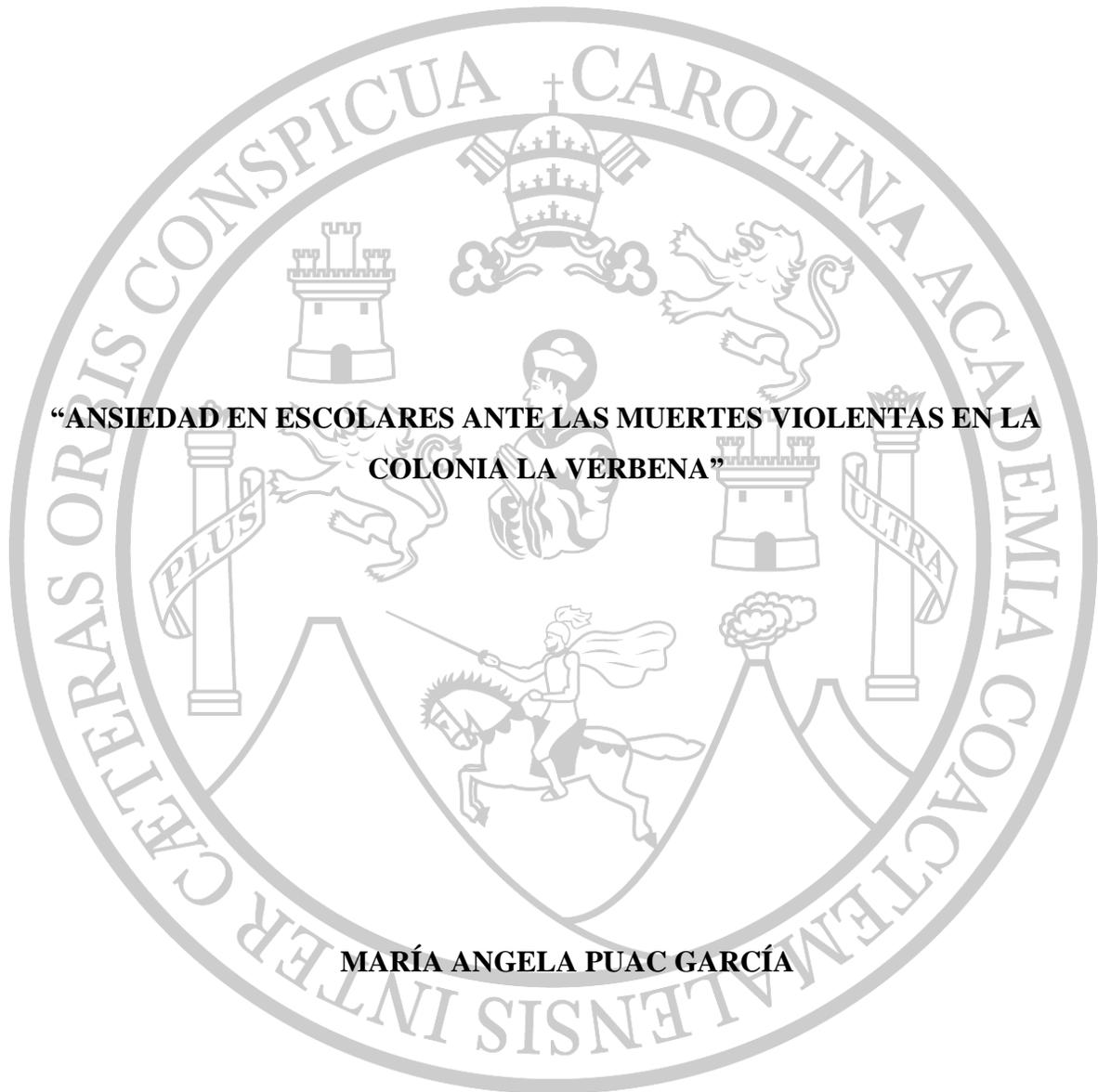
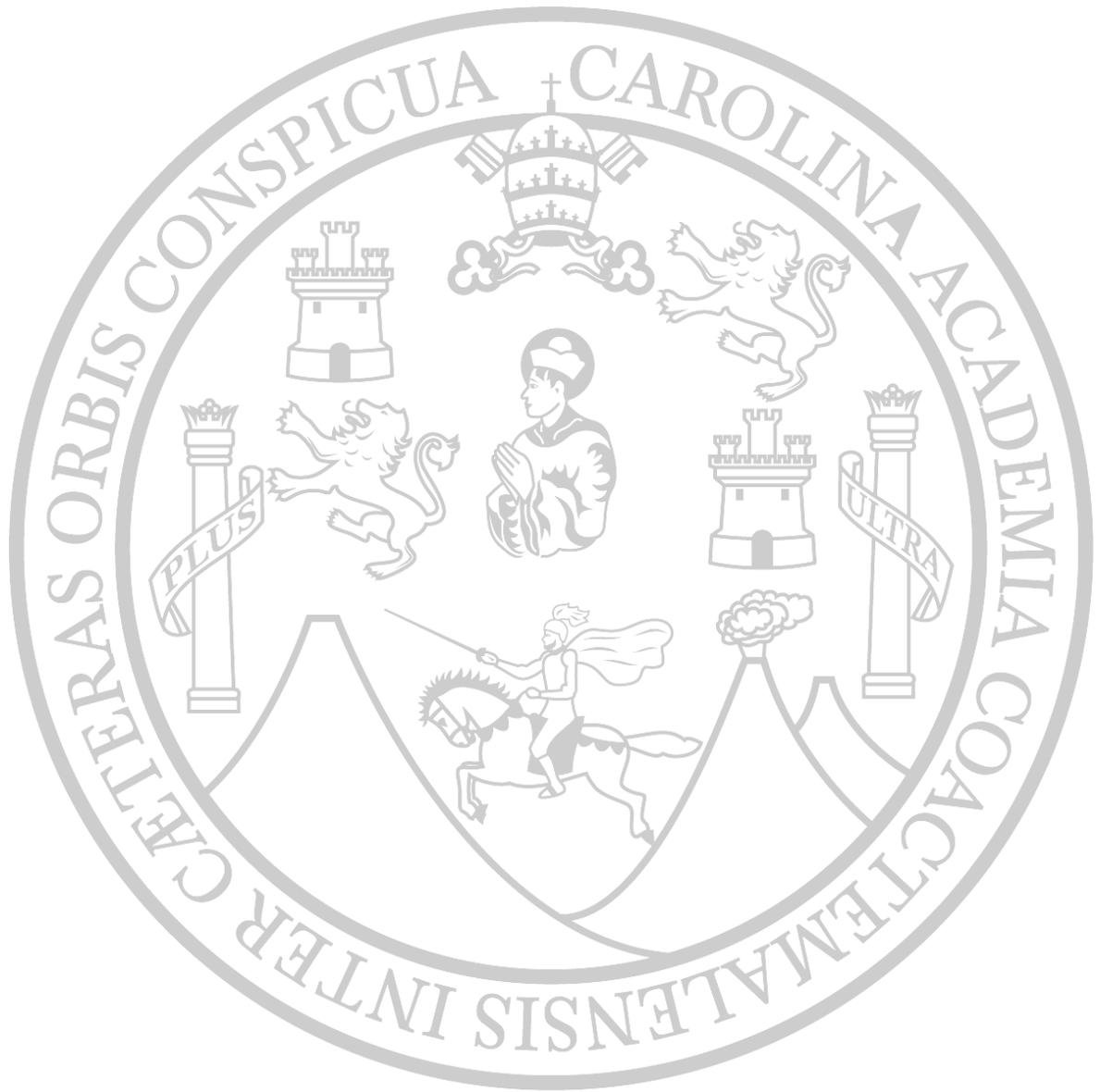


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-**  
**“MAYRA GUTIÉRREZ”**



**MARÍA ANGELA PUAC GARCÍA**

**GUATEMALA, OCTUBRE 2023**



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

“ANSIEDAD EN ESCOLARES ANTE LAS MUERTES VIOLENTAS EN LA  
COLONIA LA VERBENA”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE

CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

MARÍA ANGELA PUAC GARCÍA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

**PSICÓLOGA**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

**LICENCIADA**

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

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina.

**DIRECTOR**

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León.

**SECRETARIA**

M.A. Karla Amparo Carrera Vela.

M. Sc. José Mariano González Barrios.

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

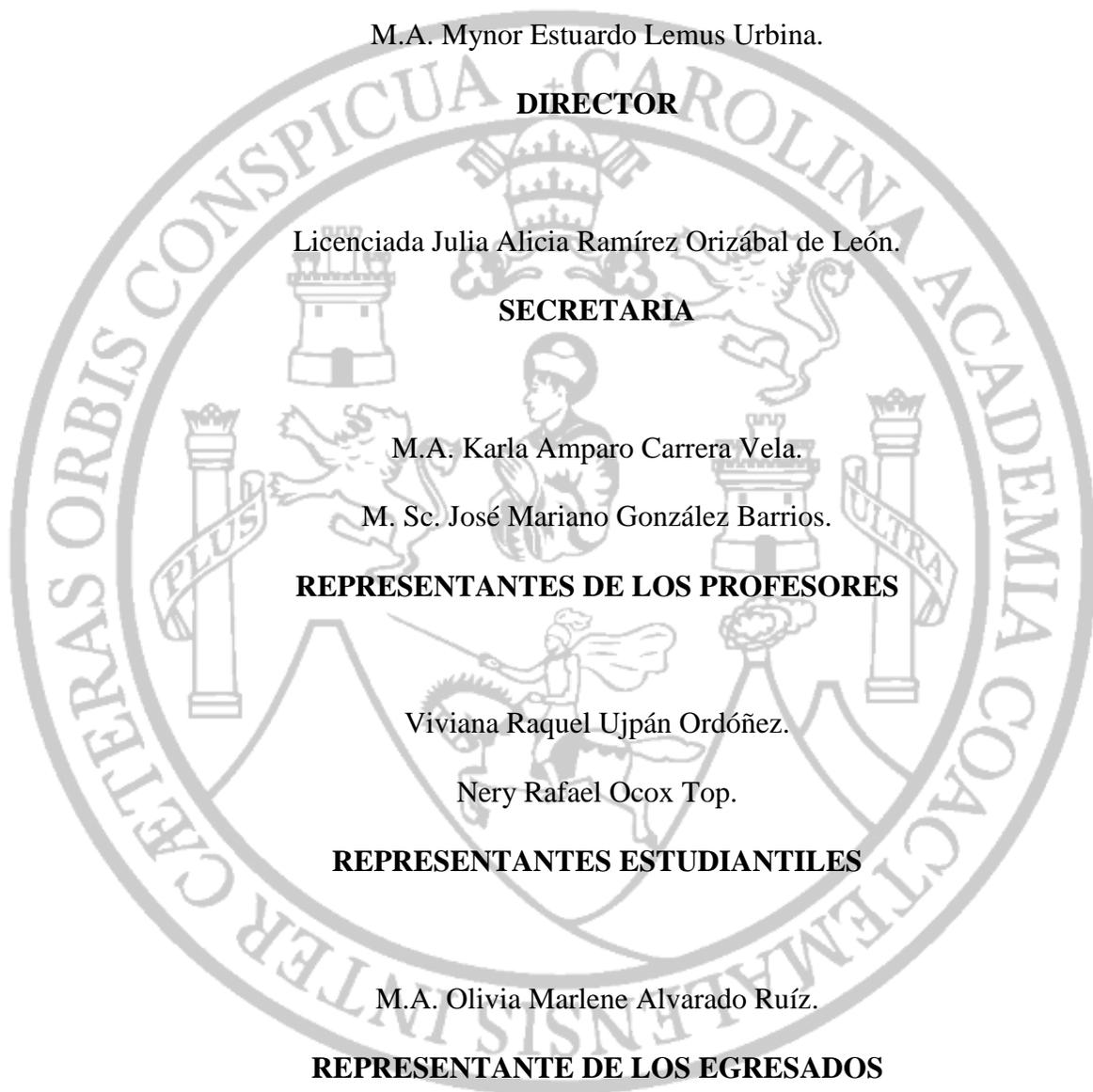
Viviana Raquel Ujpán Ordóñez.

Nery Rafael Ocox Top.

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz.

**REPRESENTANTE DE LOS EGRESADOS**



(Carta de Orden de Impresión)



CIEPs. 044-2023  
REG. 066-2019

**INFORME FINAL**

Guatemala, 02 de agosto de 2023

**Señores**  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Suhelen Patricia Jiménez** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

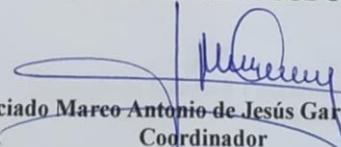
**“ANSIEDAD EN ESCOLARES ANTE LAS MUERTES VIOLENTAS EN LA COLONIA LA VERBENA”.**

|                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| <b>ESTUDIANTES:</b>             | <b>DPI. No.</b>      |
| <b>María Angela Puac García</b> | <b>1922838390101</b> |
| <b>Antonio Chiroy Ajiataz</b>   | <b>1864326900101</b> |

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

El cual fue aprobado el 31 de julio de 2023 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 28 de julio de 2023, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
**Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez**  
**Coordinador**  
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.**  
**“Mayra Gutiérrez”**





Universidad de San Carlos de Guatemala  
Escuela de Ciencias Psicológicas



CIEPs. 044-2023  
REG. 066-2019

Guatemala, 02 de agosto de 2023

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez  
Coordinador  
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs  
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**“ANSIEDAD EN ESCOLARES ANTE LAS MUERTES VIOLENTAS EN LA COLONIA LA VERBENA”.**

**ESTUDIANTES:**  
María Angela Puac García  
Antonio Chiroy Ajiataz

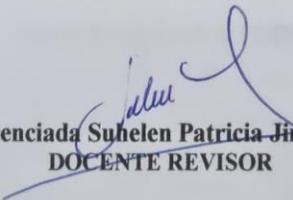
**DPI. No.**  
1922838390101  
1864326900101

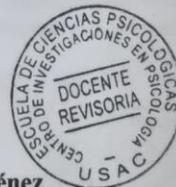
**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 17 de julio de 2023, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
**Licenciada Suhelen Patricia Jiménez**  
**DOCENTE REVISOR**



c. archivo

Centro Universitario Metropolitano –CUM– Edificio “A”  
9ª. Avenida 9-45, Zona 11, Guatemala, Centroamérica, Teléfono: 2418-7530  
www.psicologia.usac.edu.gt / Email: info@psicousac.edu.gt

Guatemala 23 de febrero de 2023

Licenciado  
Marco Antonio de Jesús García Enríquez  
Coordinador  
Centro de Investigaciones en Psicología  
(CIEPs) "Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe de investigación titulado "Ansiedad en escolares ante las muertes violentas en la colonia la Verbena" realizado por los estudiantes: María Angela Puac García CUI 1922 83839 0101 y Antonio Chiroy Ajiataz CUI 1864 32690 0101

El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez", por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.  
Atentamente, Licenciado

  
Donald W. González Aguilar  
Psicólogo  
Colegiado 10907

**PADRINOS DE GRADUACIÓN**

POR: María Angela Puac García

Santos Francisco  
Puac García

MÉDICO Y  
CIRUJANO  
COLEGIADO 16044

Donald Wylman  
González Aguilar

LICENCIADO EN  
PSICOLOGÍA  
COLEGIADO 10907

**DEDICATORIA A DIOS:**

Con profundo agradecimiento y gratitud, dedico este logro a Dios, fuente inagotable de sabiduría y guía en cada paso de mi vida. Su amor y misericordia me han acompañado a lo largo de esta jornada académica, iluminando mi camino y fortaleciendo mi determinación.

**A MIS QUERIDOS PADRES:**

Julia García y Francisco Puac (+), quienes, con su amor incondicional, sacrificio y apoyo constante han sido mis pilares durante este viaje. Su ejemplo de tenacidad y valores me ha inspirado a alcanzar mis metas y superar los desafíos con valentía. Gracias por ser mi mayor fuente de inspiración.

**A MIS HERMANOS Y HERMANAS**

A mis valiosos hermanos y hermanas, cuya complicidad, cariño y apoyo han sido un regalo invaluable en mi vida. Sus palabras de aliento y su presencia en cada momento han hecho este camino mucho más significativo y enriquecedor

**A MI PAREJA**

Felipe Ramírez por su amor y apoyo constante, gracias por ser mi compañero de vida y mi confidente.

**A MIS AMIGOS**

Quienes han sido mi familia elegida y han compartido conmigo risas, lágrimas y momentos inolvidables. Su amistad ha sido un bálsamo para el alma y una fuente constante de alegría en este viaje.

**María Angela Puac García**

## **AGRADECIMIENTOS:**

### **A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS**

Cuyos muros han sido testigos de mi crecimiento intelectual y personal. Agradezco por brindarme la oportunidad de adentrarme en el mundo del conocimiento y por ser el espacio donde he encontrado mentores excepcionales que han nutrido mi pasión por la psicología.

### **A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Por abrir sus puertas y brindarme un ambiente enriquecedor donde he adquirido las herramientas necesarias para comprender la complejidad de la mente humana. Cada profesor ha dejado una huella imborrable en mi formación y estoy agradecida por la dedicación que han puesto en mi educación.

### **A MI REVISORA Y ASESOR**

Licenciada Suhelen Jiménez y Licenciado Donald Gonzáles por la paciencia, tiempo, esfuerzo y conocimiento que me brindaron para culminar este proceso.

### **AL CENTRO DE EDUCATIVO "PADRE OTTORINO"**

Por abrirme las puertas y darme la oportunidad de llevar a cabo la investigación.

**María Angela Puac García**

## Tabla de Contenido

|   |    |
|---|----|
| Resumen .....   | 1  |
| Prólogo .....   | 2  |
| Capítulo I.....   | 6  |
| 1. Planteamiento del problema y marco teórico .....                       | 6  |
| 1.1. Planteamiento del problema .....                                     | 6  |
| 1.2. Objetivos.....   | 10 |
| 1.2.1. General.....   | 10 |
| 1.2.2. Específicos.....   | 10 |
| 1.3. Marco teórico.....   | 11 |
| 1.3.1. Antecedentes.....  | 11 |
| 1.3.2. Ansiedad: .....  | 12 |
| 1.3.2.1. Ansiedad de estado .....   | 17 |
| 1.3.2.2. Ansiedad de rasgo.....   | 19 |
| 1.3.2.3. Ansiedad rasgo y estado en niños.....                            | 23 |
| 1.3.2.4. Ansiedad por separación.....                                     | 24 |
| 1.3.3. La violencia .....   | 24 |
| 1.3.4. La muerte: .....   | 25 |
| 1.3.4.1. Clasificación de muerte .....                                    | 27 |
| 1.3.4.1.1. Muerte violenta.....   | 27 |
| 1.3.4.1.2. Muerte no violenta.....  | 27 |
| 1.3.5. Comportamiento: .....  | 27 |
| 1.3.6. Emociones .....  | 28 |
| 1.3.6.1. Funciones emocionales.....                                       | 29 |
| 1.3.6.2. Funciones principales de la emoción:.....                        | 29 |
| 1.4. Consideraciones éticas.....  | 29 |
| Capítulo II.....  | 31 |
| 2. Técnicas e instrumentos.....   | 31 |
| 2.01 Enfoque y modelo de investigación .....                              | 31 |
| 2.02 Técnicas .....   | 31 |
| 2.02.01 Técnicas de muestreo.....   | 31 |
| 2.02.02 Técnicas de recolección de datos.....                             | 32 |
| 2.02.03 Técnicas de análisis de datos .....                               | 32 |
| 2.03 Instrumentos .....   | 33 |
| 2.03.1 Escala Guía de inventario de ansiedad Rasgo- Estado (IDAREN) ..... | 33 |
| 2.03.2 Escala de ansiedad <i>Spence Children (SCAS)</i> .....             | 34 |
| 2.03.3 Cuestionario sociodemográfico .....                                | 34 |
| 2.03.4 Procedimientos éticos .....  | 35 |

|  |    |
|--|----|
| 2.04 Operacionalización de objetivos, categorías/variables.....                    | 37 |
| 2.04.01. Operacionalización de objetivos.....                                      | 37 |
| Protocolo de consentimiento informado.....   | 38 |
| 2.04.02. Variables.....  | 38 |
| Capítulo III .....   | 40 |
| 3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados.....                  | 40 |
| 3.01 Características del lugar y de la muestra .....                               | 40 |
| 3.01.1 Características del lugar.....  | 40 |
| 3.01.2 Características de la muestra .....   | 40 |
| 3.02 Presentación e interpretación de resultados.....                              | 41 |
| 3.02.1 Niveles de ansiedad rasgo.....  | 41 |
| 3.02.2 Niveles de ansiedad estado .....  | 46 |
| 3.02.3 Indicadores del trastorno de ansiedad generalizada .....                    | 52 |
| 3.02.4 Indicadores del trastorno de ansiedad de separación.....                    | 56 |
| 3.02.5 Confiabilidad y normalidad de los datos .....                               | 62 |
| 3.03. Análisis general .....   | 63 |
| Capítulo IV .....  | 75 |
| 4. Conclusiones y recomendaciones.....   | 75 |
| 4.01 Conclusiones.....   | 75 |
| 4.02 Recomendaciones .....   | 76 |
| Referencias .....  | 78 |
| Anexos.....  | 86 |
| Anexo 01: Escala Guía de inventario de ansiedad Rasgo- Estado (IDAREN) .....       | 87 |
| Anexo 02: Escala de ansiedad Spence Children (SCAS).....                           | 89 |
| Anexos 03: Cuestionario sociodemográfico.....                                      | 90 |
| Anexo 04: Consentimiento y asentimiento informado.....                             | 91 |
| Formato de consentimiento/asentimiento informado de participación voluntaria ..... | 91 |
| .....  | 91 |

## Índice de Tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1: Enfoques teóricos sobre la ansiedad.....  | 14 |
| Tabla 2 Ideas científicas con respecto a la muerte .....                                       | 25 |
| Tabla 3 Operacionalización de objetivos, categorías/variables.....                             | 37 |
| Tabla 4 Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad rasgo.....                             | 42 |
| Tabla 5 Niveles Ansiedad-Rasgo .....   | 44 |
| Tabla 6 Características personales con Niveles Ansiedad-Rasgo .....                            | 44 |
| Tabla 7 Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad estado .....                           | 47 |
| Tabla 8 Niveles de Ansiedad-Estado.....  | 49 |
| Tabla 9 Características personales con Niveles de Ansiedad-Estado.....                         | 50 |
| Tabla 10 Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad generalizada .....                    | 53 |
| Tabla 11 Indicadores de trastorno de ansiedad generalizada .....                               | 54 |
| Tabla 12 Características personales con Indicadores de trastorno de ansiedad generalizada..... | 55 |
| Tabla 13 Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad de separación .....                   | 57 |
| Tabla 14 Indicadores de ansiedad por separación .....  | 59 |
| Tabla 15 Características personales con Indicadores de ansiedad por separación .....           | 60 |
| Tabla 16 Estadísticas de confiabilidad .....   | 62 |
| Tabla 17 Análisis factorial exploratorio .....   | 62 |
| Tabla 18 Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra .....                                   | 63 |

## **Resumen**

La investigación tiene como propósito principal, describir la ansiedad en escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino, de la Colonia la Verbena Zona 7, Ciudad de Guatemala. Como objetivos específicos se definieron: identificar los niveles de ansiedad rasgo; identificar los niveles de ansiedad estado; determinar los indicadores del trastorno de ansiedad generalizada y; Establecer los indicadores del trastorno de ansiedad de separación. La metodología de la investigación se confirma utilizando un enfoque cuantitativo descriptivo, bajo un paradigma positivista. La recolección se hizo con 36 niños del establecimiento. A través de un cuestionario, auto aplicable, que incluye el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDAREN) y Escala de ansiedad Spence Children (SCAS); un cuestionario sociodemográfico, además del consentimiento y asentimiento informado. Los resultados son consistentes con la literatura, que sugieren que hay mayores indicadores de ansiedad en escolares con historial de eventos estresantes.

**Palabras clave:** ansiedad, muertes violentas, reacciones comportamentales, niños y adolescentes

## Prólogo

La violencia en las comunidades puede manifestarse de diversas formas, desde la delincuencia común hasta la violencia política y social. En cualquier caso, la presencia constante de violencia puede afectar el bienestar emocional y mental de los niños que la experimentan. En muchas comunidades violentas, los niños pueden sentirse en peligro constante, lo que puede dar lugar a la ansiedad. La ansiedad infantil es una respuesta normal al estrés, pero cuando se vuelve crónica y se interfiere con la vida diaria, puede ser un problema grave.

Las causas de la ansiedad infantil en comunidades violentas son múltiples. Los niños pueden sentirse inseguros debido a la presencia constante de violencia, o pueden haber sido testigos de la violencia en sus hogares o en la comunidad. Además, la falta de recursos y oportunidades puede contribuir a la ansiedad. Los niños que crecen en comunidades violentas pueden sentirse limitados en sus oportunidades de educación y trabajo, lo que puede aumentar la ansiedad y el estrés.

La ansiedad infantil puede tener consecuencias a largo plazo en la salud mental y física de los niños. Los niños que experimentan ansiedad crónica pueden ser más propensos a desarrollar trastornos de ansiedad en la edad adulta. La ansiedad también puede afectar la capacidad de los niños para aprender y crecer socialmente. Los niños con ansiedad pueden tener dificultades para relacionarse con otros niños y adultos, lo que puede afectar su capacidad para formar relaciones saludables en el futuro.

Es importante abordar la ansiedad infantil en comunidades violentas para ayudar a los niños a superar estos desafíos y tener una vida plena y satisfactoria. Hay varias estrategias que pueden ayudar a los niños a lidiar con la ansiedad y mejorar su bienestar emocional y mental. Regularmente las personas tienen esta preocupación arraigada, porque la necesitan. Es una de las

razones por las que los humanos han logrado sobrevivir tanto tiempo. Los niños tienen miedo natural de los extraños. Eso es algo adaptativo. Tienen miedo a la separación. La ansiedad en toda regla ocurre cuando estos miedos comunes se amplifican, como si alguien hubiera subido el volumen, y duran más de lo que se supone.

Un conjunto de factores contribuye a la probabilidad de que un niño desarrolle ansiedad. Aproximadamente entre un tercio y la mitad del riesgo es genético. Pero los factores ambientales también juegan un papel importante. La exposición al estrés, incluida la discordia en el hogar, la pobreza y la violencia en el vecindario, puede generarla. Por eso es importante que los padres, cuidadores y maestros lo detecten temprano. Por lo general no son motivo de preocupación.

Por otro lado, el fenómeno de la violencia y la delincuencia es extremadamente complejo y dinámico. El incremento de la criminalidad, y la aparición de nuevas formas de delincuencia son cada vez más violentas, dejando a su paso hechos de muertes, provocando de esta manera efectos cotidianos en la comunidad y sus miembros, sea bajo la forma de eventos concretos, o sea a través de la sensación de inseguridad. Esto desarrolla expresiones concretas emocionales, siendo algunas de las más importantes la ansiedad, afectando de esta manera la estabilidad emocional y mental de dichas personas.

Debido a la alta incidencia de hechos de violencia en la colonia la Verbena, se ha podido reconocer las consecuencias que esto tiene en la población más vulnerable: los niños. El reconocimiento de alteraciones psicológicas ocasionadas por la presenciación de hechos de violencia permitirá a los profesionales poder crear programas de intervención para contrarrestar las consecuencias psicológicas de dicho fenómeno social recurrente.

Su trascendencia social se centra en la disminución de malestares psicológicos en menores que en su futuro desarrollo podrían ocasionar problemas aún mayores que requerirán

una atención más profunda y amplia. Se busca poder fomentar la salud mental en áreas y población vulnerable, desarrollando habilidades de afrontamiento significativas para la mejora social.

Su valor teórico se alinea a la mejora de la conceptualización y relación existente entre hechos de violencia y desarrollo de trastorno de ansiedad en niños de zonas rojas en la ciudad de Guatemala, y en conjunto con la correcta utilización de instrumentos poder afirmar su relación real, lo que aportara la pista para realizar futuras investigaciones relacionadas dentro de la Escuela de Ciencias Psicológicas.

Por ello es importante trabajar para abordar las causas subyacentes de la violencia en las comunidades para reducir la ansiedad y el estrés en los niños. Los resultados presentados pueden implicar trabajar con las autoridades locales para aumentar la seguridad y reducir la delincuencia, así como mejorar el acceso a recursos y oportunidades para los niños y las familias.

La ansiedad infantil en comunidades violentas es un problema serio que puede tener consecuencias duraderas en la salud mental y emocional de los niños. Sin embargo, hay estrategias efectivas que pueden ayudar a los niños a superar estos desafíos y mejorar su bienestar general. Desde la terapia cognitivo-conductual hasta la meditación y la actividad física, hay muchas opciones disponibles para ayudar a los niños a lidiar con la ansiedad y el estrés. Es importante que los padres, cuidadores y la comunidad trabajen juntos para abordar las causas subyacentes de la violencia y proporcionar un ambiente seguro y apoyo emocional para los niños que viven en comunidades violentas. Con el apoyo adecuado, los niños pueden superar la ansiedad y tener una vida plena y satisfactoria.

Se debe mencionar que la presente investigación tuvo como objetivo examinar la ansiedad en escolares ante las muertes violentas en la Colonia La Verbena. Sin embargo, durante

el proceso de recolección de datos se evidenció que no se reportaron niños con ansiedad por este motivo. Aunque no se encontraron escolares con ansiedad ante las muertes violentas en la Colonia La Verbena en este momento, es importante continuar examinando los efectos a largo plazo de los eventos traumáticos en su bienestar psicológico. Además, se sugiere considerar otras variables que puedan influir en la respuesta emocional ante eventos estresantes, tales como la exposición previa a situaciones traumáticas o el uso de estrategias de afrontamiento efectivas.

## Capítulo I

### 1. Planteamiento del problema y marco teórico

#### *1.1. Planteamiento del problema*

La violencia es uno de los fenómenos sociales que más se presenta en los países de América Latina, siendo la región más violenta del mundo en cuanto a tasas de homicidios, secuestros, violencia urbana, robos, justicia en manos de civiles e injusticias sociopolíticas/gubernamentales.

La problemática histórica de la violencia latinoamericana se puede evidenciar en estadísticas presentadas por la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC, 2019), afirman que los casos de violencia en cuanto a homicidios presentan el 37% de los casos en Latinoamérica durante el año 2017, siendo el número más alto en comparación con regiones como África (35%), Asia (22.5%) y Europa (22,000).

Los hombres jóvenes están especialmente en riesgo, con una tasa de homicidio mayor entre las edades de 18 y 19 años, se estima en 46 por cada 100.000 habitantes, un riesgo muy superior al de sus compañeros en otras regiones. Las armas de fuego también están implicadas con mucha más frecuencia en los homicidios en América que en otras partes del mundo (Vilalta et al., 2016).

Según la Asociación Civil Diálogos (2019), en Guatemala, particularmente, los hombres son los más afectados en los temas de violencia, en el año 2018, por cada mujer se reportaron 6 homicidios hacia hombres, en el cual se han registrado 569 homicidios de mujeres para una población femenina de 8,836,562; y 3,312 homicidios de hombres para una población masculina de 8,465,522, representando esto una tasa de homicidas de 39 homicidios por cada 100,000 hombres, el mayor número de homicidios han sido reportados desde los departamentos más violentos, siendo estos Guatemala, Jalapa, Izabal y Zacapa.

Los incidentes por violencia en Guatemala, en especial en la ciudad capital, se pueden manifestar principalmente en las zonas rojas, siendo estas las zonas 1, 2, 3, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 18 y 21. En la zona 7 de la ciudad, una de las zonas más afectadas, contando con población de clase media-baja, muchos menores de edad están expuestos a vivir situaciones traumáticas de violencia directa o indirecta, lo cual puede ocasionar una serie de distorsiones emocionales y cognitivas que pueden provocar trastornos mentales, como la ansiedad (Gilède Quenza, 2012).

La ansiedad es más frecuente y común en marco de los trastornos psicológicos, en diferentes ocasiones puede ser un estado emocional normal ante determinadas situaciones; la ansiedad es sinónimo de preocupación, inquietud, irritabilidad ante sucesos futuros o situaciones de inseguridad y que parecen incontrolables (López et al., 2012); pero si esto excede en las acciones del individuo, o supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en un trastorno mental grave, provocando malestar significativo con síntomas que afectan el esquema bio-psico-social de la personal, en este caso, del niño (Reyes-Ticas, 2018).

Una de las primeras alteraciones psicológicas que aparece en la mayoría de los niños es el trastorno de estrés postraumático, siendo uno de los trastornos de ansiedad más comunes en niños que han sido testigos de violencia en sus diferentes tipos, en días o meses anteriores y que se ha percibido como un evento traumático. Algunos otros factores, como la agresión, el decremento de las habilidades escolares y los niveles bajos de satisfacción, también forman parte habitualmente de los efectos producidos por la exposición a situaciones de violencia extrema.

La ansiedad es uno de los trastornos más frecuentes entre los niños y los jóvenes y se reconoce cada vez más que incluso los niños pequeños pueden experimentar ansiedad clínicamente significativa (Cartwright-Hatton et al., 2006). Teniendo efectos de gran alcance para los jóvenes. Los ejemplos del impacto negativo que tienen los trastornos de ansiedad en el

funcionamiento de los niños incluyen dificultades académicas (Nail et al., 2015), deficiencias en las relaciones familiares y con compañeros (Ezpeleta et al., 2001); y problemas de salud mental más adelante en vida (Kessler et al., 2012). De todos los trastornos, son los que se diagnostican con más frecuencia en niños (Cartwright-Hatton et al., 2006; Kessler et al., 2012; Merikangas et al., 2010).

El Manual Diagnóstico y Estadístico, 5ª edición (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) diferencia siete trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno de ansiedad social, fobia específica, trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada. Aunque el enfoque de cada uno es ligeramente diferente, todos conllevan los elementos comunes de miedo y evitación. Para todos los trastornos de ansiedad combinados, la tasa de diagnóstico para niños menores de 12 años está entre el 2,6 % y el 41,2 % (Cartwright-Hatton et al., 2006), y la tasa de prevalencia de doce meses para niños de 13 a 17 años es del 24,9 % (Kessler et al., 2012). La tasa de prevalencia a lo largo de la vida es del 38,0 % para las mujeres y del 26,1 % para los hombres (Merikangas et al., 2010).

Para aquellos a los que se les diagnostica al menos un trastorno de ansiedad, hay resultados desfavorables por los que corren un mayor riesgo. Los niños diagnosticados con un trastorno de ansiedad tienen el doble de probabilidades de tener un deterioro en el funcionamiento familiar, educativo o entre compañeros que aquellos sin un trastorno mental (Ezpeleta et al., 2001). Las investigaciones indican que el diagnóstico de un trastorno de ansiedad durante la niñez está relacionado con el diagnóstico de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y otros trastornos mentales más adelante en la vida (Feehan et al., 1993; Ferdinand & Verhulst, 1995)

Por estas razones, se pueden evidenciar una importancia significativa en el estudio de los diferentes trastornos psicológicos que se pueden generar a raíz del fenómeno social de la violencia, se plantea la siguiente pregunta de manera general ¿Cuál es la ansiedad en los escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino ante las muertes violentas en la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala?

Y de manera específica se plantean: ¿Cuáles son los niveles de ansiedad rasgo de los escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino ante las muertes violentas en la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala? ¿Cuáles son los niveles de ansiedad estado de los escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino ante las muertes violentas en la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala? ¿Cuáles son los indicadores del trastorno de ansiedad generalizada de los escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino ante las muertes violentas en la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala? ¿Cuáles son los indicadores del trastorno de ansiedad de separación de los escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino ante las muertes violentas en la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala?

## ***1.2. Objetivos***

### **1.2.1. General**

Describir la ansiedad en escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino ante las muertes violentas en la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala

### 1.2.2. Específicos

- Identificar los niveles de ansiedad rasgo de los escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala.
- Identificar los niveles de ansiedad estado de los escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala.
- Determinar los indicadores del trastorno de ansiedad generalizada de los escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala.
- Establecer los indicadores del trastorno de ansiedad de separación de los escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala.

### ***1.3. Marco teórico***

#### **1.3.1. Antecedentes**

La firma de los acuerdos de paz realizado en 1996 crea una forma de esperanza para los habitantes de las diferentes regiones departamentales, que en ese entonces pasaba por cierto fenómeno de conflictividad desde lo económico, político, educativo y social. Profundos daños sufridos a través de la historia de la dinámica social que ha atravesado Guatemala y sus pueblos. Creando de esta manera una oportunidad para un gran paso hacia un país más justo entre su población, sin embargo, es muy evidente que nada de esto ha ocurrido, cómo se nos había mencionado y que simplemente queda plasmado en papeles.

Los medios de comunicación responsables de informar los diferentes hechos y sucesos que representan altos contenidos de muertes de forma violentas, es presentado al público en general. La violencia se ha vuelto parte de la cotidianidad de los guatemaltecos que ha llegado a ser un tema predominante en cualquier región del país, estos procesos generados por la misma violencia crean un clima de temor constante en las familias guatemaltecas. Aun así, surge la voluntad de vivir y todo aquello que conlleva esa decisión de poder hacerlo y que, se ven involucrados sus diferentes emociones como los son la alegría, la tristeza, el miedo y la esperanza, entre otros, pero que aun así permanece el deseo de vivir, a pesar de sus diversas heridas cometidos por la violencia. Estos hechos de violencia no simplemente quedan a expensas de los demás, sino que deja secuelas ante las personas que hayan sido espectadoras de dichos momentos violentos. Guatemala es un país con un profundo pasado y hechos de violencia en su camino, volviéndose así un país con expresiones violentas en su población.

Según Miguel Tobal, señala que la ansiedad es la respuesta emocional con aspectos de carácter cognitivos y aspectos fisiológicos, mencionando que los estímulos, ya sea externos como también internos, son provocados ante dicha respuesta de la ansiedad, en la cual se ven

contenidos en el sujeto, representándose cómo aquellas formas ideológicas sobre determinadas situaciones o aspectos sobre algún objeto.

Para Rubio (1988) la muerte psicológica queda plasmada internamente en aquellas personas que han sido testigos o hayan sido supervivientes en cualquier momento en situaciones donde se haya experimentado toda una tragedia de hechos o sucesos de muertes, ya sea ajena o familiar.

Según Cassim, la muerte considerada como generadora de procesos en la que se ven afectadas las actitudes y emociones debido a su configuración de sensación desagradable ante la muerte.

### **1.3.2. Ansiedad:**

El término ansiedad proviene del latín *anxieta*, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Guzmán, 2014)

La palabra ansiedad se utiliza para describir la respuesta mental y física que se produce ante situaciones de peligro. Se trata de una reacción normal entendida como un mecanismo de defensa del organismo y por tanto no necesariamente negativa (Andalucía, 2013)

Según con lo antes descrito podemos observar que la ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en la persona ante hechos que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, de manera que, al no adaptarse ante estas situaciones, hace que la ansiedad sea dañina porque es excesiva y frecuente. En la actualidad la ansiedad es considerada como un

trastorno mental prevalente, ya que la violencia y la delincuencia nos hace reaccionar de diversas maneras, como por ejemplo, viajar en el bus sin teléfono, guardando las cosas de valor lo más escondido que se pueda e incluso querer bajar del bus lo más pronto posible, además de caminar rápido por las calles para poder dejar de sentir ese miedo, o ese malestar que genera la sensación de intranquilidad e inseguridad; Es por esto que la ansiedad engloba una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el social familiar o bien el escolar. Es precisamente en estos últimos donde se profundizará el presente estudio de investigación.

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. En primer lugar, éste se ha considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta. La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real (Mowrer, 1939) citado por (Sarudiansky, 2013).

Pero ¿Qué entendemos por ansiedad?, Rosa Viures Elizondo, explica como algunos autores perciben o definen el termino ansiedad.

– Lang (2002): es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

– Beck (1985) refiere que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas.

– Kiriadou y Sutcliffe (1987): una respuesta con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca, etc.).

– Lazarus (1976): La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente” (Elizondo, 2005)

Algunos enfoques teóricos sobre la ansiedad:

**Tabla 1**

| <i>Enfoques teóricos sobre la ansiedad</i> |  |
|--|--|
| Teorías                                    | Fundamentos  |
| <b>1.Psicoanalítico</b>                    | <p>La teoría psicoanalítica, menciona que la ansiedad es el resultado de conflictos internos que se da en el individuo, o más bien dentro del aparato psíquico (ello, yo, súper yo). Freud concebía la ansiedad como un conjunto de sentimientos negativos y desagradables y cambios fisiológicos que presenta la persona.</p> <p>También identifica que la dinámica interna o más bien el componente fenomenológico subjetivo, fundamentalmente como el malestar propio y verdadero de la ansiedad, provocando así cambios fisiológicos a través del fenómeno adaptativo ante el peligro real, para afrontar así de esa manera la amenaza.</p> <p>Freud (1971) identifica tres teorías:</p> <p>Ansiedad Real: surge como la reacción ante las diversas acciones y consecuencias sobre fenómenos de hechos</p> |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
|                             | <p>reales y concretos que ocurren en el ambiente que le rodea, de carácter amenazante y peligrosa para el individuo.</p> <p>Ansiedad neurótica: Fred menciona que es la anticipación de aquel conjunto de pensamientos, ideas o creencias sobre algún tipo de amenaza o peligro que atente sobre el individuo, pero que solo tiene lugar en su propia mente, sin tener algún tipo de fundamentación concreta externo frente a él.</p> <p>Ansiedad moral: está teoría según Freud, la sociedad juega un papel muy importante para el desenvolvimiento del individuo, ya que es quien dicta lo que “se debe o no debe hacer” al realizar lo contrario a lo que dictan ciertas reglas en cierta sociedad, surge el sentimiento de culpa, por no haber realizado lo “correcto” o lo establecido por dicho régimen.</p>        |
| <p><b>2. Conductual</b></p> | <p>El conductismo menciona que la ansiedad es considerada como un “impulso” (Drive) produciendo de esta manera, acciones determinantes del organismo del individuo.</p> <p>Hull (1921, 1943) estableció que la ansiedad es un “impulso motivacional” responsable de aquellas reacciones del individuo ante determinados estímulos provocados externamente de él.</p> <p>Menciona que a través de ciertos estímulos procedentes de algunos hechos concretos del ambiente que le rodea, este dará automáticamente cierta respuesta.</p> <p>El miedo y el temor son términos que se caracterizan por la utilidad que la escuela conductual realiza para el estudio de la ansiedad en el individuo, ya que esas expresiones emocionales están profundamente relacionados al aprendizaje y por consiguiente a la ansiedad.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>3. Cognitivo</b></p> <p><b>Autores:</b> Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977)</p>                   | <p>Desde este enfoque, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos. (Sarudiansky, 2013)</p> <p>Esta teoría, trata de decir que cada individuo tiene saberes distintos, por ende, cada uno actúa y responde diferente antes determinada situación.</p> <p>Por ejemplo: cualquier persona puede sentir la sensación de intranquilidad, pero para muchos, eso no será motivo de sentirse amenazado o en situación de peligro, mientras que, para otros, interpretarán ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provocará una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad. (Elizondo, 2005)</p>                |
| <p><b>4. Cognitivo-conductual</b></p> <p><b>Autores:</b> Bowers (1973), Endler (1973), Endler y Magnusson (1976)</p> | <p>“Se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta).</p> <p>En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores” (Sarudiansky, 2013)</p> <p>Con lo anterior descrito, podemos ver que los estímulos pueden ser tanto internos como externos, es decir al momento de procesar pensamientos el individuo sobre una situación amenazante, se activan los estímulos conductuales es decir la respuesta, por ejemplo, es querer huir, correr o incluso quedarse paralizado, el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad depende de</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | las características propias del individuo. (Sarudiansky, 2013) |
|--|--|

### ***1.3.2.1. Ansiedad de estado***

La ansiedad estado se define como "una condición emocional temporal que se caracteriza por una sensación subjetiva de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, acompañada por cambios fisiológicos como aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración y tensión muscular" (Spielberger et al., 1970, p. 4).

Según el modelo de procesamiento de la información de la ansiedad estado propuesto por Mathews y MacLeod (1994), los individuos con ansiedad estado experimentan una atención selectiva hacia los estímulos amenazantes y una interpretación sesgada de los mismos como peligrosos, lo que conduce a una mayor activación emocional y fisiológica.

La teoría de la ansiedad estado-rasgo (Spielberger, 1966) propone que la ansiedad estado y la ansiedad rasgo son dos constructos relacionados pero distintos. La ansiedad estado es una respuesta emocional transitoria a situaciones estresantes y cambia de un momento a otro, mientras que la ansiedad rasgo es una tendencia general y estable a experimentar ansiedad en diferentes situaciones.

Varios estudios han encontrado una relación positiva entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Por ejemplo, en un estudio de Kertz y colaboradores (2013), se encontró que la ansiedad estado se correlacionó significativamente con la ansiedad rasgo en una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad. Además, se ha encontrado que la ansiedad rasgo puede actuar como un factor de vulnerabilidad para desarrollar ansiedad estado en respuesta a eventos estresantes (Barlow, 2000).

En cuanto al tratamiento de la ansiedad estado, la terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha mostrado efectiva en reducir la ansiedad estado y mejorar la interpretación cognitiva de los estímulos amenazantes (Clark et al., 1994). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) también ha demostrado ser efectiva en reducir la ansiedad estado a través de la aceptación de los pensamientos y emociones negativas y el compromiso con los valores personales (Hayes et al., 1999).

La ansiedad es un estado de anticipación aprensiva de un posible peligro, desgracia o fracaso acompañado de disforia y/o síntomas somáticos de tensión (Colman, 2001). Maher (1966) agregaría a esto la interrupción del control cognitivo efectivo y la resolución de problemas. Los síntomas somáticos de tensión a los que nos referimos están asociados con la excitación fisiológica resultante de la activación del sistema nervioso simpático.

Las medidas psicofisiológicas utilizadas para medir la activación simpática incluyen la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la sudoración palmar (conductancia de la piel), la presión arterial, el electromiograma, la salivación, el tamaño de la pupila, el electroencefalograma y la respuesta evocada promedio. Medidas como estas son útiles como monitores del cambio emocional, tanto durante la inducción como durante el alivio de la ansiedad (Lader, 1983).

Spielberger (1966), conceptualizó una distinción entre la ansiedad como estado psicofisiológico y la ansiedad como rasgo de personalidad. Además, el estado de ansiedad como una ansiedad momentánea o situacional que varía en intensidad con el tiempo y entre entornos, mientras que la ansiedad rasgo se conceptualiza como una propensión a la reactividad ansiosa. Aquí, un individuo puede ser considerado relativamente alto o bajo en ansiedad rasgo dependiendo de su propensión a la reactividad ansiosa (Leary, 2005; Mischel, 1971).

### ***1.3.2.2. Ansiedad de rasgo***

La ansiedad rasgo se refiere a una tendencia generalizada de una persona a experimentar ansiedad en situaciones variadas, independientemente de que sean estresantes o no (Endler et al., 2001). Esta disposición de ansiedad es una característica duradera de la personalidad y puede estar presente incluso en situaciones donde no hay una amenaza inmediata o real.

La ansiedad rasgo ha sido relacionada con una variedad de trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de pánico (Endler et al., 2001). Además, la ansiedad rasgo también ha sido asociada con la depresión y la disfunción cognitiva, como la dificultad para concentrarse y la memoria de trabajo (Moscovitch, 2009).

Un factor que puede contribuir al desarrollo de la ansiedad rasgo es la vulnerabilidad cognitiva. Esto se refiere a una propensión a experimentar pensamientos negativos y preocupaciones excesivas, lo que puede perpetuar la ansiedad rasgo (Eysenck et al., 2007). La vulnerabilidad cognitiva también puede contribuir al mantenimiento de la ansiedad rasgo al dificultar la recuperación de la ansiedad después de un evento estresante.

La teoría de la ansiedad rasgo-estado sugiere que la ansiedad rasgo y la ansiedad estado son dos constructos distintos pero relacionados (Spielberger et al., 1970). La ansiedad estado se refiere a la ansiedad temporal que experimenta una persona en respuesta a un estímulo estresante específico. Por otro lado, la ansiedad rasgo es una característica duradera de la personalidad que puede influir en la ansiedad estado de una persona.

Eysenck (2004), la conceptualiza como una dimensión de la personalidad relacionada con las diferencias individuales en la tendencia a experimentar ansiedad y los estados emocionales negativos relacionados. Argumenta que el rasgo de ansiedad es más o menos similar al neuroticismo (que involucra rasgos como el nerviosismo, la tensión y la dificultad para afrontar el estrés), uno de los Cinco Grandes factores de personalidad propuestos por McCrae y Costa (1985).

La justificación del autor para esto tiene dos vertientes. En primer lugar, hace referencia a las correlaciones positivas de alrededor de 0,7 que se suelen observar entre los dos constructos. En segundo lugar, se refiere a la indicación del trabajo de Watson y Clark (1984) de que tanto el rasgo de ansiedad como el neuroticismo eran medidas relativamente puras de una amplia dimensión de la personalidad denominada afectividad negativa.

Sin embargo, no va tan lejos como para sugerir que estas construcciones son una y la misma. Aquí, se refiere a su relación con la dimensión de la personalidad de la extraversión, donde el neuroticismo suele mostrarse ortogonal, mientras que el rasgo de ansiedad tiende a mostrar una correlación negativa débil (Eysenck & Eysenck, 1985). Es importante demostrar la fuerza de la similitud entre el rasgo de ansiedad y el neuroticismo porque la abrumadora proporción de la investigación de la personalidad está dedicada a los factores de personalidad de los Cinco Grandes muy bien establecidos. Esta estrecha relación hace que la riqueza de la investigación sobre el neuroticismo sea teóricamente útil para el estudio del rasgo de ansiedad. La fuerte asociación con el rasgo de ansiedad significa que el fondo de investigación sobre el neuroticismo puede proporcionar una dirección importante al considerar aspectos del rasgo de ansiedad, como los posibles factores biológicos involucrados.

En un estudio completo que involucró un gran número de pares de gemelos monocigóticos y dicigóticos criados juntos o separados, Pedersen y colaboradores (1988), encontraron que los factores genéticos representaban aproximadamente el 31% de las diferencias individuales en el neuroticismo (Eysenck, 2004). Esta proporción de contribución genética es similar a la reportada en otros estudios de gemelos y neuroticismo (Eysenck, 1992,).

Un segundo factor biológico que se cree que está involucrado en la ansiedad rasgo es la reactividad o capacidad de respuesta fisiológica. Aquí, se esperaría que los individuos con un rasgo alto de ansiedad o neuroticismo mostraran una mayor capacidad de respuesta fisiológica que aquellos con un rasgo bajo de ansiedad en los índices de excitación fisiológica, particularmente en condiciones estresantes (Eysenck, 1967; Gray, 1982). Aunque convincente, esta teoría continuamente no logró obtener un apoyo confiable, con décadas de hallazgos no significativos consistentes en condiciones no estresantes, moderadamente estresantes y altamente estresantes (Eysenck, 2004).

Un paso crucial hacia la desmitificación de la aparentemente antitética falta de apoyo a la proposición de la sensibilidad fisiológica diferencial provino del trabajo de Weinberger y colaboradores (1979), que mostró que el rasgo de ansiedad era más complejo de lo que permitía la evaluación convencional. Al combinar una medida del rasgo de ansiedad con una medida de actitud defensiva psicológica, demostraron que las personas con una puntuación baja en el rasgo de ansiedad no formaban un grupo heterogéneo.

En su lugar, surgieron dos grupos distintos: un grupo verdaderamente ansioso, que reportó un rasgo de ansiedad bajo y mostró una actitud defensiva baja; y un grupo represor, que informó un rasgo de ansiedad bajo, pero mostró una actitud defensiva alta. Además, se encontró

un efecto claro, por el cual las afirmaciones de baja ansiedad de los represores se contradecían con sus respuestas conductuales y fisiológicas al estrés.

Si bien el concepto de un estilo de afrontamiento represivo en el contexto de la ansiedad se discutirá más en la siguiente sección, plantea la cuestión del papel de las cogniciones en el rasgo de ansiedad. Una explicación completamente biológica de la ansiedad-rasgo requiere no solo consistencia situacional, sino también constancia a lo largo del tiempo.

En un estudio longitudinal de varios factores, Conly (1984), encontró solo una consistencia moderada para el neuroticismo durante un largo período de tiempo. Además, a pesar del debate en curso en la investigación psicológica sobre las contribuciones relativas de los factores individuales y situacionales en el comportamiento humano, pocos, si es que hay alguno, todavía argumentarían que el contexto no tiene efecto en la experiencia psicológica. En pocas palabras, no queda ningún argumento racional contra la perspectiva interaccionista: el concepto en la investigación de la personalidad de una relación afectiva bidireccional entre la disposición psicológica y los factores situacionales.

Hay varios puntos de vista sobre la composición de las dimensiones cognitivas que se cree que comprenden el rasgo de ansiedad (Endler, 1983; Eysenck, 1992; Williams et al., 1988).

El más convincente de estos es presentado por Eysenck y colegas (2007). El principio central de la perspectiva cognitiva de Eysenck es que varios sesgos cognitivos son responsables del nivel de ansiedad rasgo de un individuo. Argumenta que los dos más importantes son el sesgo atencional (la tendencia a prestar atención selectivamente a los estímulos relacionados con amenazas) y el sesgo interpretativo (la tendencia a interpretar estímulos o eventos ambiguos como amenazantes), y que juntos estos sesgos producen un efecto más amenazante. impresión de un entorno.

Aunque la evidencia relacionada con el rasgo de ansiedad y los sesgos atencionales es extensa (Eysenck, 1992; Mathews & MacLeod, 1994; Williams et al., 1996), gran parte de esto es correlacional y no da ninguna indicación de la direccionalidad de los efectos. en la relación entre la ansiedad-rasgo y los sesgos cognitivos. No obstante, se han encontrado pruebas relativas a la causalidad.

Mathews y Mackintosh (2000), encontraron un estado de ansiedad incrementado en individuos luego de manipulaciones diseñadas para incrementar el sesgo interpretativo. Además, MacLeod y colaboradores (2002), encontraron una reducción de la ansiedad en personas que participaron en un programa de entrenamiento prolongado diseñado para reducir el sesgo atencional. Se ha demostrado que los humanos varían no solo en la propensión a la ansiedad como rasgo de personalidad, sino también en el manejo de esta.

Los síntomas de ansiedad suelen ser incómodos y afectan la función cognitiva de orden superior. Un método común utilizado para mitigar esta experiencia es la evitación conductual de situaciones que provocan ansiedad. Otros métodos incluyen el empleo de estrategias psicológicas para mitigar los efectos de los síntomas de ansiedad. Una estrategia en particular funciona para proteger al individuo de experimentar ansiedad conscientemente. Esta es la estrategia de la represión.

### ***1.3.2.3. Ansiedad rasgo y estado en niños***

En todos los estudios, un predictor de desarrollar un trastorno de ansiedad se puede encontrar consistentemente en el rasgo de ansiedad. La ansiedad rasgo captura diferencias individuales más estables en la propensión a la ansiedad y se ha encontrado que es moderadamente hereditaria. La ansiedad estado, por el contrario, refleja fluctuaciones en la aprensión y el nerviosismo en respuesta a factores estresantes situacionales (Legrand et al., 1999).

Cabe destacar que la ansiedad rasgo también puede influir en la ansiedad estado. Específicamente, las personas con mayor propensión a la ansiedad, o ansiedad rasgo, son más propensas a evaluar los estímulos como negativos y a responder a los estresores situacionales con mayor ansiedad estado en comparación con las personas con ansiedad rasgo baja (Legrand et al., 1999). En el contexto del desarrollo de la ansiedad infantil, la ansiedad rasgo alta aumenta la vulnerabilidad del niño a un diagnóstico posterior de trastorno de ansiedad (Muris et al., 1999).

#### ***1.3.2.4. Ansiedad por separación***

Según el DSM-V, la ansiedad por separación se caracteriza por una preocupación persistente y excesiva por perder una figura de apego importante, incluidas las amenazas percibidas que culminarían en la pérdida de una figura de apego importante, como un accidente automovilístico o una enfermedad médica. Las preocupaciones comunes durante la niñez incluyen alejarse de sus seres queridos, mudarse o cambiar de escuela, todo lo cual comparte un tema subyacente de separación de las principales figuras de apego (APA, 2013).

Si bien el trastorno de ansiedad por separación puede persistir en la edad adulta, la prevalencia generalmente disminuye con la edad (APA, 2013). Desviándose de la típica relación de género característica de la mayoría de los trastornos de ansiedad con una mayor proporción de mujeres y hombres, la ansiedad por separación es igualmente común en mujeres y hombres.

#### **1.3.3. La violencia**

La violencia como fenómeno y forma de herramienta humana para la dominación y el control sobre la integridad de los demás, que no necesariamente debe estar presente ese componente de fuerza para poder influir sobre el individuo, ya sea desde las diversas expresiones como lo son: verbales, gestuales, visuales o posturas corporales, infundiendo de esta manera miedo e inseguridad en otras personas.

La OMS define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o una comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo y privaciones”.

Los efectos que causa la violencia sobre cualquier ser vivo es incontable, incluso en el mayor de los casos provocar hasta la muerte.

#### **1.3.4. La muerte:**

Para poder mencionar sobre el significado de lo que es la muerte se debe tomar en cuenta que no simplemente es un hecho biológico en sí, sino que conlleva aspectos sociales, legales y religiosos.

La muerte posee una amplia y compleja expresión en cuanto a sus distintos significados relacionados a las diversas formas ideológicas del ser humano en su totalidad.

Klarsfeld y Revah (2002) mencionan en su libro qué lugar ocupa la muerte en las ciencias de la vida, haciendo un repaso de las ideas científicas con respecto a la muerte:

**Tabla 2**

| <i><b>Ideas científicas con respecto a la muerte</b></i> |  |
|--|--|
| Carl Von Linneo (1707-1778)                              | Menciona que un tipo de fuerza divina ha impuesto un orden natural, mencionando que descansa sobre cuatro fenómenos que se relaciona: propagación, distribución geográfica, destrucción y con conservación.<br><br>Plantea que todas las calamidades han sido impuestos por Dios” para un bien supremo de todos los seres vivos habitantes en la tierra. |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
|                                   | Dando mayor énfasis así a la muerte a la “justa balanza sobre las especies”   |
| Jean Baptiste Lamarck (1744-1829) | <p>Considera que el cuerpo de cualquier ser vivo está completamente limitado en cuanto a su duración (temporalidad), en cada una de las partes que la componen cómo lo son los órganos, aparatos, sistemas, etc.</p> <p>Su pensamiento se centra fundamentalmente en que la muerte se da en el interior del ser vivo.</p> |
| Claude Bernard (1813-1878)        | <p>El pensamiento de Claude Bernard es totalmente dicotómico, en la que menciona que la mera existencia es “alternativa de vida y muerte”</p> <p>Su mayor aportación es el planteamiento que la vida y muerte son totalmente dependiente una con otra.</p>  |
| August Weisman (1834-1914)        | Menciona que el ser vivo, a través de la edad acaba por llegar a la muerte, debido a los cambios fisiológicos que ocurre en cada etapa  |

|  |  |
|--|--|
|  | de vida, haciéndolo vulnerable ante influencias externa comunes. |
|--|--|

### ***1.3.4.1. Clasificación de muerte***

#### **1.3.4.1.1. Muerte violenta**

Fuerzas que irrumpen violentamente en un ser vivo, y que produce un mayor impacto emocional para el espectador. Este tipo de muerte se produce a causa algún individuo externo.

Homicidio: se refiere a la muerte de una persona a causa de otra. También se puede utilizar como sinónimo de asesinato o crimen.

Suicidio: es el acto por el que un individuo sega su propia vida.

Accidental: es aquel tipo de muerte en la que es provocado por una acción violenta e involuntario.

#### **1.3.4.1.2. Muerte no violenta**

Muerte natural: la enfermedad es la mayor causa de este tipo de muerte en las personas, sin intervención de ninguna causa externa lo provoquen de forma violenta.

Muerte súbita: fuera de toda causa violenta en una persona, es la muerte en que ocurre inesperadamente por un tipo de enfermedad que no inspira temores momentáneos, que simplemente llega en ese momento para su desenlace fatal.

### **1.3.5. Comportamiento:**

Es la forma de reaccionar de un individuo frente a los estímulos del entorno; es de vital importancia mencionar que todo comportamiento se ve influenciado por diferentes elementos como, la cultura, las normas sociales, etc., es decir donde el individuo se desenvuelve, así como también la persona puede tener situaciones que alteren su comportamiento.

La psicología es una ciencia que se ha dedicado a estudiar el comportamiento de los seres humanos por lo cual, existen diversos autores que tratan de explicar en sus teorías el desarrollo del ser humano en especial el desarrollo del niño, por ejemplo, “psicólogos como Erik Erikson, Jean Piaget, Lev Vygotsky o Sigmund Freud, se dedicaron a ver cómo se desarrollan estos a lo largo de la infancia en áreas como lo emocional, lo cognitivo y lo social” (García-Allen, s.f.), estos mencionan que el comportamiento es aprendido en la interacción con otros, por lo que el ambiente en que los niños y niñas se desarrollan afectará para bien o para mal su comportamiento.

Por lo tanto, el comportamiento del individuo será influenciado por sus creencias, conocimientos y valores, así como también la edad. Por ejemplo, un niño actuará con comportamientos aprendidos en casa, por la relación que tenga con sus padres y familiares.

Otros factores por los que un niño o niña tenga un determinado comportamiento podrían ser, problemas de: salud, de audición o incapacidad para contralar su actitud. (Julián Pérez Porto y María Merino, 2014)

### **1.3.6. Emociones**

Tratar de definir la palabra emoción, es un tanto difícil, ya que todos creemos saber que es una emoción, pero al momento de tratar de darle un concepto es sumamente difícil, por tal razón acá se pondrá como lo definen algunos autores que han tratado de ahondar en temas como este.

“Las emociones son estados afectivos que experimentamos. Reacciones subjetivas al ambiente que vienen acompañadas de cambios orgánicos -fisiológicos y endocrinos- de origen innato. La experiencia juega un papel fundamental en la vivencia de cada emoción. Se trata de un estado que sobreviene, súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras” (Guerri, s.f.)

### **1.3.6.1. Funciones emocionales**

Las diferentes funciones y reacciones conductuales surgen como resultado y utilidad ante cualquier emoción.

### **1.3.6.2. Funciones principales de la emoción:**

#### a. Funciones adaptativas

Las diferentes características emocionales surgen en preparación de organismos a través de sus condiciones ambientales.

#### b. Funciones sociales

La apropiación de determinadas conductas ante la facilidad del proceso de las relaciones interpersonales juega un papel muy importante en la expresión y función de las emociones.

#### c. Funciones motivacionales

El surgimiento de una emoción se dirige hacia un determinado objetivo o la aparición de una determinada conducta motivada, pues la emoción predispone a la acción.

## **1.4. Consideraciones éticas**

Para el proceso de investigación, se utilizó un formato de consentimiento informado, el cual contenía los siguientes apartados:

- Título de la investigación
- Datos generales del investigador
- Equipo de investigación
- Objetivo de estudio
- Diseño y procedimiento
- Voluntariedad de la participación
- Posibles beneficios del estudio
- Posibles riesgos de su participación
- Confidencialidad
- Publicación de resultados

- Personal de contacto
- Firma

Se cumplió con el principio de justicia, el cual, se describe como la obligación de considerar y respetar a todos los seres humanos, por otro lado, evita cualquier tipo de discriminación.

En cuanto a la recolección de datos: se respetó la dignidad de las personas, respetando a la persona como un fin en sí misma y no como un medio u objeto para un fin. Teniendo responsabilidad con los estudiantes que participan se respetó la confidencialidad, se protegió y promovió los derechos de privacidad, autonomía, la autodeterminación, la libertad personal y la justicia. Los psicólogos responsables dirigieron el proceso coherente con los derechos antes mencionados.

## Capítulo II

### 2. Técnicas e instrumentos

#### *2.01 Enfoque y modelo de investigación*

La presente investigación se realizó utilizando un enfoque cuantitativo como aquel que analiza datos e información concreta de una problemática de carácter social. Desde un paradigma positivista y con un corte trasversal y alcance descriptivo.

#### *2.02 Técnicas*

##### **2.02.01 Técnicas de muestreo**

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. La población de estudio la constituyó 36 niños, del Centro Educativo Complementario Padre Ottorino, quienes trabajan con personas en riesgo, dicha población ha podido observar alguna muerte violenta en el sector donde viven.

Los criterios de inclusión fueron: niños inscritos en el Centro Educativo Complementario Padre Ottorino, con edades comprendidas entre 7 a 12 años, siendo necesario la aceptación del asentimiento informado que se les será entregado por ser menores de edad, la cual tendrá que ser firmada por los padres o encargados correspondientes.

Los criterios de exclusión fueron: no estar inscrito en el Centro Educativo Complementario Padre Ottorino, que no se encuentren en el rango de edad entre los 7 a 12 años, y no hayan entregado el asentimiento informado.

Se cumplió con el principio de justicia, el cual, se describe como la obligación de considerar y respetar a todos los seres humanos, por otro lado, evita cualquier tipo de discriminación.

### **2.02.02 Técnicas de recolección de datos**

Para la recolección de datos se planteó la realización de un cuestionario integrado el cual incluirá una serie de pruebas estandarizadas acerca de ansiedad rasgo, estado y por separación.

Para todo esto se respetó la dignidad de las personas, siendo algo fundamental a creencia de que cada persona debe ser tratada principalmente como una persona o un fin en sí misma, no como un objeto o un medio para un fin. Teniendo responsabilidad con aquellas personas que reciben o participan directamente en las actividades del psicólogo y, por lo tanto, normalmente en una posición más vulnerable.

Además, teniendo responsabilidad de proteger y promover los derechos a la privacidad, la autodeterminación, la libertad personal y la justicia natural. Como tales, los psicólogos tienen la responsabilidad de desarrollar y seguir procedimientos para el consentimiento informado, la confidencialidad, el trato justo y el debido proceso que son coherente con esos derechos.

### **2.02.03 Técnicas de análisis de datos**

La recolección de datos fue por medio de papel. Durante el mes de julio de 2022. Se le pidió el permiso a cada maestra para hacer la recolección en el aula. Luego, la información fue transformada en digital por medio de un formulario de la plataforma de Google. Al momento de terminar este proceso, se codifican las respuestas en un documento Excel de office 365. Dentro de este, se hizo la limpieza de datos según criterios de inclusión, además de verificar que no hubiese datos faltantes. Además, se eliminan aquellos casos que no están dentro de los criterios de inclusión.

Posteriormente se califican las escalas. Seccionándolas en donde fuese necesario para su análisis. Estos procedimientos se realizan para asegurar la calidad y precisión de los análisis. Así también, ayudó a llevar ordenada la base de datos y la verificación del resultado de cada niño;

llevando a la creación de códigos únicos y así dar la confidencialidad necesaria a los participantes.

Al final del proceso, el archivo, fue transferido al programa Jamovi en su versión sólida, donde pasó por varias verificaciones. Para los objetivos específicos, se calcularon distribuciones de frecuencia para cada elemento.

Además, se realizaron pruebas de normalidad por medio de la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*. La confiabilidad de los datos se hizo con la prueba de Alfa de Cronbach. Se realizó la prueba *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) y prueba de esfericidad de *Bartlett* mostrando cuan adecuados son los datos para el análisis factorial exploratorio en cada variable.

Por último, se realizaron las agrupaciones o niveles para cada escala, tomando como referencia la mediana de los puntajes totales o lo que dicta el manual correspondiente. Al tener esto se hicieron tablas cruzadas con datos sociodemográficos.

### **2.03 Instrumentos**

Se utilizaron instrumentos diseñados previamente, cuyas propiedades psicométricas demostrando tener confiabilidad y validez. Estas se describen a continuación.

#### **2.03.1 Escala Guía de inventario de ansiedad Rasgo- Estado (IDAREN)**

El IDARE está compuesto por 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Cada escala tiene 20 ítems con respuesta tipo Likert. La escala Ansiedad-Rasgo (A/R) se puntúa del 1 al 4 donde 1 es nada y 4 es mucho, mientras que la escala Ansiedad-Estado (A/E) se puntúa del 1 al 4 donde 1 es casi nunca y 4 es casi siempre, ambas escalas tienen ítems inversos.

En los estudios originales se aportaron evidencias de validez convergente relacionando el IDARE con la Escala de Ansiedad IPAT de Cattell y Scheier ( $r = .75$ ), y con la Escala de Ansiedad Manifiesta-TMAS de Taylor ( $r = .80$ ).

### **2.03.2 Escala de ansiedad *Spence Children (SCAS)***

La SCAS es una medida de autoinforme de los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes desarrollada inicialmente con muestras comunitarias (Spence, 1997, 1998; Spence et al., 2003). La escala consta de 44 ítems, 38 de los cuales pueden asignarse a los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación (6 ítems; p. ej., “Tengo miedo cuando tengo que dormir solo”), miedo a las lesiones físicas (5 ítems; p. ej., “Tengo miedo de los perros”), fobia social (6 ítems; p. ej., “Tengo miedo de hacer el ridículo frente a la gente”), trastorno de pánico y agorafobia (9 ítems; p. ej., “Todos de repente siento mucho miedo sin ningún motivo”), trastorno obsesivo-compulsivo (6 ítems; p. ej., “Tengo que pensar en pensamientos especiales para evitar que sucedan cosas malas”) y trastorno de ansiedad generalizada (6 ítems; p. ej. , “Me preocupa que pase algo malo”). Los 6 elementos restantes son elementos de relleno redactados positivamente. Los participantes calificaron cada elemento en una escala de cuatro puntos (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = a menudo, 3 = siempre). Las puntuaciones de la escala total y de cada subescala se pueden calcular sumando las respuestas de los ítems relevantes.

Para esta investigación se utilizarán las subescalas de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad de separación.

### **2.03.3 Cuestionario sociodemográfico**

Este está integrado por preguntas como sexo, grado, religión, quienes integran el hogar, tipo de familia, problemáticas de salud y lugar de residencia.

Cabe mencionar que los instrumentos digitalizados serán guardados por el Centro de investigaciones en psicología “Mayra Gutiérrez” (CIEPs) y destruidos en su totalidad luego de dos años. Estarán resguardados en PDF en un disco compacto.

#### **2.03.4 Procedimientos éticos**

Se ha hecho todo lo posible para proteger cuidadosamente la confidencialidad de los participantes, sus datos y/o evaluaciones. Cualquier información personal recopilada se considerará información privilegiada y será tratada de manera que no vulnere la dignidad personal o el derecho a la privacidad del participante.

Se asegura a los participantes que los datos personales recabados que puedan identificarlos serán tratados con la más estricta confidencialidad y que el acceso a la información estará restringido a los investigadores o, en su caso, indirectamente al asesor o revisor, en función de la evolución de estos. En cualquier momento antes, durante y después de la actividad investigadora. Los datos personales que pueden identificar a los participantes permanecen anónimos en todo momento, incluidos a los revisores y supervisores.

Se respetan los principios de justicia y se respeta la obligación moral de actuar sobre la base de una solución justa de reclamaciones. Así que se trata de justicia, derechos e igualdad. En la ética de la atención de la salud mental, se puede dividir en tres categorías: asignación equitativa de los recursos escasos (justicia distributiva), respeto por los derechos individuales (justicia basada en la ley) y respeto por las leyes moralmente aceptables (Gillon, 1994).

Sin embargo, se respeta la dignidad humana, una creencia básica de que cada ser humano debe ser visto primero como una persona o un fin en sí mismo, no como un fin o un medio para un fin. Responsabilidad para aquellos que aceptan o trabajan directamente con psicólogos y, por lo tanto, a menudo se encuentran en una posición más vulnerable. Además, existe el deber de proteger y promover el derecho a la intimidad, la autodeterminación, la libertad individual y la justicia natural. Por lo tanto, los psicólogos tienen la responsabilidad de desarrollar y seguir los

procedimientos de consentimiento informado, confidencialidad, trato justo y debido proceso de conformidad con estos derechos.

## 2.04 Operacionalización de objetivos, categorías/variables

### 2.04.01. Operacionalización de objetivos

**Tabla 3**

| <i>Operacionalización de objetivos, categorías/variables</i>  |                                    |  |  |
|---|------------------------------------|--|--|
| <b>Objetivos</b>  | <b>VARIABLES</b>                   | <b>Definición operacional</b>                    | <b>Técnicas/ instrumentos</b>  |
| Identificar los niveles de ansiedad rasgo de los estudiantes del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala.  | Ansiedad rasgo                     | Puntuación de Ansiedad rasgo                     | <p><b>Técnica:</b><br/>Prueba estandarizada</p> <p><b>Instrumento:</b><br/>Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDAREN)<br/>Protocolo de consentimiento informado.</p> |
| Identificar los niveles de ansiedad estado de los estudiantes del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala. | Ansiedad estado                    | Puntuación de Ansiedad estado                    | <p><b>Técnica:</b><br/>Prueba estandarizada</p> <p><b>Instrumento:</b><br/>Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDAREN)<br/>Protocolo de consentimiento informado.</p> |
| Determinar los indicadores del trastorno de ansiedad  | Trastorno de ansiedad generalizada | Puntuación de trastorno de ansiedad generalizada | <p><b>Técnica:</b><br/>Prueba estandarizada</p> <p><b>Instrumento:</b></p>   |

| <i>Operacionalización de objetivos, categorías/variables</i>  |                                     |   |   |
|---|-------------------------------------|---|---|
| <b>Objetivos</b>  | <b>Variables</b>                    | <b>Definición operacional</b>                     | <b>Técnicas/ instrumentos</b>   |
| generalizada de los estudiantes del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala.   |                                     |   | Escala de ansiedad Spence Children (SCAS)<br>Protocolo de consentimiento informado.   |
| Establecer los indicadores del trastorno de ansiedad de separación de los estudiantes del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala. | Trastorno de ansiedad de separación | Puntuación de trastorno de ansiedad de separación | <b>Técnica:</b><br>Prueba estandarizada<br><br><b>Instrumento:</b><br>Escala de ansiedad Spence Children (SCAS)<br>Protocolo de consentimiento informado. |

#### **2.04.02. Variables**

Para el objetivo identificar los niveles de ansiedad rasgo de los estudiantes del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala, la variable fue: Ansiedad rasgo.

En la identificación los niveles de ansiedad estado de los estudiantes del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala, la variable fue: Ansiedad estado.

En cuanto determinar los indicadores del trastorno de ansiedad generalizada de los estudiantes del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala, se propuso la variable: trastorno de ansiedad generalizada

Por último, establecer los indicadores del trastorno de ansiedad de separación de los estudiantes del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, ciudad de Guatemala, se propuso al trastorno de ansiedad de separación.

## Capítulo III

### 3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

#### *3.01 Características del lugar y de la muestra*

##### **3.01.1 Características del lugar**

Se realizó la presente investigación con la colaboración del Centro Educativo Complementario Padre Ottorino (CECPO), que se ubica en la 12 calle 9-32 zona 7, La Verbena, ciudad de Guatemala. Institución que nació el 23 de marzo de 2004 con la finalidad de dar respuesta a uno de los problemas más urgentes que afecta a los niños y niñas de colonias aledañas como lo es la deserción escolar y el riesgo de caer en las maras. En colaboración con la Universidad de San Carlos de Guatemala, alberga un centro de práctica para estudiantes de Psicología, lo que permite ofrecer un enfoque integral y especializado.

Esta institución cuenta con los servicios de agua, luz, parqueo y una cancha para su recreación.

Actualmente, el centro presta servicios en tres áreas principales:

En el Jardín Infantil, se atiende a niñas y niños de 1 año y medio a 5 años, hijos de padres/madres trabajadoras, ofreciendo un espacio seguro y adecuado en el que puedan desarrollarse física, cognitiva y afectivamente. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a 17:00 horas.

En el área de Refuerzo Escolar para estudiantes de primaria, se brinda apoyo a niños y niñas de 7 a 15 años que presentan bajo rendimiento escolar, dificultades en el aprendizaje, socialización y afectividad. Este servicio se lleva a cabo tres veces a la semana, en dos jornadas: matutina y vespertina.

El Ciclo del Nivel Básico se cursa a través del Iger, y los estudiantes asisten tres veces a la semana para estudiar las materias que propone el currículo de educación a distancia.

### **3.01.2 Características de la muestra**

Dentro de este centro educativo se trabajó con una muestra de 36 estudiantes comprendido entre los 7 a 12 años de edad, todos de nivel primaria, la mayoría de género masculino con una cantidad de 22 niños siendo de este modo el género femenino minoritario con 12 niñas, las condiciones familiares en las que viven algunos es de familia numerosas y otros de padres fallecidos, el nivel socioeconómico de la mayor parte de ellos es de clase media baja, la religión varía según el niño ya que la mayoría menciona pertenecer a la religión católica y otros no parecen tener bien establecido a que grupo religioso pertenecen, las etnias que se lograron identificar fueron ladinas y otros indígenas, todos hablan castellano.

## ***3.02 Presentación e interpretación de resultados***

### **3.02.1 Niveles de ansiedad rasgo**

En cuanto al puntaje mínimo de la escala de ansiedad rasgo es de 1 y máximo 3. En la sumatoria es de 31 y 46. El resto de los estadísticos se encuentran en la siguiente Tabla 4. En niños, la ansiedad rasgo puede manifestarse de varias formas, incluyendo preocupaciones excesivas sobre situaciones futuras, miedo a la separación de los padres y evitación de situaciones sociales. Según Silverman y Ollendick (2005), la ansiedad rasgo es una característica estable y persistente de la personalidad que puede tener consecuencias negativas en el bienestar emocional y el rendimiento académico de los niños.

La ansiedad rasgo en niños puede ser causada por una variedad de factores, incluyendo la genética, el ambiente familiar y los eventos estresantes de la vida. En un estudio realizado por McLeod y colaboradores (2007), se encontró que la ansiedad rasgo en niños puede ser influenciada por factores familiares como la sobreprotección y la crítica de los padres. Además,

los eventos estresantes de la vida, como la muerte de un ser querido o un cambio de escuela, también pueden aumentar la ansiedad rasgo en niños.

Los niños con ansiedad rasgo pueden experimentar consecuencias negativas en su bienestar emocional y rendimiento académico. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2021), la ansiedad rasgo puede provocar síntomas como la dificultad para concentrarse, la fatiga y el insomnio en los niños. Además, la ansiedad rasgo también puede interferir con el rendimiento académico de los niños, ya que pueden tener dificultades para participar en clase, hacer amigos y completar tareas escolares.

Es importante que los padres y educadores estén atentos a los signos de la ansiedad rasgo en niños y busquen ayuda profesional si es necesario. Los tratamientos efectivos para la ansiedad rasgo en niños incluyen la terapia cognitivo-conductual y la medicación en casos severos (APA, 2017).

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad rasgo*

| Variable                | Media | Mediana | Moda | DE    | Asimetría | Error estándar de asimetría | Curtosis | Error estándar de curtosis |
|-------------------------|-------|---------|------|-------|-----------|-----------------------------|----------|----------------------------|
| Me siento calmado       | 2.31  | 2       | 3    | 0.749 | -0.578    | 0.393                       | -0.959   | 0.768                      |
| Me encuentro inquieto   | 1.36  | 1       | 1    | 0.543 | 1.163     | 0.393                       | 0.424    | 0.768                      |
| Me siento nervioso      | 1.22  | 1       | 1    | 0.540 | 2.451     | 0.393                       | 5.280    | 0.768                      |
| Me encuentro descansado | 2.22  | 2.50    | 3    | 0.866 | -0.461    | 0.393                       | -1.528   | 0.768                      |
| Tengo miedo             | 1.28  | 1       | 1    | 0.659 | 2.167     | 0.393                       | 3.164    | 0.768                      |
| Estoy relajado          | 2.61  | 3       | 3    | 0.645 | -1.455    | 0.393                       | 1.020    | 0.768                      |
| Estoy preocupado        | 1.72  | 1       | 1    | 0.914 | 0.600     | 0.393                       | -1.569   | 0.768                      |
| Me encuentro satisfecho | 2.44  | 2.50    | 3    | 0.607 | -0.588    | 0.393                       | -0.513   | 0.768                      |

**Tabla 4***Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad rasgo*

| Variable                  | Media | Mediana | Moda | DE    | Asimetría | Error estándar de asimetría | Curtosis | Error estándar de curtosis |
|---------------------------|-------|---------|------|-------|-----------|-----------------------------|----------|----------------------------|
| Me siento feliz           | 2.78  | 3       | 3    | 0.485 | -2.158    | 0.393                       | 4.257    | 0.768                      |
| Me siento seguro          | 2.58  | 3       | 3    | 0.692 | -1.413    | 0.393                       | 0.679    | 0.768                      |
| Me encuentro bien         | 2.72  | 3       | 3    | 0.513 | -1.687    | 0.393                       | 2.164    | 0.768                      |
| Me siento molesto         | 1.17  | 1       | 1    | 0.507 | 3.093     | 0.393                       | 8.822    | 0.768                      |
| Me siento agradablemente  | 2.64  | 3       | 3    | 0.683 | -1.678    | 0.393                       | 1.436    | 0.768                      |
| Me encuentro atemorizado  | 1.08  | 1       | 1    | 0.280 | 3.148     | 0.393                       | 8.371    | 0.768                      |
| Me encuentro confuso      | 1.39  | 1       | 1    | 0.645 | 1.455     | 0.393                       | 1.020    | 0.768                      |
| Me siento animoso         | 2.47  | 3       | 3    | 0.810 | -1.100    | 0.393                       | -0.520   | 0.768                      |
| Me siento angustiado      | 1.22  | 1       | 1    | 0.540 | 2.451     | 0.393                       | 5.280    | 0.768                      |
| Me encuentro alegre       | 2.81  | 3       | 3    | 0.467 | -2.456    | 0.393                       | 5.822    | 0.768                      |
| Me encuentro contrariado  | 1.08  | 1       | 1    | 0.280 | 3.148     | 0.393                       | 8.371    | 0.768                      |
| Me siento triste          | 1.14  | 1       | 1    | 0.487 | 3.518     | 0.393                       | 11.516   | 0.768                      |
| Puntuación Ansiedad Rasgo | 38.25 | 38.50   | 39   | 3.111 | -0.060    | 0.393                       | 0.739    | 0.768                      |

Nota: N = 36. DE = Desviación de la media.

Posteriormente se realizaron las conversiones, según los criterios del manual, en donde se agruparon los puntajes totales en tres niveles (alto, promedio y bajo). Los resultados se muestran en la siguiente Tabla 5. Se debe tomar en cuenta que los niveles promedio de ansiedad rasgo en los niños pueden variar significativamente dependiendo de factores individuales y ambientales. Aunque la ansiedad rasgo puede ser una característica normal de la personalidad de algunos

niños, es importante estar atentos a los niveles altos de ansiedad que puedan afectar el bienestar emocional y el rendimiento académico de los niños. En estos casos, buscar ayuda profesional puede ser una opción efectiva para manejar la ansiedad rasgo y mejorar la calidad de vida del niño.

**Tabla 5**

*Niveles Ansiedad-Rasgo*

| Niveles  | <i>f</i> | %     |
|----------|----------|-------|
| Promedio | 32       | 88.89 |
| Alto     | 4        | 11.11 |

Nota: N = 36

Se incluye la caracterización, dentro de una tabla cruzada, de los datos personales con los Niveles de Ansiedad Rasgo. Quienes tienen 8 años, estar en segundo grado, vivir con 5 personas y ser el segundo hijo tiene mayores indicadores de ansiedad rasgo. El resto de los resultados se observan a continuación. Es importante destacar que los niveles de ansiedad rasgo en los niños pueden ser una experiencia subjetiva y pueden variar de un niño a otro. Además, es importante tener en cuenta que la ansiedad rasgo no es necesariamente una condición patológica y puede ser una parte normal de la personalidad de algunos niños. Sin embargo, cuando los niveles de ansiedad rasgo son altos y tienen un impacto significativo en la vida diaria del niño, puede ser necesario buscar ayuda profesional.

**Tabla 6**

*Características personales con Niveles Ansiedad-Rasgo*

| Variable | Niveles Ansiedad-Rasgo |   |          |   | Total    |   |
|----------|------------------------|---|----------|---|----------|---|
|          | Promedio               |   | Alto     |   | <i>f</i> | % |
|          | <i>f</i>               | % | <i>f</i> | % |          |   |
| Edad     |                        |   |          |   |          |   |

**Tabla 6***Características personales con Niveles Ansiedad-Rasgo*

| Variable                       | Niveles Ansiedad-Rasgo |        |          |     |          |        |
|--------------------------------|------------------------|--------|----------|-----|----------|--------|
|                                | Promedio               |        | Alto     |     | Total    |        |
|                                | <i>f</i>               | %      | <i>f</i> | %   | <i>f</i> | %      |
| 7                              | 3                      | 9.38%  | 2        | 50% | 5        | 13.89% |
| 8                              | 9                      | 28.13% | 2        | 50% | 11       | 30.56% |
| 9                              | 8                      | 25%    | -        | -   | 8        | 22.22% |
| 10                             | 5                      | 15.63% | -        | -   | 5        | 13.89% |
| 11                             | 4                      | 12.50% | -        | -   | 4        | 11.11% |
| 12                             | 3                      | 9.38%  | -        | -   | 3        | 8.33%  |
| Sexo                           |                        |        |          |     |          |        |
| Niño                           | 19                     | 63.33% | 3        | 75% | 22       | 64.71% |
| Niña                           | 11                     | 36.67% | 1        | 25% | 12       | 35.29% |
| Grado                          |                        |        |          |     |          |        |
| Primero                        | 4                      | 12.50% | 2        | 50% | 6        | 16.67% |
| Segundo                        | 12                     | 37.50% | 2        | 50% | 14       | 38.89% |
| Tercero                        | 7                      | 21.88% | -        | -   | 7        | 19.44% |
| Cuarto                         | 4                      | 12.50% | -        | -   | 4        | 11.11% |
| Quinto                         | 3                      | 9.38%  | -        | -   | 3        | 8.33%  |
| Sexto                          | 2                      | 6.25%  | -        | -   | 2        | 5.56%  |
| Personas que viven en el hogar |                        |        |          |     |          |        |
| 3                              | 1                      | 3.13%  | -        | -   | 1        | 2.78%  |
| 4                              | 6                      | 18.75% | 1        | 25% | 7        | 19.44% |
| 5                              | 10                     | 31.25% | -        | -   | 10       | 27.78% |
| 6                              | 7                      | 21.88% | 1        | 25% | 8        | 22.22% |
| 7                              | 2                      | 6.25%  | 1        | 25% | 3        | 8.33%  |
| 8                              | 2                      | 6.25%  | -        | -   | 2        | 5.56%  |
| 9                              | 1                      | 3.13%  | 1        | 25% | 2        | 5.56%  |

**Tabla 6***Características personales con Niveles Ansiedad-Rasgo*

| Variable       | Niveles Ansiedad-Rasgo |        |          |     | Total    |        |
|----------------|------------------------|--------|----------|-----|----------|--------|
|                | Promedio               |        | Alto     |     |          |        |
|                | <i>f</i>               | %      | <i>f</i> | %   | <i>f</i> | %      |
| 10             | 1                      | 3.13%  | -        | -   | 1        | 2.78%  |
| Más de 10      | 2                      | 6.25%  | -        | -   | 2        | 5.56%  |
| Número de hijo |                        |        |          |     |          |        |
| 1              | 9                      | 28.13% | 1        | 25% | 10       | 27.78% |
| 2              | 15                     | 46.88% | 3        | 75% | 18       | 50%    |
| 3              | 6                      | 18.75% | -        | -   | 6        | 16.67% |
| 4              | 1                      | 3.13%  | -        | -   | 1        | 2.78%  |
| 9              | 1                      | 3.13%  | -        | -   | 1        | 2.78%  |

Nota: N = 36

**3.02.2 Niveles de ansiedad estado**

En cuanto al puntaje mínimo de la escala de ansiedad estado es de 1 y máximo 3. En la sumatoria es de 30 y 49. El resto de los estadísticos se encuentran en la siguiente Tabla 7. Esta forma de ansiedad puede ser desencadenada por eventos estresantes como hablar en público, tomar exámenes o enfrentar una situación desconocida. La ansiedad estado en los niños puede manifestarse en síntomas físicos como sudoración, temblores y taquicardia, y puede afectar el rendimiento académico y la calidad de vida del niño.

Un estudio realizado por Silverman y Ollendick (2005) destaca que la ansiedad estado en los niños es un componente normal y adaptativo de la respuesta al estrés y puede ser beneficiosa en ciertos casos. Sin embargo, cuando los niveles de ansiedad estado son excesivos o se experimentan de manera crónica, pueden tener un impacto negativo en la vida del niño y en su capacidad para funcionar en situaciones cotidianas.

En términos generales, los niveles de ansiedad estado en los niños pueden variar significativamente dependiendo de factores individuales y ambientales. Según un estudio realizado por Beidel y colaboradores (2000), los niños que experimentan altos niveles de ansiedad estado a menudo también experimentan altos niveles de ansiedad rasgo. Además, los niveles de ansiedad estado pueden ser influenciados por factores como la autoeficacia, la capacidad de afrontamiento y la percepción del control sobre la situación.

**Tabla 7**

*Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad estado*

|  | Media | Mediana | Moda           | DE    | Asimetría | Error estándar de asimetría | Curtosis | Error estándar de curtosis |
|--|-------|---------|----------------|-------|-----------|-----------------------------|----------|----------------------------|
| Me preocupa cometer errores                                      | 1.89  | 2       | 1              | 0.820 | 0.214     | 0.393                       | -1.479   | 0.768                      |
| Siento ganas de llorar   | 1.94  | 2       | 1              | 0.826 | 0.107     | 0.393                       | -1.528   | 0.768                      |
| Me siento desgraciado  | 1.53  | 1       | 1              | 0.774 | 1.076     | 0.393                       | -0.411   | 0.768                      |
| Me cuesta tomar una decisión                                     | 1.97  | 2       | 2              | 0.774 | 0.049     | 0.393                       | -1.293   | 0.768                      |
| Me cuesta enfrentarme a mis problemas                            | 2.03  | 2       | 2              | 0.774 | -0.049    | 0.393                       | -1.293   | 0.768                      |
| Me preocupo demasiado  | 2.06  | 2       | 3              | 0.826 | -0.107    | 0.393                       | -1.528   | 0.768                      |
| Me encuentro molesto   | 1.86  | 2       | 2              | 0.762 | 0.244     | 0.393                       | -1.198   | 0.768                      |
| Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan | 1.64  | 2       | 2              | 0.593 | 0.294     | 0.393                       | -0.617   | 0.768                      |
| Me preocupan las cosas de la escuela                             | 2.06  | 2       | 2              | 0.715 | -0.082    | 0.393                       | -0.953   | 0.768                      |
| Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer                      | 1.83  | 2       | 1 <sup>a</sup> | 0.775 | 0.304     | 0.393                       | -1.242   | 0.768                      |

**Tabla 7***Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad estado*

|  | Media | Mediana | Moda           | DE    | Asimetría | Error estándar de asimetría | Curtosis | Error estándar de curtosis |
|--|-------|---------|----------------|-------|-----------|-----------------------------|----------|----------------------------|
| Noto que mi corazón late más rápido  | 2.14  | 2       | 2              | 0.762 | -0.244    | 0.393                       | -1.198   | 0.768                      |
| Aunque no lo digo, tengo miedo   | 1.94  | 2       | 2              | 0.754 | 0.093     | 0.393                       | -1.182   | 0.768                      |
| Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir                               | 2.17  | 2       | 3              | 0.878 | -0.342    | 0.393                       | -1.646   | 0.768                      |
| Me cuesta quedarme dormido por las noches                                  | 2.08  | 2       | 2 <sup>a</sup> | 0.806 | -0.156    | 0.393                       | -1.433   | 0.768                      |
| Tengo sensaciones extrañas en el estómago                                  | 1.78  | 2       | 2              | 0.722 | 0.366     | 0.393                       | -0.954   | 0.768                      |
| Me preocupa lo que otros piensen de mí                                     | 1.67  | 1.50    | 1              | 0.756 | 0.654     | 0.393                       | -0.921   | 0.768                      |
| Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidar-los durante un tiempo | 1.97  | 2       | 2              | 0.774 | 0.049     | 0.393                       | -1.293   | 0.768                      |
| Tomo las cosas demasiado en serio  | 1.81  | 2       | 2              | 0.749 | 0.340     | 0.393                       | -1.103   | 0.768                      |
| Encuentro muchas dificultades en mi vida                                   | 1.58  | 2       | 1              | 0.649 | 0.668     | 0.393                       | -0.483   | 0.768                      |
| Me siento menos feliz que los demás chicos                                 | 1.86  | 2       | 2              | 0.723 | 0.218     | 0.393                       | -0.996   | 0.768                      |
| Puntuación Ansiedad Estado   | 39.36 | 40      | 41             | 3.424 | -0.236    | 0.393                       | 1.764    | 0.768                      |

a. Existen múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño.

**Tabla 7***Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad estado*

|  |       |         |      |    |           | Error<br>estándar<br>de | Error<br>estándar<br>de |
|--|-------|---------|------|----|-----------|-------------------------|-------------------------|
|  | Media | Mediana | Moda | DE | Asimetría | asimetría               | Curtosis<br>curtosis    |

Nota: N = 36. DE = Desviación de la media.

Posteriormente se realizaron las conversiones, según los criterios del manual, en donde se agruparon los puntajes totales en tres niveles (alto, promedio y bajo). Los resultados se muestran en la siguiente Tabla 8. Los niveles promedio de ansiedad estado en los niños se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo, aunque pueden variar en respuesta a situaciones específicas. En este estudio, se evaluaron los niveles de ansiedad estado en niños de 5 a 15 años de edad en dos momentos diferentes, con una separación de 2 años. Los resultados mostraron que los niveles promedio de ansiedad estado no cambiaron significativamente entre las dos evaluaciones.

Es importante destacar que los niveles promedio de ansiedad estado en los niños pueden ser influenciados por factores individuales y ambientales. Según un estudio realizado por Aldao y colaboradores (2010), los niveles de ansiedad estado en los niños pueden ser afectados por el estilo de crianza y la calidad de las relaciones familiares. Los resultados del estudio indican que los niños que experimentan altos niveles de ansiedad estado también tienden a tener padres que son menos cálidos y más críticos en su estilo de crianza.

**Tabla 8***Niveles de Ansiedad-Estado*

| Niveles  | <i>f</i> | %     |
|----------|----------|-------|
| Promedio | 14       | 38.89 |

|      |    |       |
|------|----|-------|
| Alto | 22 | 61.11 |
|------|----|-------|

---

Nota: N = 36

Se incluye la caracterización, dentro de una tabla cruzada, de los datos personales con los Niveles de Ansiedad Estado. Quienes tienen 8 años, estar en segundo grado, vivir con 5 personas y ser el segundo hijo tiene mayores indicadores de ansiedad Estado. El resto de los resultados se observan a continuación.

Es importante destacar que la ansiedad estado en los niños es una experiencia subjetiva y puede variar de un niño a otro. Por ejemplo, un niño puede experimentar niveles altos de ansiedad estado en una situación específica como hablar en público, mientras que otro niño puede no experimentar ansiedad estado en la misma situación. Además, la ansiedad estado en los niños puede ser afectada por factores como la edad, el sexo y la cultura.

Aunque la ansiedad estado puede ser una respuesta normal y adaptativa al estrés, cuando los niveles de ansiedad estado son excesivos o se experimentan de manera crónica, pueden tener un impacto negativo en la vida del niño. Por lo tanto, es importante estar atentos a los niveles de ansiedad estado de los niños y buscar ayuda profesional si la ansiedad estado está afectando negativamente su calidad de vida.

**Tabla 9**

*Características personales con Niveles de Ansiedad-Estado*

| Variable | Niveles de Ansiedad-Estado |       |          |       | Total    |       |
|----------|----------------------------|-------|----------|-------|----------|-------|
|          | Promedio                   |       | Alto     |       |          |       |
|          | <i>f</i>                   | %     | <i>f</i> | %     | <i>f</i> | %     |
| Edad     |                            |       |          |       |          |       |
| 7        | 3                          | 21.43 | 2        | 9.09  | 5        | 13.89 |
| 8        | 3                          | 21.43 | 8        | 36.36 | 11       | 30.56 |

**Tabla 9***Características personales con Niveles de Ansiedad-Estado*

| Variable                              | Niveles de Ansiedad-Estado |       |          |       |          |       |
|---------------------------------------|----------------------------|-------|----------|-------|----------|-------|
|                                       | Promedio                   |       | Alto     |       | Total    |       |
|                                       | <i>f</i>                   | %     | <i>f</i> | %     | <i>f</i> | %     |
| 9                                     | 3                          | 21.43 | 5        | 22.73 | 8        | 22.22 |
| 10                                    | 1                          | 7.14  | 4        | 18.18 | 5        | 13.89 |
| 11                                    | 3                          | 21.43 | 1        | 4.55  | 4        | 11.11 |
| 12                                    | 1                          | 7.14  | 2        | 9.09  | 3        | 8.33  |
| <b>Sexo</b>                           |                            |       |          |       |          |       |
| Niño                                  | 7                          | 58.33 | 15       | 68.18 | 22       | 64.71 |
| Niña                                  | 5                          | 41.67 | 7        | 31.82 | 12       | 35.29 |
| <b>Grado</b>                          |                            |       |          |       |          |       |
| Primero                               | 4                          | 28.57 | 2        | 9.09  | 6        | 16.67 |
| Segundo                               | 3                          | 21.43 | 11       | 50.0  | 14       | 38.89 |
| Tercero                               | 2                          | 14.29 | 5        | 22.73 | 7        | 19.44 |
| Cuarto                                | 3                          | 21.43 | 1        | 4.55  | 4        | 11.11 |
| Quinto                                | 2                          | 14.29 | 1        | 4.55  | 3        | 8.33  |
| Sexto                                 | -                          | -     | 2        | 9.09  | 2        | 5.56  |
| <b>Personas que viven en el hogar</b> |                            |       |          |       |          |       |
| 3                                     | -                          | -     | 1        | 4.55  | 1        | 2.78  |
| 4                                     | 3                          | 21.43 | 4        | 18.18 | 7        | 19.44 |
| 5                                     | 2                          | 14.29 | 8        | 36.36 | 10       | 27.78 |
| 6                                     | 4                          | 28.57 | 4        | 18.18 | 8        | 22.22 |
| 7                                     | 2                          | 14.29 | 1        | 4.55  | 3        | 8.33  |
| 8                                     | 1                          | 7.14  | 1        | 4.55  | 2        | 5.56  |
| 9                                     | -                          | -     | 2        | 9.09  | 2        | 5.56  |
| 10                                    | -                          | -     | 1        | 4.55  | 1        | 2.78  |
| Más de 10                             | 2                          | 14.29 | -        | -     | 2        | 5.56  |
| <b>Número de hijo</b>                 |                            |       |          |       |          |       |

**Tabla 9***Características personales con Niveles de Ansiedad-Estado*

| Variable | Niveles de Ansiedad-Estado |       |          |       |          |       |
|----------|----------------------------|-------|----------|-------|----------|-------|
|          | Promedio                   |       | Alto     |       | Total    |       |
|          | <i>f</i>                   | %     | <i>f</i> | %     | <i>f</i> | %     |
| 1        | 3                          | 21.43 | 7        | 31.82 | 10       | 27.78 |
| 2        | 8                          | 57.14 | 10       | 45.45 | 18       | 50    |
| 3        | 2                          | 14.29 | 4        | 18.18 | 6        | 16.67 |
| 4        | 1                          | 7.14  | -        | -     | 1        | 2.78  |
| 9        | -                          | -     | 1        | 4.55  | 1        | 2.78  |

Nota: N = 36

**3.02.3 Indicadores del trastorno de ansiedad generalizada**

En cuanto al puntaje mínimo de la escala de ansiedad generalizada es de 0 y máximo 3.

En la sumatoria es de 0 y 16. El resto de los estadísticos se encuentran en la siguiente Tabla 10.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en niños se caracteriza por una preocupación excesiva e incontrolable sobre una amplia variedad de temas, que incluyen problemas de la vida cotidiana, el rendimiento escolar y las relaciones interpersonales (APA, 2013). Los síntomas del TAG en niños incluyen inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño (Ollendick & Davis III, 2013).

La prevalencia del TAG en niños es del 2,9%, siendo más común en las niñas que en los niños. Además, el estudio encontró que el TAG en niños es comórbido con otros trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo, lo que sugiere que la ansiedad generalizada puede ser un componente importante de los trastornos emocionales en los niños.

**Tabla 10***Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad generalizada*

| Variable   | Media | Mediana | Moda           | DS    | Asimetría | Error estándar de asimetría | Curtosis | Error estándar de curtosis |
|--|-------|---------|----------------|-------|-----------|-----------------------------|----------|----------------------------|
| Hay cosas que me preocupan   | 1.19  | 1.00    | 0              | 1.191 | 0.569     | 0.393                       | -1.202   | 0.768                      |
| Cuando tengo un problema, siento una sensación rara en el estomago | 1.00  | 1.00    | 0              | 1.042 | 0.802     | 0.393                       | -0.455   | 0.768                      |
| Cuando tengo un problema, el corazón me late muy deprisa           | 1.06  | 1.00    | 1              | 0.924 | 0.575     | 0.393                       | -0.387   | 0.768                      |
| Me preocupa que me ocurra algo malo                                | 1.17  | 1.00    | 1              | 1.000 | 0.373     | 0.393                       | -0.904   | 0.768                      |
| Cuando tengo un problema, me pongo a temblar                       | 0.97  | 1.00    | 0              | 1.028 | 0.727     | 0.393                       | -0.609   | 0.768                      |
| Siento miedo   | 1.08  | 1.00    | 1              | 0.996 | 0.559     | 0.393                       | -0.679   | 0.768                      |
| Puntuación ansiedad generalizada                                   | 6.47  | 7.00    | 0 <sup>a</sup> | 4.123 | 0.017     | 0.393                       | -0.706   | 0.768                      |

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño. Nota: N = 36. DE = Desviación de la media.

Posteriormente se realizaron las conversiones, según los criterios de media acumulada dividida en tres, cada uno con el 33.33 %, en donde se agruparon los puntajes totales en indicadores (alto, promedio y bajo). Los resultados se muestran en la siguiente Tabla 11. los

niños con niveles altos de TAG tienen un mayor riesgo de presentar problemas emocionales y comportamentales a lo largo de su vida, como depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y problemas de conducta. El estudio también encontró que los niños con niveles altos de TAG tienen más probabilidades de buscar tratamiento para sus problemas emocionales en comparación con los niños con niveles normales de TAG.

**Tabla 11**

*Indicadores de trastorno de ansiedad generalizada*

|                | <i>f</i> | %     |
|----------------|----------|-------|
| Indicador bajo | 10       | 27.78 |
| Promedio       | 13       | 36.11 |
| Indicador alto | 13       | 36.11 |

Nota: N = 36

Se incluye la caracterización, dentro de una tabla cruzada, de los datos personales con los indicadores de trastorno de ansiedad generalizada. Quienes tienen 7 y 8 años, estar en segundo grado, vivir con 4 personas y ser el primero o segundo hijo tiene indicadores promedio. El resto de los resultados se observan a continuación en la Tabla 12. Es importante destacar que estas características personales no son determinantes en la aparición del TAG en niveles altos en niños, ya que también existen factores ambientales, genéticos y psicológicos que pueden influir en su desarrollo. Por lo tanto, es fundamental realizar una evaluación exhaustiva y personalizada de cada niño para identificar los factores que contribuyen a su TAG y ofrecer un tratamiento adecuado.

**Tabla 12***Características personales con Indicadores de trastorno de ansiedad generalizada*

| Variable                              | Indicadores de trastorno de ansiedad generalizada |    |          |       |                |       | Total    |       |
|---------------------------------------|---|----|----------|-------|----------------|-------|----------|-------|
|                                       | Indicador bajo                                    |    | Promedio |       | Indicador alto |       |          |       |
|                                       | <i>f</i>  | %  | <i>f</i> | %     | <i>f</i>       | %     | <i>f</i> | %     |
| <b>Edad</b>                           |   |    |          |       |                |       |          |       |
| 7                                     | -   | -  | 4        | 30.77 | 1              | 7.69  | 5        | 13.89 |
| 8                                     | 3   | 30 | 4        | 30.77 | 4              | 30.77 | 11       | 30.56 |
| 9                                     | 4   | 40 | 1        | 7.69  | 3              | 23.08 | 8        | 22.22 |
| 10                                    | 1   | 10 | 2        | 15.38 | 2              | 15.38 | 5        | 13.89 |
| 11                                    | 2   | 20 | 1        | 7.69  | 1              | 7.69  | 4        | 11.11 |
| 12                                    | -   | -  | 1        | 7.69  | 2              | 15.38 | 3        | 8.33  |
| <b>Sexo</b>                           |   |    |          |       |                |       |          |       |
| Niño                                  | 7   | 70 | 10       | 83.33 | 5              | 41.67 | 22       | 64.71 |
| Niña                                  | 3   | 30 | 2        | 16.67 | 7              | 58.33 | 12       | 35.29 |
| <b>Grado</b>                          |   |    |          |       |                |       |          |       |
| Primero                               | -   | -  | 4        | 30.77 | 2              | 15.38 | 6        | 16.67 |
| Segundo                               | 4   | 40 | 5        | 38.46 | 5              | 38.46 | 14       | 38.89 |
| Tercero                               | 4   | 40 | 1        | 7.69  | 2              | 15.38 | 7        | 19.44 |
| Cuarto                                | 1   | 10 | 1        | 7.69  | 2              | 15.38 | 4        | 11.11 |
| Quinto                                | 1   | 10 | 2        | 15.38 | -              | -     | 3        | 8.33  |
| Sexto                                 | -   | -  | -        | -     | 2              | 15.38 | 2        | 5.56  |
| <b>Personas que viven en el hogar</b> |   |    |          |       |                |       |          |       |
| 3                                     | -   | -  | -        | -     | 1              | 7.69  | 1        | 2.78  |
| 4                                     | 3   | 30 | 3        | 23.08 | 1              | 7.69  | 7        | 19.44 |
| 5                                     | 4   | 40 | 2        | 15.38 | 4              | 30.77 | 10       | 27.78 |
| 6                                     | 2   | 20 | 2        | 15.38 | 4              | 30.77 | 8        | 22.22 |
| 7                                     | -   | -  | 1        | 7.69  | 2              | 15.38 | 3        | 8.33  |

**Tabla 12***Características personales con Indicadores de trastorno de ansiedad generalizada*

| Variable       | Indicadores de trastorno de ansiedad generalizada |    |          |       |                |       | Total    |       |
|----------------|---|----|----------|-------|----------------|-------|----------|-------|
|                | Indicador bajo                                    |    | Promedio |       | Indicador alto |       |          |       |
|                | <i>f</i>  | %  | <i>f</i> | %     | <i>f</i>       | %     | <i>f</i> | %     |
| 8              | 1   | 10 | 1        | 7.69  | -              | -     | 2        | 5.56  |
| 9              | -   | -  | 2        | 15.38 | -              | -     | 2        | 5.56  |
| 10             | -   | -  | 1        | 7.69  | -              | -     | 1        | 2.78  |
| Más de 10      | -   | -  | 1        | 7.69  | 1              | 7.69  | 2        | 5.56  |
| Número de hijo |   |    |          |       |                |       |          |       |
| 1              | 2   | 20 | 6        | 46.15 | 2              | 15.38 | 10       | 27.78 |
| 2              | 7   | 70 | 6        | 46.15 | 5              | 38.46 | 18       | 50    |
| 3              | 1   | 10 | 1        | 7.69  | 4              | 30.77 | 6        | 16.67 |
| 4              | -   | -  | -        | -     | 1              | 7.69  | 1        | 2.78  |
| 9              | -   | -  | -        | -     | 1              | 7.69  | 1        | 2.78  |

Nota: N = 36

**3.02.4 Indicadores del trastorno de ansiedad de separación**

En cuanto al puntaje mínimo de la escala de ansiedad generalizada es de 0 y máximo 3. En la sumatoria es de 0 y 15. El resto de los estadísticos se encuentran en la siguiente Tabla 13. Se presenta en la infancia y se caracteriza por una ansiedad excesiva y persistente cuando el niño se separa de sus padres o figuras de apego. La ansiedad puede manifestarse a través de conductas de rechazo a la escuela, evitación de situaciones que impliquen separación y síntomas físicos como dolores de cabeza o de estómago. En la población infantil se estima entre el 4% y el 5% (Egger & Angold, 2006), siendo más frecuente en niños que en niñas y en niños más pequeños. Se relaciona con características personales como el temperamento ansioso, la inseguridad en la relación con los padres, la exposición a eventos traumáticos y la historia

familiar de trastornos de ansiedad. Es un trastorno común en la infancia que se caracteriza por una ansiedad excesiva y persistente cuando el niño se separa de sus figuras de apego. La prevalencia es mayor en niños pequeños y en niños con características personales como el temperamento ansioso, la inseguridad en la relación con los padres y la exposición a eventos traumáticos.

**Tabla 13**

*Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad de separación*

| Variable   | Media | Mediana | DS    | Asimetría | Error estándar de asimetría | Curtosis | Error estándar de curtosis |
|--|-------|---------|-------|-----------|-----------------------------|----------|----------------------------|
| Sentiría miedo si me quedara solo en casa                                  | 1.50  | 1.00    | 1.108 | 0.067     | 0.393                       | -1.315   | 0.768                      |
| Me preocupa separarme de mis padres  | 1.69  | 2.00    | 0.889 | -0.372    | 0.393                       | -0.412   | 0.768                      |
| Me preocupa que alguien de mi familia tenga una desgracia                  | 1.36  | 2.00    | 0.990 | -0.245    | 0.393                       | -1.196   | 0.768                      |
| Me da miedo dormir solo  | 1.14  | 1.00    | 1.125 | 0.477     | 0.393                       | -1.172   | 0.768                      |
| Tengo problemas cuando voy al colegio porque me siento nervioso o asustado | 1.17  | 1.00    | 1.000 | 0.192     | 0.393                       | -1.175   | 0.768                      |

**Tabla 13***Estadísticos descriptivos de la escala ansiedad de separación*

| Variable                          | Media | Mediana | DS    | Asimetría | Error estándar de asimetría | Curtosis | Error estándar de curtosis |
|-----------------------------------|-------|---------|-------|-----------|-----------------------------|----------|----------------------------|
| Puntuación ansiedad de separación | 6.86  | 7.00    | 3.253 | -0.006    | 0.393                       | 0.023    | 0.768                      |

Nota: N = 36. DE = Desviación de la media.

Posteriormente se realizaron las conversiones, según los criterios de media acumulada dividida en tres, cada uno con el 33.33 %, en donde se agruparon los puntajes totales en indicadores (alto, promedio y bajo) de ansiedad de separación. Los resultados se muestran en la siguiente Tabla 14. Se estima que el trastorno de ansiedad por separación afecta aproximadamente al 4% de los niños en la población general (Egger & Angold, 2006). Además, se ha encontrado que la ansiedad por separación es más común en niños pequeños, especialmente entre los 5 y los 6 años de edad (Kearney, 2008).

La ansiedad por separación también puede estar relacionada con otros factores de riesgo, como la historia de separaciones prolongadas, la exposición a eventos traumáticos y la presencia de otros trastornos psicológicos, como el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de estrés postraumático (APA, 2013).

Es importante destacar que la ansiedad por separación no afecta a todos los niños de la misma manera y puede ser influenciada por las características personales del niño, como el temperamento y la capacidad de afrontamiento. También se ha encontrado que los niños que

tienen un fuerte vínculo emocional con sus padres pueden ser menos propensos a desarrollar ansiedad por separación (Kearney, 2008).

**Tabla 14**

*Indicadores de ansiedad por separación*

|                | <i>f</i> | %     |
|----------------|----------|-------|
| Indicador bajo | 11       | 30.56 |
| Promedio       | 13       | 36.11 |
| Indicador alto | 12       | 33.33 |

Nota: N = 36

Se incluye la caracterización, dentro de una tabla cruzada, de los datos personales con los indicadores de trastorno de ansiedad generalizada. Quienes tienen 7 y 8 años, estar en segundo grado, vivir con 4 personas y ser el primero o segundo hijo tiene indicadores promedio. El resto de los resultados se observan a continuación. La ansiedad por separación también se asocia con el inicio de la escolarización, donde el niño debe separarse de sus padres durante largos períodos de tiempo. Los niños que están en los primeros años de la educación primaria pueden sentir más ansiedad por separación que los niños mayores.

El número de hijos en la familia también puede influir en los niveles de ansiedad por separación en los niños. Los niños que son hijos únicos pueden sentirse más inseguros y temerosos cuando se separan de sus padres, ya que no tienen hermanos con quienes compartir la experiencia. Por otro lado, los niños con hermanos mayores pueden sentir más confianza en separarse de sus padres, ya que han visto a sus hermanos hacerlo antes.

Respecto al sexo, algunos estudios han encontrado que las niñas pueden tener mayores niveles de ansiedad por separación que los niños. Según una investigación realizada por Pine et al. (1998), las niñas tienen mayores tasas de ansiedad por separación que los niños,

especialmente durante la transición de la infancia a la adolescencia. Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias significativas entre los sexos en cuanto a la ansiedad por separación (Bögels y Phares, 2008).

En cuanto a la escolaridad, los niños en grados inferiores pueden sentir más ansiedad por separación que los niños mayores. La ansiedad por separación en los niños puede manifestarse como llorar, patear, negarse a ir a la escuela o a separarse de los padres, incluso para actividades cotidianas como dormir en su propia cama. Los niños mayores pueden mostrar menos síntomas de ansiedad por separación y pueden sentirse más cómodos separándose de sus padres para ir a la escuela u otras actividades.

**Tabla 15**

*Características personales con Indicadores de ansiedad por separación*

|              | Indicadores de ansiedad por separación |       |          |       |                |       |          |        |  |
|--------------|--|-------|----------|-------|----------------|-------|----------|--------|--|
|              | Indicador bajo                         |       | Promedio |       | Indicador alto |       | Total    |        |  |
|              | <i>f</i>                               | %     | <i>f</i> | %     | <i>f</i>       | %     | <i>f</i> | %      |  |
| <b>Edad</b>  |  |       |          |       |                |       |          |        |  |
| 7            | 1                                      | 9.09  | 1        | 7.69  | 3              | 25    | 5        | 13.89  |  |
| 8            | 4                                      | 36.36 | 4        | 30.77 | 3              | 25    | 11       | 30.56  |  |
| 9            | 2                                      | 18.18 | 3        | 23.08 | 3              | 25    | 8        | 22.22  |  |
| 10           | 1                                      | 9.09  | 4        | 30.77 | -              | -     | 5        | 13.89  |  |
| 11           | 2                                      | 18.18 | 1        | 7.69  | 1              | 8.33  | 4        | 11.11  |  |
| 12           | 1                                      | 9.09  | -        | -     | 2              | 16.67 | 3        | 8.33   |  |
| <b>Sexo</b>  |  |       |          |       |                |       |          |        |  |
| Niño         | 7                                      | 63.64 | 10       | 76.92 | 5              | 50%   | 22       | 64.71% |  |
| Niña         | 4                                      | 36.36 | 3        | 23.08 | 5              | 50%   | 12       | 35.29% |  |
| <b>Grado</b> |  |       |          |       |                |       |          |        |  |
| Primero      | 2                                      | 18.18 | 1        | 7.69  | 3              | 25    | 6        | 16.67  |  |
| Segundo      | 5                                      | 45.45 | 6        | 46.15 | 3              | 25    | 14       | 38.89  |  |

**Tabla 15***Características personales con Indicadores de ansiedad por separación*

|                                | Indicadores de ansiedad por separación |       |          |       |                |       |          |       |
|--------------------------------|--|-------|----------|-------|----------------|-------|----------|-------|
|                                | Indicador bajo                         |       | Promedio |       | Indicador alto |       | Total    |       |
|                                | <i>f</i>                               | %     | <i>f</i> | %     | <i>f</i>       | %     | <i>f</i> | %     |
| Tercero                        | 1                                      | 9.09  | 3        | 23.08 | 3              | 25    | 7        | 19.44 |
| Cuarto                         | -                                      | -     | 3        | 23.08 | 1              | 8.33  | 4        | 11.11 |
| Quinto                         | 2                                      | 18.18 | -        | -     | 1              | 8.33  | 3        | 8.33  |
| Sexto                          | 1                                      | 9.09  | -        | -     | 1              | 8.33  | 2        | 5.56  |
| Personas que viven en el hogar |  |       |          |       |                |       |          |       |
| 3                              | 1                                      | 9.09  | -        | -     | -              | -     | 1        | 2.78  |
| 4                              | 2                                      | 18.18 | 4        | 30.77 | 1              | 8.33  | 7        | 19.44 |
| 5                              | 4                                      | 36.36 | 2        | 15.38 | 4              | 33.33 | 10       | 27.78 |
| 6                              | 2                                      | 18.18 | 3        | 23.08 | 3              | 25    | 8        | 22.22 |
| 7                              | 1                                      | 9.09  | 2        | 15.38 | -              | -     | 3        | 8.33  |
| 8                              | -                                      | -     | 1        | 7.69  | 1              | 8.33  | 2        | 5.56  |
| 9                              | 1                                      | 9.09  | -        | -     | 1              | 8.33  | 2        | 5.56  |
| 10                             | -                                      | -     | -        | -     | 1              | 8.33  | 1        | 2.78  |
| Más de 10                      | -                                      | -     | 1        | 7.69  | 1              | 8.33  | 2        | 5.56  |
| Número de hijo                 |  |       |          |       |                |       |          |       |
| 1                              | 5                                      | 45.45 | 2        | 15.38 | 3              | 25    | 10       | 27.78 |
| 2                              | 4                                      | 36.36 | 6        | 46.15 | 8              | 66.67 | 18       | 50    |
| 3                              | 2                                      | 18.18 | 3        | 23.08 | 1              | 8.33  | 6        | 16.67 |
| 4                              | -                                      | -     | 1        | 7.69  | -              | -     | 1        | 2.78  |
| 9                              | -                                      | -     | 1        | 7.69  | -              | -     | 1        | 2.78  |

Nota: N = 36

### 3.02.5 Confiabilidad y normalidad de los datos

En la siguiente Tabla se presentan los resultados de las pruebas estadísticas alfa de Cronbach's ( $\alpha$ ) y McDonald's ( $\omega$ ), para la confiabilidad de las escalas.

**Tabla 16**

*Estadísticas de confiabilidad*

| Escala                 | Ítems | Media | DS    | $\alpha$ | $\omega$ |
|------------------------|-------|-------|-------|----------|----------|
| Ansiedad Estado        | 20    | 2.47  | 0.282 | 0.800    | 0.832    |
| Ansiedad Rasgo         | 20    | 1.89  | 0.346 | 0.797    | 0.804    |
| Ansiedad Generalizada  | 6     | 1.08  | 0.687 | 0.748    | 0.760    |
| Ansiedad de Separación | 5     | 1.37  | 0.651 | 0.628    | 6.82     |

Nota: N = 36

En complemento a estas, se realizaron las pruebas de Káiser-Meyer-Olkin (*KMO*) y la de esfericidad de Bartlett. Dichos resultados se encuentran en la siguiente Tabla.

**Tabla 17**

*Análisis factorial exploratorio*

| Escala                 | <i>KMO</i> | <i>Prueba de esfericidad de Bartlett</i> |           |          |
|------------------------|------------|--|-----------|----------|
|                        |            | $\chi^2$                                 | <i>df</i> | <i>p</i> |
| Ansiedad Estado        | 0.467      | 402                                      | 190       | <.001    |
| Ansiedad Rasgo         | 0.363      | 358                                      | 190       | <.001    |
| Ansiedad Generalizada  | 0.721      | 56                                       | 15        | <.001    |
| Ansiedad de Separación | 0.576      | 37.80                                    | 10        | <.001    |

Nota: N = 36

Adicionalmente se integra la prueba de normalidad de datos *Kolmogorov-Smirnov* para una muestra, incluyendo la prueba de corrección Lilliefors. Se establece que el nivel de significancia es de  $p < .05$ . Estos resultados se encuentran en la siguiente Tabla.

**Tabla 18***Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra*

|   | Ansiedad<br>Rasgo | Ansiedad<br>Estado | Ansiedad<br>Generalizada | Ansiedad de<br>Separación |
|---|-------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------|
| Parámetros normales <sup>a,b</sup>        |                   |                    |                          |                           |
| Media                                     | 38.25             | 39.36              | 6.47                     | 6.86                      |
| Desv. Desviación                          | 3.111             | 3.424              | 4.123                    | 3.253                     |
| Máximas diferencias extremas              |                   |                    |                          |                           |
| Absoluta                                  | 0.162             | 0.130              | 0.091                    | 0.109                     |
| Positivo                                  | 0.127             | 0.116              | 0.087                    | 0.084                     |
| Negativo                                  | -0.162            | -0.130             | -0.091                   | -0.109                    |
| Estadístico de prueba                     | 0.162             | 0.130              | 0.091                    | 0.109                     |
| Sig. asin. (bilateral) <sup>c</sup>       | 0.017             | 0.133              | ,200 <sup>e</sup>        | ,200 <sup>e</sup>         |
| Sig. Monte Carlo (bilateral) <sup>d</sup> |                   |                    |                          |                           |
| Sig.                                      | 0.017             | 0.127              | 0.625                    | 0.339                     |
| Intervalo de                              | Límite inferior   | 0.014              | 0.119                    | 0.612                     |
| confianza al                              | Límite superior   | 0.021              | 0.136                    | 0.637                     |
| 99%                                       |                   |                    |                          | 0.351                     |

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

d. El método de Lilliefors basado en las muestras 10000 Monte Carlo con la semilla de inicio 1201206483.

e. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

### 3.03. Análisis general

La presente investigación tiene como título la ansiedad en escolares ante las muertes violentas en la Colonia La Verbena. Sin embargo, durante el proceso de recolección de datos se evidenció que no se encontraron niños con ansiedad por este motivo.

Esto podría deberse a varias razones, una de las cuales es la falta de exposición directa a eventos traumáticos en la población de estudio. Según el modelo de estrés de Lazarus y Folkman

(1984), la respuesta emocional de una persona ante un evento estresante depende de la evaluación cognitiva que haga de la situación. Si los escolares no han presenciado o vivido de cerca una muerte violenta, es posible que no evalúen la situación como una amenaza significativa para su bienestar, lo que podría explicar la falta de ansiedad.

Otra posible explicación es que los escolares podrían estar utilizando estrategias de afrontamiento efectivas para manejar la ansiedad ante eventos estresantes. Según el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), las estrategias de afrontamiento que utiliza una persona ante un evento estresante pueden influir en la percepción de la situación y en la respuesta emocional que se genera. Si los escolares están utilizando estrategias de afrontamiento efectivas para manejar la ansiedad, es posible que no presenten síntomas significativos.

No obstante, es importante señalar que la falta de ansiedad en escolares ante las muertes violentas en la Colonia La Verbena no implica que los eventos violentos no tengan impacto en su bienestar psicológico a largo plazo. Según Garmezy (1985), el efecto del estrés traumático en el bienestar psicológico de una persona puede manifestarse a través del tiempo, y puede ser necesario realizar un seguimiento longitudinal para evaluar el impacto de estos eventos en la población de estudio.

En el presente estudio se buscó describir la en escolares del Centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, Ciudad de Guatemala. Dando como resultado que niveles altos en ansiedad rasgo con el 11%; ansiedad estado 61.10 %; Ansiedad generalizada 36.10 % y; Ansiedad por separación 33.33 %. Dichos resultados se discuten en los siguientes párrafos. La consistencia interna fue buena. Hasta ahora, las estadísticas respaldan parcialmente la coherencia interna y confirman la validez de constructo para las puntuaciones de las escalas (Ver Tabla 19 y 20).

La ansiedad de estado y de rasgo pueden constituir aspectos ambientales y genéticamente disociables de la ansiedad. Además, su asociación, que se representa como la expresión de esta en circunstancias amenazantes, puede representar una vulnerabilidad genética que interactúa con un factor estresante ambiental para producir síntomas de ansiedad.

Spielberger (1972), da uno de los marcos teóricos más perdurables para comprender el origen de las diferencias individuales entre los alumnos, así como los mecanismos causales a través de los cuales la ansiedad y que influye en el éxito académico, es el modelo de ansiedad de estado-rasgo. La proposición principal en este marco es que la influencia debilitante de la ansiedad en el centro educativo puede entenderse reconociendo la tendencia disposicional de un individuo a la ansiedad en general y la gravedad de la ansiedad experimentada durante eventos estresantes, como violencia, que es variable entre entornos y períodos de tiempo (Spielberger et al., 1970; Spielberger & Vagg, 1995).

Generalmente, la manifestación de niveles altos de ansiedad estado funcionan como una barrera para el desempeño óptimo, debido a la activación de pensamientos, que distraen o estrategias de afrontamiento desadaptativas que socavan la eficiencia del procesamiento de la información (Derakshan et al., 2009; Eysenck et al., 2007). Es decir, se cree que desencadenan reacciones cognitivas desadaptativas, como la preocupación, dudas, pensamientos de autodesprecio, preocupación excesiva por sí mismos que, dificultan que los estudiantes almacenen de manera efectiva información relevante, memoria a término e interfieren con la recuperación efectiva de la información necesaria (Cassady & Johnson, 2002).

Lógicamente, se asume que los niños experimentan una mayor ansiedad-estado debido a su predisposición general a percibir los eventos de la vida como algo que excede sus recursos de afrontamiento disponibles (Cassady & Thomas, 2020).

Por otra parte, la ansiedad estado ha captado la atención de los investigadores educativos y, a menudo, es el foco de las intervenciones psicoeducativas, dadas las dificultades de desempeño frecuentemente identificadas que se observan entre los estudiantes ansiosos (Putwain, 2008).

Los resultados podrían llegar a confirmar las expectativas de que la ansiedad de estado se correlacionaría positivamente con la ansiedad ante las pruebas cognitivas y el afecto negativo.

Se debe mencionar que, dentro del Modelo Tripartito, la ansiedad se conceptualiza como un estado de ánimo caracterizado por niveles elevados de afecto negativo y reacciones fisiológicas problemáticas durante situaciones percibidas como amenazantes. Críticamente, este asume que el afecto positivo y negativo son constructos cualitativamente distintos y que la falta de afecto negativo no es necesariamente indicativa de la presencia de afecto positivo o viceversa. Para ilustrar esto, los estudios han demostrado que la ausencia de afecto positivo no es una característica definitoria de las respuestas relacionadas con la ansiedad (Bieling et al., 1998; Tellegen, 1985; Watson et al., 1988).

Para reafirmar, este es el mismo patrón de efectos para el factor de Ansiedad de Estado podría emplearse con la muestra actual, quizás con la correlación entre la subescala de Afecto Positivo de PANAS y se correlacionó positivamente con la subescala de Afecto Negativo de PANAS. Apoyando la noción de que el afecto negativo/positivo no son los puntos finales de un espectro emocional y en cambio son estados emocionales distintos (Russel & Carroll, 1999).

Creemos que nuestros hallazgos también tienen implicaciones claras para los educadores, el personal de apoyo educativo y los investigadores interesados en usar el instrumento de ansiedad estado-rasgo en niños, para apoyar la identificación de estudiantes ansiosos en el contexto educativo, que pueden beneficiarse de programas de apoyo estructurados y aquellos

interesados en usar la herramienta de medición para determinar la eficacia de las intervenciones de reducción de la ansiedad ante los exámenes.

Por otro lado, los sesgos cognitivos en el procesamiento de las emociones son comunes en la ansiedad (MacLeod & Mathews, 2012). Las personas que suelen presentar un rasgo y un estado de ansiedad elevado se caracterizan por sesgos de procesamiento hacia los estímulos emocionalmente amenazantes (MacLeod & Rutherford, 1992). Los modelos cognitivos sugieren que la ansiedad está relacionada con sesgos cognitivos en la etapa de procesamiento inicial (es decir, atención).

De acuerdo con la teoría de la sensibilidad del refuerzo de Gray (1982), el sistema de inhibición del comportamiento promueve una mayor vigilancia hacia las señales de amenaza en la ansiedad. La atención preferencial y el procesamiento rápido de amenazas reales pueden conferir una posible ventaja evolutiva. Por ejemplo, la atención a las expresiones faciales de las emociones negativas puede tener un valor adaptativo al desalentar interacciones potencialmente costosas. Sin embargo, la sensibilidad excesiva a la detección de amenazas potenciales y su procesamiento, que parece operar en la patología de ansiedad, puede ser una desventaja cuando un individuo está predispuesto a "buscar" preferentemente los estímulos temidos.

De hecho, se cree que la hipervigilancia y la dificultad para desconectarse de los estímulos amenazantes son fundamentales para la etiología y el mantenimiento de la ansiedad (Leleu et al., 2014; Mogg & Bradley, 1998), ya que las intervenciones farmacológicas se asocian con reducciones en los sesgos cognitivos negativos (Penton-Voak et al., 2017). Por lo tanto, un sistema generalmente adaptativo de procesamiento preferencial de amenazas potenciales puede volverse desadaptativo cuando está desregulado, es decir, en los trastornos de ansiedad.

Por otro lado, para Williams y colaboradores (1988), distinguir entre ansiedad de estado y de rasgo. De acuerdo con su modelo cognitivo, el estado de ansiedad influye en la percepción de amenaza (mecanismo de decisión afectiva), y la ansiedad rasgo determina si los recursos de procesamiento se dirigen hacia (ansiedad rasgo alta), o se alejan (ansiedad rasgo baja), de un estímulo percibido como amenazante (ansiedad característica), mecanismo de asignación). Por lo tanto, los individuos con alto rasgo de ansiedad pueden tener un mayor sesgo atencional hacia la amenaza, mientras que los individuos con bajo rasgo de ansiedad pueden exhibir evitación atencional.

Investigación de MacLeod & Rutherford (2002), apoya esta teoría. Además, mencionan que, para las personas con un alto rasgo de ansiedad, el estado de ansiedad provoca un sesgo de procesamiento selectivo que favorece la información relacionada con la amenaza. Mientras que, para las personas con un rasgo de ansiedad bajo, el estado de ansiedad provoca una desventaja en el procesamiento de esta información relacionada con la amenaza.

Sin embargo, a partir de los resultados podríamos tener alguna evidencia de una interacción entre el estado y el rasgo de ansiedad en el sesgo de interpretación hacia la percepción de las emociones. Hay una mayor tendencia a percibir la ira y una menor tendencia a percibir la felicidad en la condición de estado de ansiedad alta (frente a la baja), entre los individuos con ansiedad rasgo alta (pero no baja). En otras palabras, un pico situacional en la ansiedad pareció causar un mayor sesgo de ira en el procesamiento de las emociones para las personas con una tendencia disposicional a experimentar ansiedad. Estos hallazgos pueden llegar a ser respaldados por los modelos cognitivos que proponen que los diferentes patrones de sesgo en individuos con alto y bajo rasgo de ansiedad se vuelven más pronunciados a medida que aumenta el valor de amenaza del estímulo o el estado de ansiedad (Williams et al., 1988).

Aunque los resultados aún deben interpretarse con precaución, ya que se necesitaría un estudio completamente nuevo para comprobar lo propuesto.

Sin embargo, no hay una evidencia clara de una diferencia en la precisión del reconocimiento de emociones entre las condiciones de ansiedad de estado alto y bajo para las expresiones faciales de enojo, tristeza y sorpresa. Attwood y colaboradores (2017), observaron un déficit en la precisión del reconocimiento de la ira y la sorpresa, además de la felicidad, el asco y el miedo. Discrepancias como estas son comunes en este campo. Sin embargo, esto sugiere que los efectos pueden ser transitorios o que las posibles diferencias de muestra pueden explicar esta discrepancia.

Por otro lado, el trastorno de ansiedad generalizada ha cambiado de una categoría residual en el DSM-III, diagnosticada solo cuando se excluyeron todos los demás trastornos, a una categoría diagnóstica discreta en el DSM-IV, con niveles de discapacidad comparables con los de la depresión (Kessler et al., 1999). Sin embargo, en niños y adolescentes es más frecuentemente diagnosticada que estudiada. Nuestros hallazgos en una muestra de niños dentro de una institución educativa mostraron que estos sujetos representan una muestra bastante sintomática. Dentro de la Tabla 14 se informa que se tiene 36% de indicadores altos, se puede argumentar que estos pueden atribuirse a las condiciones comórbidas más que al trastorno.

Estudios previos (McGee et al., 1990; Strauss et al., 1988) informaron que los adolescentes experimentan significativamente más síntomas que los niños. Según nuestros datos, las diferencias en el número de síntomas, así como en el perfil sintomatológico en función del sexo y la edad no son muy destacadas, lo que sugiere que las similitudes entre niños y adolescentes son mucho más evidentes que las diferencias (Ver Tabla 15). En particular, muchos síntomas intrapsíquicos y cognitivos de ansiedad no son infrecuentes en los niños más pequeños.

Los malos sentimientos sobre la aceptabilidad social, la competencia personal y las expectativas sobre el futuro son frecuentes (Bell-Dolan et al., 1990; Muris et al., 1998), y estos síntomas podrían representar, para la población, importantes índices de sufrimiento y deterioro incluso en la infancia (Masi et al., 2003).

Los niños con trastorno de ansiedad generalizada pueden mostrar quejas físicas (Masi et al., 2000) y con la alta prevalencia, así como de depresión reportada en pacientes adultos con quejas somáticas inexplicables (Brown et al., 1990). Bernstein et al. (1997), tanto la depresión como la ansiedad jugaron un papel importante en las quejas somáticas. Los niños somatizadores se describen como más temerosos de la novedad y más propensos a las ansiedades de separación y a faltar a la escuela y rechazarla. Jolly y colaboradores (1994), demostraron que los sujetos con trastorno depresivo mayor y comorbilidad con uno o más trastornos de ansiedad (fobias, trastorno por evitación, trastorno de estrés postraumático) informaron significativamente más quejas somáticas que los adolescentes con trastorno depresivo sin trastorno de ansiedad.

Los sujetos somatizantes pueden representar una población específica de niños con ansiedad y/o depresión que están predispuestos a quejas somáticas basadas en un rasgo temperamental más vulnerable. Una interpretación no alternativa es que la actitud de los padres y la psicopatología pueden jugar un papel crucial en la relación entre el temperamento inhibido, la ansiedad/depresión y las quejas somáticas. Los niños somatizadores son considerados por sus padres como menos saludables y más vulnerables que sus pares (Campo et al., 1999).

En cambio, los niños que sufren de trastorno de ansiedad por separación tienen miedos excesivos y poco realistas de ser separados de una figura de apego. Además, es uno de los trastornos mentales más comunes en la infancia y uno de los primeros en surgir (Cartwright-Hatton et al., 2006; Kessler et al., 2005). También es un factor de riesgo para varios trastornos

mentales en la edad adulta (Brückl et al., 2007; Lewinsohn et al., 2008). Las teorías de los trastornos de ansiedad infantil, generalmente se derivan de las teorías de los trastornos de ansiedad en adultos, que son predominantemente teorías cognitivas que enfatizan las preocupaciones exageradas de las personas con ansiedad crónica sobre amenazas potenciales (Beck et al., 1985; Kendall, 1985; Mathews & Mackintosh, 1998; Williams et al., 1998).

La cognición relacionada con altos niveles de ansiedad por separación (Ver Tabla 17), incluye no solo las ideas de los niños sobre la amenaza, como sus expectativas de daño, sino también la forma en que las personas despliegan su atención hacia los estímulos amenazantes. Las teorías cognitivas generalmente predicen que debido a que una persona ansiosa está preocupada pensando en amenazas, es decir, actividades o estímulos que son subjetivamente amenazantes para la persona ansiosa pero no para una persona no ansiosa, entonces él o ella también debe mostrar sesgos atencionales relacionados con amenazas, como como prestar atención selectivamente a la información amenazante y permanecer demasiado alerta para detectar amenazas.

Esta reflexión sobre la vigilancia predeciría, por ejemplo, que las personas ansiosas son, en promedio, más rápidas que las no ansiosas para detectar un estímulo amenazante y es más probable que, en presencia de estímulos amenazantes, se distraigan de otras preocupaciones (Eysenck, 1992; Mathews, 1990). Se ha teorizado que tal vigilancia no es solo un efecto de la ansiedad, sino una causa recíproca, porque atender selectivamente la amenaza lleva a los niños a sobrestimar la probabilidad o la inminencia del daño.

En los primeros segundos después de encontrar un estímulo amenazante, los niños ansiosos y las personas con riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad muestran sesgos atencionales dirigidos hacia la amenaza, es decir, vigilancia. Por ejemplo, en la tarea *Stroop*

emocional, los estudiantes ven una palabra de color que a veces es amenazante otras no lo son. Cuando la palabra es amenazante, las personas ansiosas tardan más que sus contrapartes no ansiosas en nombrar su color, presumiblemente porque su atención está más distraída por el significado amenazante de las palabras (Martin et al., 1992; Moradi et al., 1999).

Se han encontrado resultados similares utilizando el paradigma *dotprobe*, en el que a los participantes se les muestran dos estímulos, uno amenazante y otro no amenazante, que se muestran en los lados izquierdo y derecho de una pantalla. Después de un retraso, los estímulos se reemplazan por un punto en una de las dos ubicaciones de los estímulos. El tiempo necesario para indicar de qué lado apareció el punto permite inferir dónde se desplegó previamente la atención de los participantes. Los niños con altos niveles de ansiedad por separación son más rápidos que sus contrapartes no ansiosas, para indicar el lado del punto cuando aparece en el lado amenazante, y más lentos que las personas no ansiosas cuando el punto aparece en el lado no amenazante, ambos patrones apoyan la hipótesis de vigilancia de la atención en pacientes crónicos (Vasey et al., 1995).

Pero el sesgo de atención de las personas ansiosas en relación con la amenaza parece ser más complejo que la vigilancia uniformemente elevada y esa complejidad requiere precaución al evaluar los hallazgos pasados de las tareas emocionales Stroop y dot-probe.

El modelo de vigilancia-evitación propone que la atención de los niños con indicadores de ansiedad a los estímulos amenazantes recién visibles exhibe tanto un sesgo de vigilancia como su contraparte, un sesgo de evitación, dependiendo del momento de la medida de atención en relación con el momento en que el estímulo amenazante se hace visible por primera vez, es decir, su inicio (Mogg & Bradley, 1998; Williams et al., 1998).

De acuerdo con este punto de vista, tanto la vigilancia como la evitación representan sesgos atencionales predichos por el significado psicológico de la ansiedad crónica y la amenaza (Mogg & Bradley, 2006), y por la distinción entre procesos tempranos, en gran medida automáticos en la detección de amenazas, procesos posteriores y procesos de pensamiento al reaccionar ante una amenaza (LeDoux, 1996).

El modelo de vigilancia-evitación predice que las personas ansiosas al principio mirarán más tiempo un estímulo amenazante recién visible que las personas no ansiosas, pero a partir de entonces el patrón se revertirá y las personas ansiosas mirarán menos el estímulo amenazante que las personas no ansiosas. El patrón de vigilancia-evitación tiene posibles implicaciones importantes para el desarrollo y mantenimiento de los miedos y la ansiedad. Si la mirada demasiado vigilante aumenta la ansiedad al llevar a las personas a sobrepercibir la amenaza y, por lo tanto, a sobrestimar el peligro, entonces la mirada evasiva subsiguiente podría mantener o aumentar la ansiedad al evitar que la persona se dé cuenta de que su percepción de la amenaza es exagerada y al evitar que extinga la ansiedad. exponiéndose a la amenaza en lugar de evitarla.

Un efecto de mantenimiento de la ansiedad de la evitación de la mirada sería consistente con una gran cantidad de investigaciones que muestran que el comportamiento de evitación en personas ansiosas tiende a mantener su ansiedad, mientras que el comportamiento de evitación y el pensamiento e imaginación de evitación tienden a reducir su ansiedad (Grawe et al., 1994). Si el modelo de vigilancia-evitación es correcto, es posible que los fracasos experimentales anteriores en la búsqueda de sesgos de atención no se deban a la ausencia de sesgo, sino a que los experimentadores tomaron muestras de la atención de las personas en un momento en que no se estaba produciendo el sesgo.

El modelo de vigilancia-evitación no especifica si debe haber un período de orientación inicial en el que los adultos o niños ansiosos y no ansiosos no muestren vigilancia, ni el momento exacto del punto de transición de la vigilancia a la evitación, un punto en el que la atención a la amenaza no diferirá entre personas ansiosas y no ansiosas. Presumiblemente, la transición debería ocurrir cuando el reconocimiento de las personas y el pensamiento controlado entren en juego.

Por lo tanto, medir la atención de las personas ansiosas y no ansiosas a lo largo del tiempo y probar el modelo de evitación-vigilancia requiere monitorear su atención a intervalos frecuentes durante los primeros segundos después de que los estímulos amenazantes aparecen a la vista y sería un camino por seguir para futuras investigaciones.

## Capítulo IV

### 4. Conclusiones y recomendaciones

#### 4.01 Conclusiones

1. Sobre el título de investigación, a pesar de que se esperaba encontrar niveles de ansiedad en escolares ante las muertes violentas en la colonia La Verbena, los resultados de la investigación indican que no hay niños con ansiedad por esta causa en la población estudiada. Esto puede ser debido a factores como no nombrarlo o mencionarlo por miedo a represalias, la falta de exposición directa a situaciones violentas, la resiliencia de los niños ante situaciones estresantes o la utilización de estrategias de afrontamiento efectivas. Es importante destacar que, aunque este resultado puede ser alentador, es necesario seguir investigando sobre el impacto de la violencia en los niños y adolescentes, así como las posibles intervenciones para prevenir y tratar los trastornos emocionales asociados.

2. Para el objetivo específico número uno, identificar los niveles de ansiedad rasgo, los resultados sugieren que, en general, los participantes no presentan una predisposición elevada a experimentar ansiedad de forma crónica. No obstante, es importante tener en cuenta que esta muestra es limitada y no se puede generalizar a la población en su conjunto. Además, aunque los niveles de ansiedad rasgo sean en promedio bajos, no significa que no haya individuos que experimenten altos niveles de ansiedad y que necesiten tratamiento o intervención.

3. Para el objetivo dos, identificar los niveles de ansiedad estado, esta condición psicológica puede afectar significativamente el bienestar emocional, cognitivo y conductual de los individuos, y que puede ser desencadenada por diversos factores, como situaciones estresantes, traumas, entre otros. Además, puede interferir en el desempeño académico de los escolares, lo que puede tener consecuencias negativas a largo plazo. Asimismo, los resultados pueden estar relacionados con la situación actual de incertidumbre y estrés asociada a la

pandemia de COVID-19, que puede haber aumentado la ansiedad-estado en la población estudiada.

En el tercer objetivo, determinar los indicadores del trastorno de ansiedad generalizada, los resultados sugieren que una proporción significativa de la muestra podría estar experimentando síntomas del trastorno. Dado que es común que puede interferir significativamente en la vida cotidiana de una persona, estos hallazgos destacan la importancia de abordar y tratar adecuadamente los síntomas de ansiedad en esta población.

Por último, el cuarto objetivo, establecer los indicadores del trastorno de ansiedad de separación, indica que un porcentaje significativo de los participantes presentó un nivel alto de ansiedad por separación, lo cual puede estar relacionado con dificultades en la adaptación a situaciones de separación, como por ejemplo la ausencia de figuras de apego, lo cual podría afectar el desarrollo socioemocional de los niños y niñas. Es importante destacar que, aunque la mayoría de los participantes presentó un indicador medio en relación a la ansiedad por separación, el hecho de que un tercio de los participantes haya obtenido un indicador alto sugiere la necesidad de prestar atención y brindar apoyo psicológico en casos específicos.

#### ***4.02 Recomendaciones***

En cuanto el título de investigación se recomienda a estudiantes que en futuras investigaciones se enfoquen en examinar otros posibles efectos de la exposición a la violencia en el entorno de los niños y jóvenes, tales como el estrés postraumático y la depresión. Asimismo, se sugiere realizar investigaciones que permitan identificar los factores protectores que pueden ayudar a los niños y jóvenes a hacer frente a las adversidades en su entorno, como pueden ser el apoyo social y la resiliencia. De esta manera, se podrá contar con una mayor comprensión de los mecanismos que subyacen en la relación entre el entorno violento y la salud mental de los

escolares, lo que permitirá desarrollar intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades de la población en cuestión.

A la comunidad de la Escuela de Ciencias Psicológicas se recomienda que se sigan realizando estudios en la comunidad de la Verbena para poder tener una mejor comprensión de la ansiedad rasgo y de cómo esta puede afectar a diferentes grupos de personas en distintas circunstancias. Además, se sugiere que se siga investigando y desarrollando intervenciones y tratamientos efectivos para ayudar a las personas que experimentan altos niveles de ansiedad rasgo.

A los estudiantes practicantes que trabajan con la población es importante que se implementen intervenciones dirigidas a reducir los niveles de ansiedad-estado en la población estudiada. Algunas estrategias que han demostrado ser efectivas incluyen la terapia cognitivo-conductual, la meditación y el mindfulness. Además, que se realicen estudios futuros que investiguen los factores que contribuyen a la ansiedad-estado en la población estudiada, con el fin de diseñar intervenciones más específicas y efectivas.

A las áreas educativas y psicológicas del Centro Educativo Complementario Padre Ottorino, se recomienda se realicen intervenciones preventivas y/o terapéuticas para tratar la ansiedad por separación en aquellos participantes que presentaron un indicador alto, y se les brinde herramientas y estrategias que les permitan desarrollar habilidades de afrontamiento en situaciones de separación. Además, se recomienda la implementación de programas que fomenten la formación de vínculos de apego seguros en el contexto escolar y familiar, lo cual puede contribuir al bienestar emocional y desarrollo saludable de los niños y niñas.

## Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2017). *Anxiety in children*. <https://www.apa.org/topics/anxiety-children>
- Attwood, A. S., Easey, K. E., Dalili, M. N., Skinner, A. L., Woods, A., Crick, L., ... & Munafò, M. R. (2017). State anxiety and emotional face recognition in healthy volunteers. *Royal Society Open Science, 4*(5), 160855. <https://doi.org/10.1098/rsos.160855>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorder and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2000). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment, 12*(3), 282-291. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.3.282>
- Bell-Dolan, D. J., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1990). Symptoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29*(5), 759-765. <https://doi.org/10.1097/00004583-199009000-00014>
- Bernstein, G. A., & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*(4), 519-532. <https://doi.org/10.1097/00004583-199107000-00001>
- Bieling, P. J., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1998). The State-Trait Anxiety Inventory, Trait version: structure and content re-examined. *Behaviour research and therapy, 36*(7-8), 777-788. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00023-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00023-0)
- Brown, F. W., Golding, J. M., & Smith, G. R. (1990). Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder. *Psychosomatic Medicine, 52*(4), 445-451. <https://doi.org/10.1097/00006842-199007000-00006>
- Brückl, T. M., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S., & Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk for subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(1), 47-56. <https://doi.org/10.1159/000096364>
- Campo, J. V., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M., & Kelleher, K. J. (1999). Somatization in pediatric primary care: association with psychopathology, functional impairment, and use of services. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(9), 1093-1101. <https://doi.org/10.1097/00004583-199909000-00012>

- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in preadolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817–833. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.002>
- Carrion, F. (2008). *Violencia Urbana: Un asunto de ciudad*. 34-130: EURE. <http://dx.doi.org/10.4067>
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical psychology review*, 26(7), 817-833.
- Cassady, J. C., & Johnson, R. E. (2002). Cognitive test anxiety and academic performance. *Contemporary educational psychology*, 27(2), 270-295. <https://doi.org/10.1006/ceps.2001.1094>
- Cassady, J. C., Thomas, C. L. (2020). Identifying and supporting student with affective disorders in schools: Academic anxieties and emotional information processing. In Martin, A. J., Sperling, R. A., Newton, K. J. (Eds.), *Handbook of educational psychology and students with special needs* (pp. 52–74). Routledge.
- CASTRILLÓN MORENO, DIEGO ALONSO, & BORRERO COPETE, PABLO EMILIO. (marzo de 2005). Validación del inventario de Ansiedad Estado-Ransgo(STAIC) en niñosescolarizados entre los 8 Y 15 años. 8(1), 79-90.
- Colman, A. M. (2001). *Dictionary of psychology*. Oxford University Press.
- Colussi, M. (30 de 07 de 2014). *Violencia en guatemala un problema que rebasa la salud mental*. Plaza Publica: <https://www.plazapublica.com.gt/content/violencia-en-guatemala-un-problema-que-rebasa-la-salud-mental>
- Conley, J. J. (1984). Longitudinal consistency of adult personality: Self-reported psychological characteristics across 45 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1325–1333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.6.1325>
- Coronado, E. (7 de 08 de 2019). *Guatemala figura entre los países donde más personas mueren por arma de fuego*. Obtenido de Prensa Libre : <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/guatemala-figura-entre-los-paises-donde-mas-personas-mueren-por-arma-de-fuego/>
- Derakshan, N., Smyth, S., & Eysenck, M. W. (2009). Effects of state anxiety on performance using a task-switching paradigm: an investigation of attentional control theory. *Psychonomic bulletin & review*, 16(6), 1112–1117. <https://doi.org/10.3758/PBR.16.6.1112>
- Elizondo, R. V. (05 de mayo de 2005). *Revista Psicología Científica.com*. Obtenido de Psicología Clínica y Psicoterapia: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
- Endler, N. S. (1983). Interactionism: A personality model but not yet a theory. In M. M. Page (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation (1982): Personality-current theory and research*. (pp. 155-200). University of Nebraska Press.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Charles C. Thomas.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Erlbaum.

- Eysenck, M. W. (2004). Trait anxiety, repressors and cognitive biases. In J. Yiend (Ed.), *Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical directions* (pp. 49–67). Cambridge University Press.
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion (Washington, D.C.)*, 7(2), 336–353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences*. Plenum Press.
- Ezpeleta, L., Keeler, G., Alaatin, E., Costello, E. J., & Angold, A. (2001). Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 901–914.
- Feehan, M., McGee, R., & Williams, S. M. (1993). Mental health disorders from age 15 to age 18 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1118–1126. <https://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00003>
- Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: An 8-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1586–1594. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.11.1586>
- García, D. V. (11 de 11 de 14). *Plaza Pública Guatemala el segundo país con mas violencia*. Plaza Pública: <https://www.plazapublica.com.gt/content/guatemala-el-segundo-pais-del-mundo-donde-mueren-mas-jovenes-por-violencia>
- García-Allen, J. (s.f.). *Psicología del Desarrollo: principales teorías y autores*. Psicología y Mente: <https://psicologiymente.com/desarrollo/psicologia-desarrollo-teorias>
- Gilède, R. P., & Quenza, C. J. P. (2012). Violencia y desarrollo social: más allá de una perspectiva de trauma. *Universitas psychologica*, 11(1), 255–267.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe.
- Gray, J. A. (1982). *Neuropsychological theory of anxiety: An investigation of the septalhippocampal system*. Cambridge University Press
- Guerri, M. (s.f.). *¿Qué son las emociones?* PsicoActiva: [https://www.psicoactiva.com/blog/que-son-las-emociones/#Las\\_emociones\\_en\\_la\\_investigacion\\_cientifica](https://www.psicoactiva.com/blog/que-son-las-emociones/#Las_emociones_en_la_investigacion_cientifica)
- Habilidades Docentes, E. (s.f.). *Evaluación / técnicas auxiliares*. Lista de Cotejo: <http://hadoc.azc.uam.mx/evaluacion/cotejo.htm>
- INACIF, I. N. (2019). *Consolidado de Solicitudes Anual. Necropsias Realizadas*. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS FORENSES DE GUATEMALA - INACIF: <https://www.inacif.gob.gt/index.php/datos-numericos/informacion-anual>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2021). *Trastornos de ansiedad en niños*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad-en-ninos/index.shtml>

- Jolly, J. B., Wherry, J. N., Wiesner, D. C., Reed, D. H., Rule, J. C., & Jolly, J. M. (1994). The mediating role of anxiety in self-reported somatic complaints of depressed adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(6), 691-702. <https://doi.org/10.1007/BF02171996>
- Julián Pérez Porto y María Merino. (2014). *Definicion.de*. Definicion.de comportamiento: <https://definicion.de/comportamiento/>
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451-471. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.012>
- Kendall, P. C. (1985). Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(3), 357-372. <https://doi.org/10.1007/BF00912722>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Pine, D.S., Sampson, N.A., Zaslavsky, M., & Merikangas, K. R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US national comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A). *Psychological medicine*, 42(9), 1997-2010.
- Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P., & Wittchen, H. U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *American journal of psychiatry*, 156(12), 1915-1923.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Lader, M. H. (1983). Dependence on benzodiazepines. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 44(4), 121-127.
- Leary, M. R. (2005). Varieties of interpersonal rejection. In K. D. Williams, J. P. Forgas, & W. von Hippel (Eds.), *The social outcast: ostracism, social exclusion, rejection, and bullying* (pp. 35-51). Cambridge University Press.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. Simon & Schuster.
- Legrand, L. N., McGue, M., & Iacono, W. G. (1999). A twin study of state and trait anxiety in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 953-958. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00512>
- Leleu, V., Douilliez, C., & Rusinek, S. (2014). Difficulty in disengaging attention from threatening facial expressions in anxiety: a new approach in terms of benefits. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(1), 203-207. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.10.007>
- Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Small, J. W., Seeley, J. R., & Joiner Jr, T. E. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 548-555. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816765e7>
- Llaneza, F. M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas.

- López, O. I. F., Hernández, B. J., Almirall, R. B. A., Molina, D. S., & Navarro, J. R. C. (21 de 9 de 2012). *SciELO*. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>
- Maher, B. A. (1966). *Principles of psychopathology*. McGraw-Hill.
- Masi, G., Favilla, L., Millepiedi, S., & Mucci, M. (2000). Somatic symptoms in children and adolescents referred for emotional and behavioral disorders. *Psychiatry*, *63*(2), 140-149. <https://doi.org/10.1080/00332747.2000.11024905>
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Pascale, R. R., Perugi, G., & Akiskal, H. S. (2003). Phenomenology and Comorbidity of Dysthymic Disorder in 100 Consecutively Referred Children and Adolescents: Beyond DSM-IV. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *48*(2), 99-105. <https://doi.org/10.1177/070674370304800206>
- Martin, M., Horder, P., & Jones, G. V. (1992). Integral bias in naming of phobia-related words. *Cognition & Emotion*, *6*(6), 479-486. <https://doi.org/10.1080/02699939208409700>
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour research and therapy*, *28*(6), 455-468. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90132-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90132-3)
- Mathews, A., & Mackintosh, B. (2000). Induced emotional interpretation bias and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(4), 602-615. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.4.602>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1985). Updating Norman's "adequacy taxonomy": Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology*, *49*(3), 710-721. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.49.3.710>
- McGee, R. O. B., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A., & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(4), 611-619. <https://doi.org/10.1097/00004583-199007000-00016>
- MacLeod, C., & Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual review of clinical psychology*, *8*, 189-217. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143052>
- MacLeod, C., & Rutherford, E. M. (1992). Anxiety and the selective processing of emotional information: mediating roles of awareness, trait and state variables, and personal relevance of stimulus materials. *Behaviour research and therapy*, *30*(5), 479-491. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(92\)90032-c](https://doi.org/10.1016/0005-7967(92)90032-c)
- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G., & Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(1), 107-123. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.107>
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*(2), 155-172. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results

- from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Mischel, W. (1971). *Introduction to personality*. Holt, Rinehart & Winston.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36(9), 809–848. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00063-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00063-1)
- Moradi, A. R., Taghavi, M. R., Doost, H. N., Yule, W., & Dalgleish, T. (1999). Performance of children and adolescents with PTSD on the Stroop colour-naming task. *Psychological Medicine*, 29(2), 415-419. <https://doi.org/10.1017/S0033291798008009>
- Muñoz, M. M. (1995). La determinación genética del comportamiento humano. Una revisión crítica desde la filosofía y la genética de la conducta. *Gazeta de Antropología*, 11(No. 06), 1-16.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Tierney, S. (1999). Disgust sensitivity, trait anxiety and anxiety disorders symptoms in normal children. *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 953-961. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00045-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00045-5)
- Nail, J. E., Christofferson, J., Ginsburg, G. S., Drake, K., Kendall, P. C., McCracken, J. T., Birmaher, B., Walkup, J.T., Compton, S.N., Keeton, C., & Sakolsky, D. (2015, June). Academic impairment and impact of treatments among youth with anxiety disorders. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 44, No. 3, pp. 327-342). Springer US.
- Ollendick, T. H., & Davis III, T. E. (2013). *Childhood anxiety disorders: A guide to research and treatment* (2nd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7318-6>
- OMS, O. M. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. OPS.
- Pedersen, N. L., Plomin, R., McClearn, G. E., & Friberg, L. (1988). Neuroticism, extraversion, and related traits in adult twins reared apart and reared together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(6), 950–957. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.6.950>
- Penton-Voak, I. S., Munafò, M. R., & Looi, C. Y. (2017). Biased facial-emotion perception in mental health disorders: a possible target for psychological intervention?. *Current directions in psychological science*, 26(3), 294-301. <https://doi.org/10.1177/0963721417704405>
- Putwain, D., W. (2008). Deconstructing test anxiety. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 13(2), 141-155. <https://doi.org/10.1080/13632750802027713>
- Reyes-Ticas, J. (s.f). *Biblioteca Virtual en Salud, Honduras*. Trastorno de Ansiedad, Guía Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rivera, G. (2011). Niñez y Violencia. *Prensa Libre*. Obtenido de Niñez y Violencia: <http://www.prensalibre.com/opinion/niñez-violencia>
- Russell, J. A., & Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological bulletin*, 125(1), 3–30. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.1.3>
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación 6ta edición*. McGRAW-HILL.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 25-26.

- Silverman, W. K., & Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(3), 380-411. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403\\_2](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_2)
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 280-297. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.280>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy, 36*(5), 545-566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)
- Spence, S. H., Barrett, P. M., & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of anxiety disorders, 17*(6), 605-625. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00236-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00236-0)
- Spielberger, C. D. (1970). Manual for the state-trait anxiety, inventory. *Consulting Psychologist*.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and behaviour*. Academic Press.
- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (Eds.). (1995). *Test anxiety: Theory, assessment, and treatment*. Taylor & Francis.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy, 39*(11), 1293-1316.
- Strauss, C. C., Lease, C. A., Last, C. G., & Francis, G. (1988). Overanxious disorder: An examination of developmental differences. *Journal of abnormal child psychology, 16*(4), 433-443.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In Tuma, A. H., Maser, J. D. (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC) (2019) *GLOBAL STUDY ON HOMICIDE: extent, patterns, trends and criminal justice response*.
- Vasey, M. W., Daleiden, E. L., Williams, L. L., & Brown, L. M. (1995). Biased attention in childhood anxiety disorders: A preliminary study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*(2), 267-279. <https://doi.org/10.1007/BF01447092>
- Vilalta, C., Castillo, J., & Torres, J. (2016) *Delitos violentos en ciudades de América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96*(3), 465-490. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of abnormal psychology, 97*(3), 346-353. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.97.3.346>
- Weinberger, D. A. (1990). The construct validity of the repressive coping style. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation* (pp. 337-386). University of Chicago Press

Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. John Wiley & Sons.

Williams, J. M. G., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, *120*(1), 3–24. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.1.3>

# **Anexos**

## Anexo 01: Escala Guía de inventario de ansiedad Rasgo- Estado (IDAREN)

### 7. Primera Parte

En la primera parte encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo.

Lee cada frase y señala la respuesta que diga CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO, en este momento.

No hay respuestas buenas ni malas.

No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.

|                          | Nada                  | Algo                  | Mucho                 |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Me siento calmado        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me encuentro inquieto    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento nervioso       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me encuentro descansado  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tengo miedo              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Estoy relajado           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Estoy preocupado         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me encuentro satisfecho  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento feliz          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento seguro         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me encuentro bien        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento molesto        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento agradablemente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me encuentro atemorizado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me encuentro confuso     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento animoso        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento angustiado     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me encuentro alegre      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me encuentro contrariado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento triste         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**8. Segunda Parte**

En la segunda parte encontrarás más frases para decir algo de ti mismo.

Lee cada frase y señala la respuesta que diga CÓMO TE SIENTES EN GENERAL, no sólo en este momento.

No hay repuestas malas ni buenas.

No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras GENERALMENTE

|  | Nunca                 | Algo                  | Mucho                 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Me preocupa cometer errores  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Siento ganas de llorar   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento desgraciado  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me cuesta tomar una decisión   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me cuesta enfrentarme a mis problemas                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me preocupo demasiado  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me encuentro molesto   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me preocupan las cosas de la escuela                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Noto que mi corazón late más rápido  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aunque no lo digo, tengo miedo   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me cuesta quedarme dormido por las noches                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tengo sensaciones extrañas en el estómago                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me preocupa lo que otros piensen de mí                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidar-los durante un tiempo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tomo las cosas demasiado en serio  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Encuentro muchas dificultades en mi vida                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento menos feliz que los demás chicos                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Anexo 02: Escala de ansiedad Spence Children (SCAS)

---

Page 05

9. Selecciona la opción que muestre con qué tan seguido te pasan estas cosas a ti.

No hay respuestas buenas o malas.

|   | Nunca                 | A veces               | Muchas veces          | Siempre               |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hay cosas que me preocupan  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando tengo un problema, siento una sensación rara en el estómago Siento miedo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando tengo un problema, el corazón me late muy deprisa                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me preocupa que me ocurra algo malo   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando tengo un problema, me pongo a temblar                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hay cosas que me preocupan  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando tengo un problema, siento una sensación rara en el estómago Siento miedo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando tengo un problema, el corazón me late muy deprisa                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me preocupa que me ocurra algo malo   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando tengo un problema, me pongo a temblar                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Anexos 03: Cuestionario sociodemográfico

---

Page 02

Queremos saber algo sobre ti. Responde a las siguientes preguntas

### 2. ¿Qué edad tienes?

Debes ingresar únicamente un número. Ejemplo: 7

### 3. ¿Cuál es tu sexo?

Selecciona una

---

Page 06

### 10. Selecciona la opción que muestre con qué tan seguido te pasan estas cosas a ti.

No hay respuestas buenas o malas.

|   | Nunca                 | A veces               | Muchas veces          | Siempre               |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sentiría miedo si me quedara solo en casa   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me preocupa separarme de mis padres   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me preocupa que alguien de mi familia tenga una desgracia   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me da miedo dormir solo   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tengo problemas cuando voy al colegio porque me siento nervioso o asustado Sentiría miedo si me quedara a dormir por la noche fuera de casa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**¡Muchas gracias por responder el cuestionario!**

## Anexo 04: Consentimiento y asentimiento informado

### Formato de consentimiento/asentimiento informado de participación voluntaria

Universidad de San Carlos de Guatemala  
 Escuela de Ciencias Psicológicas  
 Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos gustaría invitarle a su hijo (a) a participar en un estudio perteneciente a Maria Angela Puac García y Antonio Chiroy Ajiataz llamándose el estudio “Ansiedad en escolares ante las muertes violentas en Colonia La Verbena” avalado por el Centro de investigación de la escuela de ciencias psicológicas de la universidad de San Carlos de Guatemala -CIEPS-.

Los investigadores que realizarán esta investigación son Maria Angela Puac García y Antonio Chiroy Ajiataz, estudiantes con cierre de pensum de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, cualquier duda o comentario puede llevarla a cabo por medio del correo electrónico: [mariangela.puac21@gmail.com](mailto:mariangela.puac21@gmail.com), teléfono: 5808-1953; y al correo: [antoniochiroy3@gmail.com](mailto:antoniochiroy3@gmail.com), teléfono: 4989-5239.

El objetivo de este estudio es poder explorar los niveles de ansiedad en escolares pertenecientes al Centro educativo complementario Padre Ottorino, en esta investigación se realizará un cuestionario integrado para poder realizar la recolección de datos. El estudio ha sido planificado para llevarse a cabo por medio de una sesión de manera presencial, respetando los protocolos de bioseguridad. Se solicitará la participación de su hijo (a) en una sesión de aproximadamente 40 a 50 minutos. El enfoque de investigación será de tipo cuantitativo, con una muestra de niños de 7 a 12 años donde se analizará por medio de un instrumento, el cual contiene 3 partes, la primera parte consta de 20 preguntas con un tiempo máximo de aplicación de 15 minutos, la segunda parte cuenta con un total de 20 preguntas y un tiempo aproximado de aplicación de 15 minutos, la tercera parte

cuenta con un total de 15 preguntas y un tiempo aproximado de 15 minutos. La técnica para el análisis de información será de tipo cuantitativa se realizará un análisis descriptivo de la información obtenida por medio del instrumento que se llevará a cabo durante la investigación.

La participación de su hijo (a) es voluntaria en cualquier momento su hijo (a) si así lo cree conveniente puede retirarse, si tiene alguna duda o pregunta sobre la investigación al inicio o durante la investigación está en su derecho de preguntar. Usted como padre/tutor tiene derecho a solicitar información trabajada durante la investigación. Es importante mencionar que esta investigación no se proporcionará ningún pago o remuneración económica a los participantes.

Los posibles beneficios que puede encontrar en esta investigación es la contribución a la ampliación del conocimiento sobre la población en el centro de aplicación Padre Ottorino y su percepción con respecto a la ansiedad

Durante las preguntas se pueden presentar distintas emociones siendo estas positivas o negativas, si en dado caso algún evaluado se llegará a descompensar se contará con atención psicológica por parte de los investigadores. Es importante comprender que puedan ser emociones vividas en colectividad.

Toda la información que se llegará a ser recolectada durante la sesión es anónima y confidencial. No se solicitará su identidad. Se garantiza la confidencialidad de los participantes y de los resultados del estudio, en vista de que la participación es de carácter anónima; además, los únicos que tendrán acceso a la información obtenida de las encuestas, serán los investigadores, el asesor y el revisor del estudio, quienes se comprometen a guardar reserva con respecto al manejo de la información.

Al finalizar la investigación y luego de la publicación del trabajo final de tesis presentado a las autoridades de la Universidad de San Carlos de Guatemala, todos los documentos físicos que se hayan utilizado en el proceso de recolección de información serán destruidos por los investigadores, mientras que los documentos electrónicos serán eliminados de todos los dispositivos donde se manejaron.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_ **identificado(a)**  
**con DPI** \_\_\_\_\_, **responsable de**

\_\_\_\_\_, deseo manifestar a través de este documento, que fui informado suficientemente y comprendo el objetivo, los procedimientos y las posibles molestias y beneficios implicados en la participación de mi hijo(a), en el proyecto de investigación: “Ansiedad en escolares ante las muertes violentas en colonia La Verbena.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, sin identificación de las personas entrevistadas. Convengo en que mi hijo (a) participe en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

En constancia de lo anterior, firmo el presente documento, en la ciudad de

**Guatemala el día \_\_\_\_\_, del mes \_\_\_\_\_ de 2022.**

**Firma** \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Investigadores de la investigación**

### ASENTIMIENTO INFORMADO

Nuestros nombres son: Antonio Chiroy Ajiataz y María Angela Puac, somos estudiantes de la escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Estamos realizando una investigación, la cual tiene el objetivo de describir la ansiedad en escolares del centro de Aplicación Padre Ottorino de la Colonia la Verbena Zona 7, Ciudad de Guatemala.

Si tus padres y tú están de acuerdo con que participes en esta investigación, tendrás que responder algunas preguntas relacionadas a la ansiedad.

Es posible que recuerdes algo que te ponga triste. Prometemos cuidarte mucho durante el estudio y hacer todo lo posible para que no tengas ningún problema.

Tu participación es libre y voluntaria, es decir, es la decisión de tus padres y tuya si participas o no de esta investigación. También es importante que sepas que, si estabas participando y tus padres o tú no quieren continuar en el estudio, no habrá problema y nadie se enojará, o si no quieres responder alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Si no participas o si dejas de participar en algún momento de esta investigación, no habrá ningún tipo de castigo o reclamo.

La información que tengas de ti y tu salud será un secreto. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas/ resultados de estudio (solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de estudio). Tus padres también podrán saberlo, en algún momento de la investigación.

Si aceptas participar, te pido por favor marques en el cuadro de abajo que dice "si quiero participar". Si no quieres participar, marca el cuadro correspondiente.

Si quiero participar

No quiero participar

Huella dactilar del niño (a): \_\_\_\_\_

¿El Padre/madre/apoderado ha firmado un consentimiento informado? \_\_ Si \_\_No

Profesionales.....

Fecha .....

**Se requieren dos copias, una para el investigador y otra para quien autoriza.**