | 2,464 | .000 |

S = Significativo (p > 0.05)

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.4. Contastación de hipótesis**4.4.1. Comparaciones con la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney.**

4.4.1.1. Comparaciones ansiedad estado / rasgo según el sexo. La Tabla 19, en la comparación de los rangos promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo, con la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney, en función del sexo, los valores de los rangos promedios, indican que los escolares del sexo femenino presentan rangos promedios más altos que los rangos promedios de los escolares del sexo masculino. Se concluye que existen diferencias significativas en ansiedad estado y en ansiedad rasgo según el sexo. Por lo tanto, se acepta la H_1 (existen diferencias en los rangos promedios de ansiedad estado / rasgo según el sexo).

Tabla 19**Comparaciones de ansiedad estado / rasgo según el sexo**

| | Según el sexo | N | Rango promedio | Suma de rangos |
|------------------------------------|-----------------|------------------------|----------------|-----------------------|
| ansiedad estado | Masculino | 206 | 132,53 | 27301,50 |
| | Femenino | 180 | 263,28 | 47389,50 |
| | Total | 386 | | |
| Ansiedad rasgo | Masculino | 206 | 143,03 | 29464,00 |
| | Femenino | 180 | 251,26 | 45227,00 |
| | Total | 386 | | |
| Estadísticos de contraste | | | | |
| | | Ansiedad estado | | Ansiedad rasgo |
| U de Mann-Whitney | | 5980,500 | | 8143,000 |
| W de Wilcoxon | | 27301,500 | | 29464,000 |
| Z | | -11,518 | | -9,530 |
| Sig. asintótica (bilateral) | | .000 | | .000 |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.4.1.2. Comparaciones ansiedad estado / rasgo según institución educativa.

La Tabla 20, en la comparación de los rangos promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo, con la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney, en función de la institución educativa, los valores de los rangos promedios en ansiedad estado, indican que los escolares de la IE estatal presentan rangos promedios similares con los rangos promedios de los escolares de la IE privada. Se concluye que no existen diferencias en ansiedad estado según Institución educativa. Por lo tanto, se acepta la H_0 (no existen diferencias en los rangos promedios de ansiedad estado según IE). Los valores de los rangos promedios en ansiedad rasgo, indican que los escolares de la IE estatal presentan rangos promedios más altos que los rangos promedios de los escolares de la IE privada. Se concluye que existen diferencias significativas en ansiedad rasgo según Institución educativa. Por lo tanto, se acepta la H_1 (existen diferencias en los rangos promedios de ansiedad rasgo según IE).

Tabla 20

Comparaciones de ansiedad estado / rasgo según institución educativa (IE)

| | Distribución por IE | N | Rango promedio | Suma de rangos |
|----------------------------------|------------------------------|-----|-----------------|----------------|
| ansiedad estado | IE estatal | 284 | 193,75 | 55025,00 |
| | IE privada | 102 | 192,80 | 19666,00 |
| | Total | 386 | | |
| Ansiedad rasgo | IE estatal | 284 | 206,99 | 58785,00 |
| | IE privada | 102 | 155,94 | 15906,00 |
| | Total | 386 | | |
| Estadísticos de contraste | | | | |
| | | | ansiedad estado | ansiedad rasgo |
| | U de Mann-Whitney | | 14413,000 | 10653,000 |
| | W de Wilcoxon | | 19666,000 | 15906,000 |
| | Z | | -.074 | -3,973 |
| | Sig. Asintótica. (bilateral) | | .941 | .000 |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.4.1.3. Comparaciones ansiedad estado / rasgo según año escolar.

La Tabla 21, en la comparación de los rangos promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo, con la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney, en función del año escolar, los valores de los rangos promedios en ansiedad estado/ ansiedad rasgo, indican que los escolares del 1er año de

secundaria presentan rangos promedios similares con los rangos promedios de los escolares del 2do año de secundaria. Se concluye que no existen diferencias en ansiedad estado / ansiedad rasgo, según año escolar. Por lo tanto, se acepta la H_0 (no existen diferencias en los rangos promedios de ansiedad estado / ansiedad rasgo según año escolar). Los valores de los rangos promedios en ansiedad estado / ansiedad rasgo, indican que los escolares del 2do año de secundaria presentan rangos promedios más altos que los rangos promedios de los escolares del 1er año de secundaria.

Tabla 21

Comparaciones de ansiedad estado / rasgo según año de estudio

| | Distribución por año escolar | N | Rango promedio | Suma de rangos |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------|----------------|----------------|
| ansiedad estado | Primer año | 194 | 190,64 | 36984,50 |
| | Segundo año | 192 | 196,39 | 37706,50 |
| | Total | 386 | | |
| ansiedad rasgo | Primer año | 194 | 189,99 | 36858,50 |
| | Segundo año | 192 | 197,04 | 37832,50 |
| | Total | 386 | | |
| Estadísticos de contraste | | | | |
| | | ansiedad estado | ansiedad rasgo | |
| | U de Mann-Whitney | 18069,500 | 17943,500 | |
| | W de Wilcoxon | 36984,500 | 36858,500 | |
| | Z | -.507 | -.622 | |
| | Sig. Asintótica. (bilateral) | .612 | .534 | |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.4.2. Relación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo

En la tabla 22 se establece la relación estadística con la prueba no paramétrica de correlación de Spearman (ρ) reportándose que existe relación alta positiva entre ansiedad estado y ansiedad rasgo ($\rho = 0.717$) y significativa. ($p < 0.001$).

Tabla 22

Relación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo

| Correlaciones Rho de Spearman | | ansiedad rasgo |
|----------------------------------|-----------------------------|----------------|
| Puntaje total en ansiedad estado | Coefficiente de correlación | .717** |
| | Sig. (bilateral) | .000 |
| | N | 386 |

Nota: 386 escolares de dos instituciones educativas del distrito de Comas de Lima Metropolitana del 2019.

4.4.3 Predicción o explicación

Para establecer la predicción o explicación se tomó la ansiedad rasgo como variable independiente y la ansiedad estado como variable dependiente de acuerdo con el modelo de regresión lineal. en seis pasos y son los siguientes:

1er lugar. Se halló el coeficiente de determinación ($R^2 = .626$), que mide la bondad de ajuste e indica que el **62.6%** de las variaciones de ansiedad estado como variable dependiente es explicada por el modelo de regresión propuesto (ver tabla 23).

2do lugar, se halló el coeficiente de correlación ($R = .791$) o coeficiente de correlación múltiple mide el grado de asociación lineal entre ansiedad estado (variable dependiente) con la variable independiente o explicativa (ansiedad rasgo); en el presente modelo este grado de asociación es muy moderado (**79.1%**), lo que significa que las variables se encuentran positivamente correlacionadas. (Ver tabla 23).

3er lugar, se halló la auto correlación serial a través de la prueba del Durbin- Watson (DW) entre las variables independientes o explicativas, para un nivel de significancia del 5% de DW fue de **1.611**, lo que quiere decir que el modelo no tiene auto correlación. Cabe destacar que el valor encontrado está dentro del rango comprendido de 1.5 – 2.5, lo que indica que en el presente modelo se encuentra en el rango permisible, por lo que se concluye que no existe auto correlación, siendo el valor de los residuos de la información válida. (Ver tabla 23).

4to lugar, se halló la prueba de hipótesis a través del estadístico ANOVA (F), formulándose las hipótesis respectivas (Hipótesis nula $H_0: B_1 = 0$; Hipótesis alterna $H_1: B_1 \neq 0$), encontrándose una F regresión = **642,811**; $p < .001$. Por lo tanto, se rechaza la H_0 de donde se deduce que la variable incluida en el modelo es significativamente explicativa de la variable ansiedad estado (variable dependiente). Se infiere en consecuencia que las variables en conjunto conforman un modelo de regresión válido. (Ver tabla 23).

5to lugar, se realizó la prueba Student “t” que evalúa la incidencia de cada uno de los coeficientes de regresión individuales en el modelo. Por lo tanto, en las t encontrada para la variable independiente, fue significativa para la variables ansiedad rasgo, por lo tanto, se rechaza la H_0 (no hay diferencias).

6to lugar, finalmente, se establece el valor Beta, que indica que la variable independiente ansiedad rasgo es el factor de mayor explicación de ansiedad estado. Se concluye que la variable independiente: **ansiedad rasgo, presenta un porcentaje explicativo del 79.1% de la ansiedad estado.**

Tabla 23

Modelo de regresión lineal explicativo

| VARIABLES INTRODUCIDAS/ELIMINADAS | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|
| Modelo | Variables introducidas | | Variables eliminadas | | Método | |
| 1 | ansiedad rasgo | | . | | Introducir | |
| RESUMEN DEL MODELO | | | | | | |
| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación | Durbin-Watson | |
| 1 | .791 79.1% | .626 62.6% | .625 | 5,315 | 1,611 | |
| ANOVA | | | | | | |
| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 1 | Regresión | 18156,819 | 1 | 18156,819 | 642,811 | .000 |
| | Residual | 10846,459 | 384 | 28,246 | | |
| | Total | 29003,277 | 385 | | | |
| Coeficientes | | | | | | |

| | Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. |
|---|---------------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------|--------|-------------|
| | | B | Error típ. | Beta | | |
| | (Constante) | 11,585 | ,661 | | 17,524 | .000 |
| 1 | Puntaje total en ansiedad rasgo | ,826 | ,033 | .791 79.1% | 25,354 | .000 |

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Respecto al análisis descriptivo de la escala de ansiedad, en la distribución por niveles diagnósticos en ansiedad estado, podemos observar que el 8,5% tiene una ansiedad permitida; el 39,9% tiene una ansiedad baja, en tal sentido, los aportes de Donnelly et al, (1998) refieren que los temores y la ansiedad son experiencias comunes en los periodos de niñez y adolescencia y pueden ser consideradas como manifestaciones adaptativas en el desarrollo de estrategias de enfrentamiento que favorecen la autonomía y adquisición de habilidades en la maduración cognitiva. Similares resultados encontraron Montealegre (2017) en la presente investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre autoestima escolar y la ansiedad en los estudiantes de tercero y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa N° 098 “El Gran Chilimasa” de la provincia de Zarumilla -Tumbes, 2017., quien concluyó que el 1.6% obtiene un nivel de ansiedad severa, el 31.5% se ubica en un nivel de ansiedad moderada y un 66.9% obtiene un nivel normal de ansiedad.

Respecto al 42,5% de la muestra tiene una ansiedad moderada; el 7,3% de la muestra tiene una ansiedad alta y el 1,8% de la muestra tiene una ansiedad excesiva. Resumiendo, se puede decir que el 51.6% de la muestra investigada presentan ansiedad estado que va desde un nivel moderado a un nivel excesivo, sin embargo, lo más preocupante es el grupo de 42.5% que presentan una ansiedad estado moderada. Estos índices deben ser analizados para tomar en el futuro decisiones más de tipo preventivo, teniendo en cuenta que Los síntomas de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de ansiedad en etapas evolutivas posteriores. En cuanto a los tipos de ansiedad, es necesario establecer una serie de límites para evitar un cierto solapamiento entre los distintos subtipos de ansiedad clínica (MINSA, 2013).

Hay que tomar en cuenta lo que planteaba Elkin, citado por Papalia et al (2012) que refiere que en la actualidad los niños están expuestos a presiones de la vida moderna tales

como expectativas demasiado altas de sus padres en relación a su desempeño académico, deportivo, cultural, a los niños se les exponen con frecuencia a dificultades de adultos a través de los medios de comunicación masiva o que asuman responsabilidades de adultos que no les corresponde, etc. induciéndoles a crecer demasiado rápido y no disfrutar los años de su infancia; condición que les resulta demasiado estresante ya que no tienen el desarrollo cognitivo ni emocional para enfrentarlo; en este sentido a los niños de hoy se les llama “el niño apresurado”.

Así mismo, en la distribución por niveles diagnósticos en ansiedad rasgo, podemos observar que el 32,1% tiene una ansiedad permitida; el 43,3% tiene una ansiedad baja; el 18,9% de la muestra tiene una ansiedad moderada; el 5,2% de la muestra tiene una ansiedad alta y el 0,5% de la muestra tiene una ansiedad excesiva. En tal sentido respecto a la ansiedad rasgo, el 18.9% presentan una ansiedad moderada y el 5.2% una ansiedad alta y tan solo el 0.5% una ansiedad excesiva, La mayoría de los estados ansiosos de esta etapa de la adolescencia se relacionan con el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, pero existen otras esferas personales, relacionales, emocionales y convivenciales a las que también afectan. De modo que, si la ansiedad es intensa, el estudiante muestra excesiva sensibilidad y temores, lo que dará lugar a una disminución de la autoestima y del auto concepto (Jadue, 2001). Así mismo, Ruiz, et al. (2003) consideran que la ansiedad es una preocupación constante de maestros, padres, de los propios niños y, por supuesto, de los profesionales de la salud. De hecho, el estudio de la ansiedad constituye uno de los problemas más importantes para las ciencias médicas y psicológicas en los últimos años, al cual se le han dedicado numerosos trabajos en el campo de las alteraciones emocionales (p. 204).

En las Comparaciones ansiedad estado / rasgo según el sexo, los valores de los rangos promedios, indican que los escolares del sexo femenino presentan rangos promedios más altos que los rangos promedios de los escolares del sexo masculino. Se concluye que existen

diferencias muy significativas en ansiedad estado y en ansiedad rasgo según el sexo. En la comparación de los rangos promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo, en función de la institución educativa, los valores de los rangos promedios en ansiedad estado, indican que los escolares de la IE estatal presentan rangos promedios similares con los rangos promedios de los escolares de la IE privada. Se concluye que no existen diferencias en ansiedad estado según Institución educativa. Los valores de los rangos promedios en ansiedad rasgo, indican que los escolares de la IE estatal presentan rangos promedios más altos que los rangos promedios de los escolares de la IE privada. Se concluye que existen diferencias muy significativas en ansiedad rasgo según Institución educativa. En las Comparaciones ansiedad estado / rasgo según año escolar los valores de los rangos promedios en ansiedad estado/ ansiedad rasgo, indican que los escolares del 1er año de secundaria presentan rangos promedios similares con los rangos promedios de los escolares del 2do año de secundaria. Se concluye que no existen diferencias en ansiedad estado / ansiedad rasgo, según año escolar. Los resultados encontrados en las comparaciones según sexo, institución educativa y grado escolar son validados por el reporte de la investigación realizada por Idrogo (2015) quien busco describir y comparar los niveles de ansiedad estado y rasgo de los estudiantes de una institución educativa privada y una nacional en el distrito de la Victoria- Lima, donde sus resultados muestran que los niveles de ansiedad estado y rasgo en los estudiantes se encuentran en un rango moderado. No se encuentran diferencias significativas a nivel de institución educativa, sin embargo, si se percibe diferencian en cuanto al sexo, prevaleciendo la ansiedad rasgo y según el grado de instrucción, secundaria presenta mayor prevalencia en ansiedad estado. Otro reporte, que valida alguno de los resultados encontrados es el planteado por García et al. (2005) a través de su estudio buscaron relacionar el grado de ansiedad estado y ansiedad rasgo con diferentes variables sociodemográficas en adolescentes de la ciudad de Madrid en España, encontrado índices más altos de ansiedad entre los inmigrantes, las mujeres, los consumidores de tóxicos, los alumnos

que se encuentran en situación socioeconómica más precaria y quienes repiten el año de estudios. El trabajo de Becoña y Míguez (2004) sus resultado según el sexo, los hombres tienen una menor puntuación en ansiedad rasgo que las mujeres en todas las comparaciones realizadas. A diferencia de lo que encontró Cerón (2017) quien concluyó que los estudiantes de Primer Grado no presentan niveles altos de ansiedad que interfieran con su bienestar personal, social y educativo sino más bien es expresión de una respuesta funcional a los acontecimientos que se viven diariamente, considerándose como una respuesta que impulsa a la acción. También se determinó en la población que presentó niveles moderados de ansiedad que existe mayor incidencia del factor cognitivo manifestado en retraimiento, timidez y sentimiento de dependencia.

Respecto a la relación estadística con la prueba no paramétrica de correlación de Spearman (ρ) reportándose que existe relación alta positiva entre ansiedad estado y ansiedad rasgo ($\rho = .717$) y muy significativa. ($p < .001$). Esto es corroborado por Alvarado y Borrego (2015) quienes reportaron la existencia de una correlación directa entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. Finalmente, se establece el valor Beta, que indica que la variable independiente ansiedad rasgo es el factor de mayor explicación de ansiedad estado. Se concluye que la variable independiente: ansiedad rasgo, presenta un porcentaje explicativo del 79.1% de la ansiedad estado.

Algunas investigaciones relacionan la autoestima con la ansiedad, que si bien , la autoestima no fue una variable estudiada, sin embargo, debería tomarse en cuenta, dada la importancia que tienen en la etapa de la adolescencia, tal como lo plantea Hernández et al. (2018) referían en su trabajo de investigación que la adolescencia entendida como la etapa de transición a la vida adulta, se caracteriza por el cambio, especialmente emocional que pueden derivar en problemas de autoestima y respuestas de ansiedad desadaptativas ante determinadas situaciones, La relación entre autoestima y ansiedad, es negativa y estadísticamente

significativa, observando que a una mayor autoestima los estudiantes presentan menor ansiedad estado y rasgo.

Cabe especificar que la ansiedad rasgo se viene aprendiendo desde la primera infancia y la niñez, cimentándose en la adolescencia, lo que indica que en los contextos ambientales donde el niño frecuenta existe demasiadas situaciones que generan ansiedad, ya sea de forma accidental o dirigida por los padres principalmente, dado que ellos son los primeros “maestros” que educan y forman a sus hijos y es muy probable que estos padres presionen y exijan demasiado (solo 20 como nota, diplomas, cursos intensivos de verano, etc.) y si el niño no obtiene “buenas notas” es castigado. Esta presión constante, genera conflicto, frustración y tensión que con el tiempo se va convirtiendo en un estado constante de ansiedad, formándose de esa manera como hábito el rasgo, como un factor predisponente de la ansiedad estado, la cual es natural ante situaciones nuevas o desconocidas, que puede servir de impulso. Sin embargo, si el escolar tiene ya una predisposición, entonces ante otras situaciones presentará ansiedad estado moderado, alto o excesivo, que se convierten en barreras para su desarrollo social, persona, familiar y académico.

Cabe indicar, que muchas de las investigaciones reportadas en los antecedentes han evaluado la ansiedad relacionada con otras variables como son: apego, autoestima, auto concepto, rendimiento académico, etc., sin embargo, en todas las existen coincidencias respecto a la importancia de evaluar la ansiedad en esta etapa de la vida (niñez y adolescencia), tal como lo referían Ochancho y Peris (2017) quienes planteaban que los trastornos mentales más frecuentes en la infancia y adolescencia, con una prevalencia entre el 3 y el 31%, estando asociado a dificultades académicas y sociales, a la depresión, a la tentativa autolítica y al abuso de sustancias en la edad adulta. Identificar y delimitar los trastornos de ansiedad en la infancia puede ser una tarea difícil, ya que, generalmente, se van a manifestar como quejas somáticas. A ello, se le añade la dificultad que presentan los niños para expresar verbalmente su malestar

y sus sentimientos, por lo que es fundamental que se tengan presente la ansiedad como motivo subyacente de las quejas físicas en Atención Primaria. Los trastornos de ansiedad en los niños incluyen: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada. La psicoterapia suele ser el tratamiento de elección, requiriendo apoyo farmacológico, fundamentalmente, cuando el grado de ansiedad es moderado o severo, el impacto de la clínica en la vida social o escolar es alto, existe comorbilidad asociada o la respuesta a la psicoterapia es limitada. El diagnóstico temprano y la intervención efectiva en el tratamiento van a reducir de manera clara el impacto que dichos trastornos tienen en la esfera académica, familiar y social, así como la reducción de psicopatología en la etapa adulta.

Vale la pena tener presente lo que aportan Banda et al. (2011) quienes planteaban que la ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. Es considerada como una reacción emocional y tiene que ver con el hecho de sentirse en riesgo, Spielberger, define el estado de ansiedad como las sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas de manera transitoria, es decir que la aprehensión, tensión y preocupación varían en intensidad y fluctúan en un cierto plazo del tiempo.

Finalmente, Ruiz et al. (2003) validaron el STAI, donde se corrobora su valor para el diagnóstico de la ansiedad en dicha población infantil, lo cual se ha seguido demostrando en diferentes investigaciones realizadas durante los últimos diez años en distintas áreas.

VI. CONCLUSIONES

1. En niveles de la Ansiedad estado el 8,5% tiene una ansiedad permitida; el 39,9% tiene una ansiedad baja; el 42,5% de la muestra tiene una ansiedad moderada; el 7,3% de la muestra tiene una ansiedad alta y el 1,8% de la muestra tiene una ansiedad excesiva.
2. En ansiedad rasgo, el 32,1% tiene una ansiedad permitida; el 43,3% tiene una ansiedad baja; el 18,9% de la muestra tiene una ansiedad moderada; el 5,2% de la muestra tiene una ansiedad alta y el 0,5% de la muestra tiene una ansiedad excesiva.
3. Existen diferencias muy significativas en ansiedad estado y en ansiedad rasgo según el sexo. No existen diferencias en ansiedad estado según Institución educativa. Existen diferencias muy significativas en ansiedad rasgo según Institución educativa. No existen diferencias en ansiedad estado / ansiedad rasgo, según año escolar.
4. Existe relación alta positiva entre ansiedad estado y ansiedad rasgo ($\rho = .717$) y muy significativa. ($p < .001$). La ansiedad rasgo explica en un 71.9% a la ansiedad estado.

VII. RECOMENDACIONES

1. Hacer extensivo la investigación a los niveles de educación básica regular nivel de educación primaria de la IE estatal con la finalidad de validar el instrumento IDARE.
2. Establecer un perfil real de la ansiedad estado y ansiedad rasgo en la población estudiantil en instituciones estudiantiles de la red educativa del distrito de Comas.
3. Se debería abordarse tempranamente con programas tutoriales y ser detectados en los escolares de menores edades sus niveles de ansiedad con la finalidad de prevenirlos y controlarlos.
4. Se debería trabajar en las escuelas de padres programas de apoyo y consejería con la finalidad de que los padres de familia desde sus hogares prevengan situaciones que generen ansiedad y estos si son continuos se conviertan más adelante en un rasgo.
5. Se debería capacitar a los profesores para que utilicen estrategias didácticas que faciliten el trabajo cooperativo y participativo, que mejoren la autoestima y las habilidades sociales en sus aulas.

VIII. REFERENCIAS

- Aguilera P. y Whetsell, M. (2007). La ansiedad en niños hospitalizados. *Aquichan año 7*, 7(2), pp. 207-218. Chía, Colombia – Octubre. ISSN 1657-5997
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., y Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash y Barkley, R. A. (Eds.). *Child psychopathology*. (pp. 278-329). Guilford. Press.
- Alvarado L. y Borrego C. (2015). *Estrategias de afrontamiento y ansiedad en adolescentes de una institución educativa estatal de Trujillo*. (Tesis para obtener el título de psicóloga). Universidad Privada del Norte. Trujillo – Perú.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington. VA. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Aravena, R., Riedemann, A. y Vásquez, A. (1993). *La muerte desde el mundo de los niños: una aproximación al concepto de muerte en la infancia*. (Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología). Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Arcas S. y Cano A. (2006). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Revista electrónica de Psicología, Psicología.COM [Online]*, 3(1), pp. 145-155 URL: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_6.htm
- Ávila R. (1998). *Estadística elemental*. Estudios y Ediciones S.A.
- Axelson A y Birmaher D (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, pp. 14-67.
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008) *Higiene y prevención de la Ansiedad*. Díaz de Santos
- Bados, A. (2005). *Trastorno de ansiedad por separación. Rechazo escolar y fobia escolar*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

- Ballesteros P. y Sarmiento J. (2013). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. *Revista Vanguardia Psicológica. Clínica teórica y práctica*. 3(2), pp. 184-95.
- Banda O., Maldonado G., Ibarra C. y Martínez P. (2011). Valoración de la Ansiedad Estado/rasgo en Pacientes Pediátricos Hospitalizados. *Desarrollo Científico en Enfermería*, 19(9). Octubre,
- Barlow, H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Guilfor Press.
- Barlow, H. y Durand, M. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. Thomson Learning
- Barreto, M. (2015). *Relajación en estados de ansiedad y procrastinación en ingresantes a la facultad de ciencias sociales* (Tesis de post grado). Universidad nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis /4543/1 /Barreto_em.pdf
- Bauermeister .J., Colón O., Villamil, B. y Spielberger, C. (1986). Confiabilidad y validez del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños puertorriqueños y panameños. *Revista Interamericana de Psicología*, 20(182)..
- Bauermeister, J., Huergo, M., García, C. y Otero, F. (1988). El Inventario de Autoevaluación sobre Exámenes (IDASE) y su aplicabilidad a estudiantes de escuelas secundarias. *Spanish Journal of Behavioral Sciences*, 10(1).
- Beck, A.; Emery, G., y Grenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books..
- Belloch, A; Sandín, B y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología. Volumen II*. Aravaca.
- Bermúdez, J. (1977). *Ansiedad y rendimiento*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense. España.

- Bertoglia, L. (2005). La Ansiedad y su Relación con el Aprendizaje. *Psicoperspectivas*, 5(1), pp. 13-18. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171016577003>
- Bernstein GA y Garfinkel BD (1992). The Visual Analogue Scale for Anxiety-Revised: Psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, pp. 223-239
- Bertoglia, L. (2008) Ansiedad y rendimiento en adolescentes escolares. Una alternativa de acción. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 4(1), pp. 27-32. <http://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/22/22>
- Bobes, J. (2001). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria*. Masson.
- Bragado, C., Carrasco, M. Sánchez R. y Bersabe, R. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, (2-3), pp. 97-112.
- Bustamante A. y Concha A. (2019). *Niveles de ansiedad entre los estudiantes de 9 y 12 años con apego seguro e inseguro de dos colegios de Arequipa*. (Tesis para optar el título profesional de licenciadas en psicología). Universidad Católica San Pablo. Arequipa-Perú
- Cabrera P., Urrutia B., Vera V., Alvarado M. y Ver-Villarroel P. (2005). Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. Universidad de Santiago de Chile, USACH. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), pp. 115-124
- Canales F., de Alvarado E. y Pineda E. (1994). *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda edición*. Organización Panamericana de la Salud.
- Cano, V. (2011). Ansiedad claves para manejarla. Emociones que nos rompen: ansiedad y depresión. *Critica*, 974, pp. 31-36. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?ncodigo=3694311>

- Cárdenas, E., Feria, M., Palacios, L. y Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40579737/trastornos_de_ansiedad.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1476684124&Signature=GSiRqVumIgVo5ErtKKT90DnZfiY%3D&responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DTrastornos_de_ansiedad.Pdf. Pdf.
- Cerón A. (2017). *Niveles de ansiedad en niños y niñas de primer grado de primaria de un colegio privado católico de la ciudad de San Salvador*. (Tesis de post grado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Céspedes, E. (2015). *Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo en niños y adolescentes de lima sur* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Perú, Lima. <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/135/6/CESPEDES%20CONDOMA.pdf>
- Clark, A. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Clínica de Ansiedad (2000). *Ansiedad en niños*. <http://www.clinicadeansiedad.com/documentos.asp?doc=89&rec=29>
- Cía (2002). Ansiedad en Grupos Especiales según Edad y Género. En: *La Ansiedad y sus trastornos*. Manual Diagnóstico y Terapéutico. Productos Roche S.Q. e I.
- Craske, M.G., Rauch, S.L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D.S., y Zinbarg, R.E. (2009). What is an anxiety disorder?. *Depression and Anxiety*, 26, pp. 1066-1085.
- Cuenca, E.; Rangel, B. y Rangel, M. (2004). *Psicología*. Internacional Thomson.
- Davison, C. y Neale, M. (2000). *Psicología de la conducta anormal*. Limusa.
- Díaz-Guerrero, R. y Spielberger, C. (1975). *IDAREN: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. El Manual Moderno (Primera parte).

- Donnelly, C. L., Maletic, V. y March, J. S. (1998). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En D. X. Parmelee y R. B. David (Eds.). *Psiquiatría del niño y adolescente*. (pp.97-120). Harcourt Brace.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Pirámide
- Endler, S. (1975). A person-situation interaction model for anxiety. A person-situation interaction model for anxiety. En Cano, A., y Miguel, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6(1), pp. 14-21.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. LEA
- Federación Mundial de Salud Mental (2006). *Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes*. Programa de Educación en Salud Mental de la Federación Mundial de Salud Mental. URL: http://www.charityadvantage.com/wmhd/imagenes/65593_spanish%20final.pdf
- Galiano C., Castellanos T. y Moreno T. (2016). Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(2). <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-753120160>.
- García-Fernández JM (1997). *Validación de tres formas del Inventario de Miedos Escolares*. (Tesis doctoral no publicada). Murcia, Universidad de Murcia.
- García-Fernández, M, Inglés J, Martínez M y Redondo J. (2008). Evaluación y tratamiento de la ansiedad escolar en la infancia y la adolescencia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 16, pp. 413-437.
- García, C., Hijano, A., Carreño, P., Martín, M., Gisbert, J. y Peña, E. (2005). Ansiedad en adolescentes de un barrio de Madrid. *Atención Primaria*, 38(3), pp. 154 – 158. <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v38n03a13090978pdf001>.

- García R, y Maturana A. (2017). Problemas y Trastorno de Salud Mental en el Adolescente. En Riquelme R, Quijada M. *Psiquiatría y Salud Mental*. Soc. Chilena de Salud Mental. 2017, pp. 681-720
- Granell de Aldaz, E., Vivas, E., Gelfand, D. y Feldman, L. (1984). Estimating the prevalence of school refusal and school-related fears. A Venezuelan sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, pp. 722–729.
- Greene J. y D'Oliveira M. (2006). *Test estadísticos para psicología*. 3ra. Edición. Mc Graw Hill.
- Hart, A. (1994). *Hijos con estrés*. Cúpula.
- Hernández M., Belmonte L. y Martínez M. (2018). Autoestima y ansiedad en los adolescentes. México. *ReiDoCrea*, 7, pp. 269-278.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Idrogo D. (2015). *Niveles de ansiedad estado - rasgo en estudiantes del nivel primaria y secundaria de una Institución Educativa Privada y una Nacional del Distrito de La Victoria*. (Tesis para título de psicólogo). Universidad Peruana Unión. Lima – Perú
- Instituto Nacional de Estadística e Informática: INEI, (2013). *Encuesta demográfica y salud familiar-ENDES*, Nacional y Departamental, 2013. Jesús María. Perú. Biblioteca Nacional del Perú N° 2014-06315.
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, (27), pp. 111-118.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Editorial UOC.
- Kendall C y Brady EU (1995). Comorbidity in the anxiety disorders of childhood. En KD Craig y KS Dobson (Eds.), *Anxiety and depression in adults and children* (pp. 3-36). SAGE.

- Kashani, J., y Orvaschel, H. (1990). A Community Study of Anxiety in Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, pp. 313-318.
- Kerlinger, F. (2004). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw Hill Interamericana.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J.U.H. Shilen (ed.), *Research in psychotherapy*, 3, pp. 90-102. American Psychological Association
- Lazarus, R. (1976). *The stress and coping paradigm*. Eisdorfer.
- López-Ibor J. (Coord) (1992): “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” y “Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia”. En: Meditor eds. CIE-10: *Trastornos Mentales y del comportamiento*. 1992. pp. 167-186 y pp. 333-338.
- Mardomingo MJ. (1994). Trastornos de ansiedad. En: Mardomingo MJ (ed.). *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*. Díaz de Santos; 1994. pp. 281- 314.
- Martínez-Monteagudo, M., García-Fernández, J. y Inglés, C. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), pp. 47-64
- Martínez-Monteagudo, M., Inglés, C., Trianes, M. y García-Fernández, J. (2011). Perfiles de ansiedad escolar: Diferencias en clima social y violencia entre iguales. *Electronic Journal of research in Educational psychology*, 9(25), pp. 1023-1042. http://www.investigacionpsicopedagogica.com/revista/articulos/25/espanol/Art_25_607.pdf

- McShane G, Walter G y Rey JM (2001). Characteristics of adolescents with school refusal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35, pp. 822-826.
- MINSA (2013). Diagnóstico local participativo del consumo de drogas del distrito de La Victoria - 2006. *Boletín epidemiológico*, 6(2). Dirección de Salud V, Lima http://www.cicad.oas.org/fortalecimientoinstitucional/savia/PDF/diagnosticofinal/Diagnostico_Final_Victoria.pdf
- Montealegre N. (2017). *Relación entre autoestima escolar y la ansiedad en los estudiantes de tercero y cuarto año de secundaria de la institución educativa n° 098 “el gran Chilimasa” de la provincia de Zarumilla -Tumbes, 2017.* (Tesis licenciatura). Universidad Católica Los Ángeles. Chimbote-Perú
- Morris, C. y Maisto, A. (2002). *Psicología*. Person Education.
- Morris, C. y Maisto, A. (2009). *Introducción a la psicología*. Pearson Educación
- Natalicio, F. y Natalicio, N. (1971). Elaboración de la edición en español del Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado. *Interamerican Journal of Psychology*, 2(5).
- Ochando G. (2008). La ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*. 2008; XII (9), pp. 901-906.
- Ochando G. y Peris P. (2012). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*. 16(9), pp. 707-714
- Ochancho G. y Peris S. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*; 21(1), pp. 39 – 46
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001*. Washington, D.C.: OPS/OMS
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001*. OPS/OMS, 1998. Noviembre de 1998. [21 de abril de 2006] URL: http://www.bireme.br/adolesc_org/pdf/planspa.pdf

- Papalia, D., Olds, S., y Feldman, R. (2001). *Human development*. (8ª ed.). McGraw-Hill.
- Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012) *Desarrollo humano*, 12ª. Edición. McGraw-Hill.
- Prabhuswamy M, Srinath S, Girimaji S y Seshadri S (2007). Outcome of children with school refusal. *Indian Journal of Pediatrics*, 74, pp. 375-379
- Rapee R. M. (2009) Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Irarrázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey JM (ed.), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes.
- Reyes, J. y Ayuso, J. (2012). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Riso, W. (2011). *Ansiedad*. <http://www.walter-riso.com/>
- Ruiz A., Grau J., Fumero A., Vizcaíno M., Martín M. y Prado F. (2003). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en adolescentes cubanos. *Psicología y Salud*, 13(2), pp. 203-214, julio-diciembre.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). La ansiedad en la infancia. La experiencia de la angustia en los niños. *Psicopatología del niño y del adolescente*, pp. 521-543. <http://www.petra-udl.com/aaluja-archi/psico/recoma/ansi-infan.pdf>
- Ruiz M. y Lago B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En: AEP ap ed. *Curso de Actualización Pediatría*. Exlibris Ediciones.
- Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Valiente, R.M., y Santed, M.A. (1998). Predictores psicológicos y sociodemográficos de la ansiedad anticipatoria ante la participación en «segundas pruebas» de detección de cáncer de mama. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, pp. 17-36.

- Serfaty M, Zavala G, Masaútis E. y Foglia V: (2001). Trastornos de Ansiedad en Adolescentes. *Revista Argentina de Trastornos de Ansiedad*, 5, pp. 18-22.
- Shaffer, R. (2000). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Thomson.
- Sierra, J.C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade- Fortaleza*, 1(3), pp. 10-59.
- Silverman, W.K. y Ollendick, T.H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, pp. 380-411.
- Sinais (2003). *La ansiedad*. <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/quees/quees.htm>
- Spielberger, C. (1966). Theory and research on anxiety. En: C.D. Spielberger (Ed.): *Anxiety and behavior*. Academic Press.
- Spielberger, C. (1973). *The State-Trait Anxiety Inventory for Children*, Consulting Psychologists Press
- Spielberger, C., Gorsuch, L. y Lushene, E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAIC)*. TEA.
- Spielberger, C. (1985). Assessment of state an trait. Anxiety conceptual and methodological issues. *The Sorit Hern Psychologist*, 2, p. 616.
- Spielberger, C. y Díaz, R. (2002) *Idare Inventario de Ansiedad: rasgo - estado*. Editorial el Manual Moderno S.A.
- Spielberger, C., Edwards, C. y Lushene, E. (1990). *Manual del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC)*. TEA.
- Sum, M. (2015). Niveles de ansiedad que presentan los trabajadores del organismo Judicial de la cabecera departamental de Huehuetenango (Tesis de pregrado). Universidad Rafael

- Landívar, Guatemala. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/43/ Sum-Maria.pdf>.
- Taboada M, Ezpeleta L, y de la Osa N. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y estrés*. 4(1), pp. 1-16.
- Tandon, M., Cardell, E, y Luby, J. (2009). Internalizing disorders in early childhood: a review of depressive and anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 18, pp. 593-610
- Timmerman, K. (1983). Preoperative fears in older children. *AORN Journal*, 38, pp. 830-832.
- Urraca, S. (1981). *Actitudes ante la muerte (preocupacion, ansiedad, temor) y religiosidad*. (Tesis doctoral). Fac. Psicología, U.C.M.
- Valiente, R. M., Sandín, B., Chorot, P. y Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: Datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15(3), pp. 414-419.
- Valverde, V. y Vásquez, V. (1991). *Factores psicosociales en el proceso de ajuste de las familias con un niño con cáncer*. (Tesis para optar al título de Psicólogo). Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Vindel, A. y Tobal, J. (1990). Progresos en el tratamiento de la ansiedad: adecuación de las técnicas terapéuticas a las características individuales. En *Psicología española en la Europa de los 90: ciencia y profesión*. Valencia, pp. 270-274
- Virues, R. A. (2005, 25 de mayo). Estudio sobre ansiedad. Revista *Psicología Científica.com*, 7(8).<http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- Wade, C. y Tavris, C. (2003). *Psicología*. Pearson Educación.
- Zamorano E. (2000). El diagnóstico psicopatológico y los trastornos mentales en la adolescencia. En: Suárez Richards M. *Introducción a la Psiquiatría*. 2ª ed. Editorial Salerno, 2000. pp. 389-406.

Zinbarg, R.E. (1998). Concordance and synchrony in measures of anxiety and panic reconsidered: A hierarchical model of anxiety and panic. *Behavior Therapy*, 29, pp. 301-323.

Zolog C, Jane C, Bonillo A, Canals J, Hernández C y Romero K (2011). Somatic complaints and symptoms of anxiety and depression in a school-based sample of preadolescents and early adolescents. Functional impairment and implications for treatment. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11, pp. 191-208.

IX. ANEXOS

Anexo A. Escala de ansiedad

S T A I

A/E PD = 30 + =
 A/
 R PD = 21 + =

AUTOEVALUACION A (E/R)

APELLIDOS Y NOMBRES :

EDAD: _____ SEXO: (V) (M) FECHA: _____

CENTRO : _____ ESTADO CIVIL : _____

A-E**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

| | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|--|------|------|----------|-------|
| 1. Me siento calmado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. me siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento angustiado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento cómodo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. tengo confianza en mi mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Me siento nervioso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Estoy desasosegado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Me siento muy "atado" (como oprimido) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Estoy relajado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Me siento satisfecho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Estoy preocupado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Me siento aturdido y sobreexcitado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento alegre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. En este momento me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

A- R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

| | | Casi Nunca | A Veces | A Menudo | Casi Siempre |
|-----|--|------------|---------|----------|--------------|
| 21. | Me siento calmado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. | Me Canso rápidamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. | Siento ganas de llorar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. | Me gustaría ser feliz como otros | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. | perdo oportunidades por no decidirme pronto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. | M siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. | Soy una persona tranquila serena y sosegada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. | Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | | | | | |
| 9. | Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. | Soy feliz | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. | Suelo tomar las cosas demasiado seriamente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. | Me falta confianza en mi mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. | Me siento seguro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. | No suelo afrontar crisis o dificultades | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. | Me siento triste (melancólico). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. | Estoy satisfecho. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. | Me rondan y molestan pensamientos sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | Me afectan tanto los desengaños que no puedo | | | | |
| 38. | olvidarlos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. | Soy una persona estable. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones | | | | |
| 40. | actuales, | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | me pongo tenso y agitado | | | | |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Anexo B. Matriz de consistencia

| Problema y objetivo general | Objetivos específicos | Hipótesis | Método |
|---|--|---|--|
| <p>Problema</p> <p>¿Cómo se presenta la Ansiedad estado / rasgo y se comparan según sexo, grado escolar y tipo de institución educativa, en escolares en dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019?</p> <p>Objetivo general</p> <p>Determinar los niveles de Ansiedad estado / rasgo y su comparación según sexo, grado escolar y tipo de institución educativa, en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima Metropolitana – 2019.</p> | <p>Describir los niveles de la Ansiedad estado en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, institución educativa y año escolar.</p> <p>Describir los niveles de la Ansiedad rasgo, en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, institución educativa y año escolar.</p> <p>Hallar las diferencias en los promedios de la Ansiedad estado y ansiedad rasgo en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, año escolar y tipo de institución educativa.</p> <p>Hallar la relación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019.</p> | <p>Hipótesis General</p> <p>Existe porcentajes altos en los niveles bajos y moderado de Ansiedad estado / rasgo y hay diferencias según sexo, grado escolar y tipo de institución educativa, en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima Metropolitana – 2019.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe porcentajes altos en los niveles moderados de la Ansiedad estado en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, institución educativa y año escolar.</p> <p>Existe porcentajes altos en los niveles moderados de la Ansiedad rasgo, en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, institución educativa y año escolar.</p> <p>Existe diferencias en los promedios de la Ansiedad estado y ansiedad rasgo en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019 según sexo, año escolar y tipo de institución educativa.</p> <p>Existe relación significativa entre ansiedad estado y ansiedad rasgo en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima metropolitana – 2019.</p> | <p>El Tipo de investigación es descriptiva-analítica. Diseño no experimental, de corte transversal.</p> <p>Ámbito temporal y espacial. Se llevó cabo en dos IE del distrito de Comas, Lima, Agosto - Septiembre del 2019.</p> <p>Variables</p> <p>Variable investigativa: Ansiedad</p> <p>Variables de comparación</p> <p>Sexo: masculino – femenino</p> <p>Grado escolar: del 1ro y 2do año de secundaria.</p> <p>Institución educativa: Institución educativa estatal – institución educativa privada.</p> <p>Población :y muestra</p> <p>Conformada por 570 escolares del 1ro y 2do año de secundaria de dos instituciones educativas</p> <p>La muestra estuvo conformada por 386 escolares que representa el 67.7% de la población de estudio.</p> <p>Instrumento</p> <p>State-trait Anxiety inventory (Self Evaluation Questionnaire)". Autores: C.D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene. Conformado por 40 ítems distribuidos en dos subescalas (ansiedad rasgo y ansiedad estado) de 20 ítems cada una.</p> |

Anexo C. Ficha técnica de datos generales y consentimiento informado**Prueba N°....****Ficha técnica de datos generales y consentimiento informado****Objetivo general de la investigación**

Determinar los niveles de Ansiedad estado / rasgo y compararlos según sexo, grado escolar y tipo de institución educativa, en escolares de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Comas en Lima Metropolitana – 2019.

Consentimiento informado

Usted al aceptar llenar el instrumento de obtención de los datos está aceptando tácitamente ser parte de la muestra de investigación, lo que implícitamente está otorgando su consentimiento. La encuesta es anónima, es confidencial y solo los datos obtenidos son con fines para la presente investigación. En caso de que usted ya no desee continuar con el llenado de la escala, está en su derecho de no hacerlo y el encuestador respetara su decisión.

Datos generales.

- 1. Sexo:** Masculino () - Femenino ()
- 2. Edad:** (..... años)
- 3. Año de estudios:** Primero () - Segundo ()
- 4. Institución educativa:** Estatal () - Privada ()