



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Tema:**

“NIVELES DE ANSIEDAD EN LAS Y LOS TRABAJADORES DE LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBV) DEL CANTÓN AMBATO”

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica**

**Línea de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autora:**

María Augusta López Loyola

**Director:**

Dr. Ps. Paúl Marlon Mayorga Lascano

Ambato – Ecuador

Enero 2018

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

NIVELES DE ANSIEDAD EN LAS Y LOS TRABAJADORES DE LOS  
CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR (CIBV) DEL CANTÓN AMBATO

**Líneas de Investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autora:**

María Augusta López Loyola



BIBLIOTECA

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr.

f. 

**CALIFICADOR**

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps. Ms.

f. 

**CALIFICADOR**

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Ps. Mg.

f. 

**CALIFICADORA**

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra. Mg.

f. 

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f. 



SECRETARÍA GENERAL  
PROCURADURÍA

**SECRETARIO GENERAL PUCESA**

Ambato - Ecuador

Enero 2018

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, María Augusta López Loyola, portadora de la cédula de ciudadanía No. 180343926-2, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica, son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento, son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.



María Augusta López Loyola

C.I. 180343926-2



## **AGRADECIMIENTO**

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír cada día de mi vida, te agradezco de corazón por todos los logros alcanzados, porque es el resultado de tu ayuda incondicional.

Gracias Dios por poner las personas justas y necesarias en mi vida, porque gracias a ellas estoy donde tú me has permitido, haciendo que aprenda de mis errores y mejore cada día como ser humano. Te agradezco por los momentos vividos no solo de esta etapa estudiantil, sino de toda mi vida porque me has orientado y has iluminado mi camino en todo sentido, no me alcanzan las palabras para decir que esta meta es gracias a ti y a tu amor en absoluto.

## **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mis padres, a mi hermana y a mi ángel del cielo. A Dios porque está conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome la fortaleza para continuar, a mi ángel del cielo que ilumina mi camino y mis decisiones. A mis padres Margarita y Ángel por brindarme su apoyo, consejos, bienestar, educación y por hacer de mí una mejor persona, ya que de esa manera me han ayudado a mirar las dificultades como oportunidades, ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda incondicional; y como no, agradecerle a mi hermana Lorena quien me ha ayudado a ser más perseverante para alcanzar mis objetivos en todo momento. Gracias familia por su entera confianza en cada reto que se me presenta, son el pilar fundamental en mi vida, siempre los llevaré en mi corazón.

## RESUMEN

La investigación tiene como objetivo determinar los niveles de ansiedad en los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato. Para esto se realizó un estudio cuantitativo con un alcance descriptivo, exploratorio, de factores de riesgo y de corte transversal. Esta investigación fue realizada a 175 trabajadores/as. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Ansiedad de Hamilton, en el cual la población arrojó que: un 44,60% no presentan ansiedad, el 42,90% presenta ansiedad leve y el 12,60% ansiedad moderada-grave. En la Escala de Ansiedad Estado, el 14,30% no presenta ansiedad, el 61,70% posee un nivel medio y el 24% presenta niveles altos de ansiedad, con respecto a la ansiedad rasgo, el 36% presenta niveles bajos de ansiedad, el 56% nivel medio y el 8% presenta nivel alto de ansiedad. En el inventario SCL 90-R, los resultados obtenidos pertenecen a una población no clínica femenina, el 17,10% necesitan atención clínica, el 14,90% es una población en riesgo y el 68% no presentan sintomatología. En la población masculina se obtuvo que: el 2,30% necesitan atención clínica, el 0,60% es una población en riesgo y el 97,10% no presentan sintomatología. La tendencia de esta población es brindar respuestas socialmente deseables, la cuales hacen alusión al fenómeno de la deseabilidad social.

**Palabras claves:** Trabajadores, ansiedad estado, ansiedad rasgo, síntomas clínicos.

## ABSTRACT

The aim of the study is to determine the anxiety levels of employees at the Buen Vivir Childcare Centers in the city of Ambato. To this end, a cross-sectional quantitative study that is both descriptive and exploratory was carried out regarding risk factors. This study was done with 175 workers. The instruments that were used were the Hamilton Anxiety Scale which indicated the result that 44.60% did not suffer from anxiety, 42.90% have mild anxiety and 12.60% have moderate to severe anxiety. On the State Anxiety Scale, 14.30% have no anxiety, 61.70% have a mild level and 24% suffer from high levels of anxiety. Regarding trait anxiety, 36% have a low level of anxiety, 56% have a mild level of anxiety and 8% suffer from a high level of anxiety. In the SCL 90-R inventory, the obtained results belong to non-clinical female population. It showed that 17.10% needed clinical care, 14.90% is a population at risk and 68% shows no symptomatology. In the male population, it was found that 2.30% need clinical care, 0.60% is a population at risk and 97.10% shows no symptomatology. The tendency of this population is to provide answers that are socially ideal, which hints at the phenomenon of social desirability.

**Key words:** employees, state anxiety, trait anxiety, clinical symptoms.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Preliminares:	
DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
DEDICATORIA .....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
1.PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO .....	3
1.1. Antecedentes .....	3
1.2. Problema .....	5
1.2.1. Descripción del Problema .....	5
1.2.2. Preguntas Básicas.....	6
1.3. Justificación.....	7
1.4. Objetivos .....	8
1.4.1. Objetivo General .....	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	9
1.5. Pregunta de Estudio.....	9
1.6. Variables .....	10
1.7. Delimitación Funcional.....	10
CAPÍTULO II .....	11
2.MARCO TEÓRICO.....	11
2.1.Los Efectos Ansiógenos Derivados del Cuidado de los Niños .....	11
2.2. El Trabajo y la Ansiedad.....	11
2.2.1.Definición de Ansiedad.....	11
3.Antecedentes Conceptuales e Históricos .....	12
4.Sintomatología de la Ansiedad.....	13
a.Sintomatología Fisiológica.....	14
b.Sintomatología Motora .....	15
c.Sintomatología Cognitiva.....	16
5.Modelos Explicativos de la Ansiedad.....	16
a.Ansiedad Rasgo.....	17

b. Ansiedad Estado.....	17
5.1. Causas de la Ansiedad.....	18
5.2. Consecuencias de la Ansiedad .....	19
6. Epidemiología de la Ansiedad en Cuidadores .....	20
6.1. Efectos y Consecuencias .....	22
6.2. Burnout en Cuidadores.....	23
7. Psicopatología de la Ansiedad .....	24
1. Los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) .....	27
1.1. Definición de Trabajador de Cuidado infantil .....	27
1.1.1. Conformación del Equipo .....	28
• Trabajadores de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV): .....	29
1.1.2. Infraestructura, Ambiente Educativo y Protector.....	31
• Terreno.- .....	31
• Metros Cuadrados por Niña/o.- .....	31
• Distribución del Espacio .....	31
• Baterías Sanitarias.- .....	32
• Alimentación.- .....	32
CAPITULO III .....	33
3. METODOLOGÍA .....	33
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	33
3.2. Técnicas de Investigación .....	35
3.3. Instrumentos .....	37
3.3.1. Ficha Ad Hoc Sociodemográfica .....	37
3.3.2. Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) .....	38
3.3.3. Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) .....	39
3.3.4. El Inventario de Síntomas SCL-90-R (L. Derogatis, 1977).....	40
3.4. Participantes .....	41
3.5. Procedimiento Metodológico .....	41
CAPITULO IV .....	43
4. RESULTADOS.....	43
4.1. Análisis Sociodemográfico de los Participantes .....	43
4.2. Análisis de las Variables Individuales .....	44
4.3. Análisis de la Medición de la Ansiedad .....	63

4.3.1. Análisis de la Fiabilidad de la Escala de Ansiedad de Hamilton.....	63
A. Consistencia Interna .....	63
4.3.2. Análisis Descriptivo de la Escala de Ansiedad de Hamilton. ....	64
4.4. Análisis de la Fiabilidad de la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo.....	67
B. Consistencia Interna .....	68
4.4.1. Análisis Descriptivo de la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo.....	68
4.4.2. Distribución por Categorías Diagnósticas de la Escala de Ansiedad Estado Rasgo.....	69
4.5 Análisis de la Fiabilidad del Inventario SCL 90-R .....	73
C.Consistencia Interna .....	73
4.5.1. Análisis Descriptivo del Inventario SCL 90-R .....	74
4.5.2. Análisis de los Índices Globales del Inventario SCL 90-R.....	83
4.5.3.Categorías Diagnósticas del Inventario de Síntomas SCL 90-R.....	84
4.5.4 Perfil de Síntomas .....	87
CAPÍTULO V .....	90
5.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	90
5.1 CONCLUSIONES .....	90
5.2 RECOMENDACIONES .....	93
BIBLIOGRAFIA .....	95
ANEXOS .....	100

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### Gráficos:

Gráfico 4.1. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del sexo.....	48
Gráfico 4.2. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la profesión. ....	49
Gráfico 4.3. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del estado civil. ....	50
Gráfico 4.4. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la situación económica. ....	52
Gráfico 4.5. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función al ingreso económico de otra fuente.....	53
Gráfico 4.6. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a la organización familiar.....	54
Gráfico 4.7. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a la edad.....	54
Gráfico 4.8. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a la jornada de trabajo. ....	56
Gráfico 4.9. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función al estado de salud. ....	57
Gráfico 4.10. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a los antecedentes psicológicos personales. ....	58
Gráfico 4.11. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a los antecedentes psicológicos familiares. ....	59
Gráfico 4.12. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a los trastornos del estado del ánimo. ....	60
Gráfico 4.13. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a las actividades extras que realizan con más frecuencia. ....	61
Gráfico 4.14. Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a las actividades extras que realizan con más frecuencia. ....	62
Gráfico 4.15. Representación gráfica de la distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas de ansiedad de Hamilton.....	66
Gráfico 4.16. Representación gráfica de la distribución de los participantes en	

función de las categorías diagnósticas de ansiedad estado. ....	70
Gráfico 4.17. Representación gráfica de la distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas de ansiedad rasgo.....	72
Gráfico 4.18. Clave: Población Mujeres, Hombres -Punto de Riesgo.....	77
Gráfico 4.19. Clave: Población Mujeres -Punto de Riesgo. ....	79
Gráfico 4.20. Clave: Población Hombres -Punto de Riesgo.....	82
Gráfico 4.21. Clave: IGS: Índice global de Síntomas.....	83
Gráfico 4.22. Clave: IPS: Índice positivo de los Síntomas.....	84
Gráfico 4.23. Representación gráfica de la distribución de las participantes en función a las categorías diagnósticas del SCL 90R. ....	85
Gráfico 4.24. Representación gráfica de la distribución de los participantes en función a las categorías diagnósticas del SCL 90R. ....	86

### **Tablas:**

Tabla 2.1.Síntomas Fisiológicos de la Ansiedad .....	14
Tabla 2.2.Sintomatología Motora de la Ansiedad.....	15
Tabla 2.3.Síntomas Cognitivos de la Ansiedad .....	16
Tabla 2.4.Causas de la Ansiedad.....	19
Tabla 2.5.Consecuencias de la Ansiedad .....	20
Tabla 2.6.Clasificación de los Trastornos Ansiosos según el DSM-IV-TR .....	25
Tabla 2.7.Clasificación de los Trastornos Ansiosos según el DSM-5 .....	25
Tabla 2.8.Clasificación de los Trastornos Ansiosos según el CIE-10 .....	26
Tabla 2.9. Funciones del Coordinador/a .....	29
Tabla 2.10.Funciones del Personal.....	30
Tabla 4.1. Distribución de los grupos en función de los CIBV en los que labora .....	45
Tabla 4.2. Distribución de los grupos en función de las variables individual .....	47
Tabla 4.3. Distribución de los grupos en función a los horarios que laboran.....	55
Tabla 4.4. Distribución de los grupos en función al bienestar personal .....	57
Tabla 4.5. Distribución de los grupos en función a la calidad de vida .....	61
Tabla 4.6.Análisis de la Consistencia Interna de la Escala de Ansiedad de Hamilton .....	64
Tabla 4.7. Análisis descriptivo de la Escala de Ansiedad de Hamilton.....	65
Tabla 4.8. Distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas	

.....	66
Tabla 4.9. Análisis descriptivo de la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo.....	68
Tabla 4.10. Análisis Descriptivo de la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo.....	69
Tabla 4.11. Distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas.....	70
Tabla 4.12. Distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas.....	71
Tabla 4.13. Análisis de la Consistencia Interna del Inventario SCL 90-R .....	73
Tabla 4.14. Análisis Descriptivo del Inventario de Síntomas SCL-90R .....	75
Tabla 4.15. Mujeres de Población General no Clínica .....	78
Tabla 4.16. Hombres de Población General no Clínica.....	81
Tabla 4.17. Distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas.....	84
Tabla 4.18. Distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas.....	86

## INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación, corresponde al campo de desarrollo humano y salud mental; el cual busca identificar los Niveles de Ansiedad en una muestra trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato. Para la ejecución de la investigación se cuenta con cinco capítulos distribuidos de forma organizada.

El primer capítulo explica el planteamiento de la propuesta de trabajo, en el cuál se identifica con claridad el problema, la justificación de la investigación, los objetivos a cumplir y la pregunta de estudio.

En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico, en el que se conceptualizan los temas conexos relacionados con la variable ansiedad en trabajadores/as de los CIBV.

En el tercer capítulo, se explica la metodología que se utilizó para esta investigación. Es decir, el tipo y diseño de investigación, los participantes del estudio, el procedimiento manejado y; los instrumentos psicológicos utilizados.

En el cuarto capítulo, se ejecuta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través de los instrumentos psicológicos de evaluación mismos que fueron cuatro y se denominan: Ficha Sociodemográfica, La Escala de Ansiedad de Hamilton; Escala de Ansiedad Estado Rasgo (STAIC) y El Inventario de Síntomas SCL-90R.

El capítulo quinto, es el apartado dedicado a la presentación de las correspondientes conclusiones y recomendaciones a las que se llegó tras el presente estudio. Por último, se encuentra la lista de referencias o bibliografía y los anexos de los instrumentos psicológicos utilizados en la población participante.

# CAPÍTULO I

## 1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

### 1.1 Antecedentes

El presente estudio se sustenta en investigaciones realizadas en trabajadores de diferentes instituciones a nivel internacional que brindan servicios de cuidado y protección a personas vulnerables y que su vez mantienen relación con la temática de estudio que tiene que ver con la ansiedad y sus diferentes manifestaciones. Las cuales se describen a continuación:

Entre las investigaciones internacionales tenemos, el estudio de Urbano (2014) en España con el fin identificar la ansiedad entre los docentes a través de una muestra de 180 integrantes que fueron seleccionados aleatoriamente. Al realizar estadísticas recientes muestran el incremento de esta patología en la población adulta general y, dentro de esta, se considera que los docentes son una de las profesiones en riesgo de padecer ansiedad o angustia. El cual deja como resultados al aplicar diversos reactivos que los niveles de ansiedad son elevados en los docentes, es decir, hay personas con una mayor probabilidad de que los acontecimientos del día a día les afecten de una forma específica y den como resultado el bajo rendimiento en sus actividades diarias y laborales. Es importante conocer que estos estudios aportan con la presente investigación, ya que mediante ellos podremos tomar en cuenta la sintomatología característica de la ansiedad y factores e indicadores más relevantes.

Por su parte Restrepo (2011) para indagar el desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, se tomó en cuenta una muestra de 239 docentes. El procedimiento se realizó a través un diseño cuantitativo de corte y cobertura geográfico, de acuerdo con la información obtenida de la historia clínica, este estudio de corte epidemiológico establece que hubo una prevalencia importante de manifestaciones psíquicas, en el cual los resultados que arroja son: trastornos de adaptación, ansiedad, depresión, personalidad y estrés agudo. En los que se evidencia que los docentes presentaron agotamiento emocional y niveles de despersonalización, lo que hace alusión a los síntomas que la población de dicha investigación que se pretende realizar presentan.

El estudio realizado por Regina (2015) para determinar los niveles de ansiedad que manejan los trabajadores de la unidad de Huehuetenango de Guatemala, tuvo una muestra comprendida por 40 personas, en el cual el procedimiento fue mediante la aplicación del test de Zung (EAA), dejando como resultados la presencia de 4 niveles de ansiedad leve, moderada, grave y ausencia de ansiedad. Este estudio aporta con la investigación que se pretende realizar, ya que presentan la misma población de interés que en este caso son educadores o trabajadores\as escolares.

En la investigación de Linares (2012) para determinar el apoyo social como un factor modulador en la aparición de síntomas físicos y en el nivel de satisfacción laboral debido al estrés y la ansiedad en México, con una muestra de 205 profesores a través de la aplicación de reactivos como el SWS-Survey©, el inventario de ansiedad y la escala de satisfacción laboral. En lo que arroja como resultado que los síntomas físicos que se produce y la asociación directa del estrés amplifica la reacción de

ansiedad de forma contundente, es así que esta investigación aporta de manera significativa con el estudio que se desea realizar, ya que el estrés personal y laboral juegan un papel importante para la obtención de ansiedad en los trabajadores/as.

## **1.2. Problema**

### **1.2.1. Descripción del Problema**

En las observaciones preliminares realizadas en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), en el que se evidencia que los trabajadores/as encargados del cuidado infantil, a raíz del cumplimiento de sus actividades personales, con la sobrecarga de trabajo junto a las expectativas de la institución y a los cuidados que demandan los niños y niñas muestran susceptibilidad para generar síntomas ansiógenos como: sudoración, tensión, rigidez muscular, inquietud, agobio, sensación de peligro, inseguridad, sensación de extrañeza o despersonalización, impulsividad y dificultad para actuar, de tal manera que pueden dar como resultado un desequilibrio emocional, que se canalicen en trastornos de ansiedad.

Esto se corrobora con lo que sostiene Pinel (2007) al referirse que “la ansiedad es correlativo psicológico habitual del estrés y que es adaptativa si motiva conductas de afrontamiento efectivas; sin embargo, cuando se vuelve tan grave que altera el funcionamiento normal, se conoce como trastorno de ansiedad.” (p. 90). Lo cual es provocado por la percepción de un peligro o amenaza para el individuo o para el grupo al que pertenece, la misma que si se cronifica tiende a causar malestar en el

sujeto que la padece e inferir en sus actividades personales, laborales, así como en la forma en que se relaciona con los niños y niñas de los CIBV. A partir de lo cual se puede mencionar que la ansiedad es un estado subjetivo de incomodidad que puede experimentar la persona frente a las exigencias del medio.

A través de esta investigación se determina la incidencia de ansiedad en niveles prodrómicos, subclínicos y clínicos de las personas que laboran en el cuidado de los niños\as, con el beneficio de dar a conocer los datos e información correspondiente sobre los niveles de ansiedad que tienen los trabajadores\as encargados del cuidado infantil de los Centros Infantiles del Buen Vivir.

### **1.2.2. Preguntas Básicas**

#### **¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?**

El problema aparece al realizar un conjunto de observaciones preliminares en los centros de práctica, ya que se evidencia que los trabajadores\as encargados del cuidado infantil de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato presentan síntomas de ansiedad que se caracterizan por: la desmotivación, irritabilidad, síntomas psicósomáticos y estados de frustración, los mismos que se pueden canalizar en agresividad lo cual hace que emocionalmente se muestren inestables.

### **¿Qué lo origina?**

Esto se desprende frente a diversas demandas como es cuidado, responsabilidad que necesitan los niños y niñas, sobrecarga de trabajo y otras obligaciones con las que cada trabajador debe cumplir.

### **¿Cuándo se origina?**

No aplica

### **¿Dónde se origina?**

No aplica

### **¿Dónde se detecta?**

En los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato

## **1.3. Justificación**

Este proyecto de investigación denominado Niveles de Ansiedad en las y los trabajadores de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato, se realizó a través la aplicación de reactivos psicológicos como: La Escala de Ansiedad de

Hamilton; Escala de Ansiedad Estado Rasgo (STAIC) y El Inventario de Síntomas SCL-90R, con el propósito de brindar información útil al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) relacionado a los Centros Infantiles del Buen Vivir. Para comprender los niveles de ansiedad en los trabajadores/as, se debe tomar en cuenta que la palabra ansiedad abarca varios aspectos de la vida diaria, como es: la sobrecarga laboral, horas de trabajo, demandas personales, familiares, etc. y es allí donde se encuentra el origen de éste fenómeno social, ya que se necesita realizar una exhaustiva investigación con el fin de determinar los niveles de ansiedad de dicha población. De los aspectos mencionados, es preciso señalar que: “La ansiedad es un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto” (Jarne, 2016, p.119), a propósito de esto la ansiedad tiende a generar sintomatología fisiológica, cognitiva y motora. Es importante tomar en cuenta que la vida profesional requiere de mayor esfuerzo y responsabilidades, además incrementa las posibilidades de ansiedad ante diversas situaciones, ocasionando que las personas que la adquieren puedan presentar diversas patologías relacionadas a dicho fenómeno.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar los niveles de ansiedad en los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- 1.** Fundamentar teóricamente y metodológicamente los niveles de ansiedad que presentan los trabajadores\as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato.
  
- 2.** Diagnosticar los niveles de ansiedad en los trabajadores\as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato.
  
- 3.** Realizar un análisis de tipo estadístico que permita verificar la prevalencia de los niveles de ansiedad en los trabajadores\as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato.
  
- 4.** Elaborar un modelo de estudio clínico epidemiológico para determinar los niveles de riesgo en los trabajadores\as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato.

### **1.5 Pregunta de Estudio**

¿Cuáles son los niveles de ansiedad, la prevalencia de ansiedad a nivel clínico y los factores de riesgo que se asocian a la ansiedad en los trabajadores/as de los centros infantiles del Buen vivir del cantón Ambato?

## **1.6. Variables**

**Variable Uno:** Ansiedad

## **1.7. Delimitación Funcional**

### **1.7.1. Pregunta 1. ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?**

Como resultado final de la investigación se basará en describir los niveles de ansiedad, prevalencia a nivel clínico y factores de riesgo asociados a la ansiedad en una muestra de trabajadores de los Centros Infantiles del Buen Vivir.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Los Efectos Ansiógenos Derivados del Cuidado de los Niños**

#### **2.2 El Trabajo y la Ansiedad**

##### **2.2.1 Definición de Ansiedad**

La palabra ansiedad es un término polisémico, varios autores como Jarne (2016), conceptualizan a la ansiedad como un término para referirse a “un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto” (p. 119), es decir, se trata de una reacción emocional que aparece cuando la persona se encuentra en un estado de peligro. Lo anteriormente expuesto, es corroborado por la conceptualización de Virues (2015), quien refiere que la ansiedad “engloba una serie de cuadros clínicos que comparten rasgos comunes que se manifiestan en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico” (p. 1), de lo que se desprende, que la ansiedad tiende a causar repercusiones que afectan al sujeto de manera significativa.

La ansiedad tiende a generar una serie de dificultades en el sujeto, debido a que constituye una reacción emocional, en la cual el individuo se ve afectado por una situación externa o interna que hace que este pierda el control de sí mismo.

### 3. Antecedentes Conceptuales e Históricos

Los trastornos ansiosos presentan mayor prevalencia en la actualidad, ya que se presentan en diferentes contextos y se desencadenan ante diversas causas, es por ello que a la ansiedad se la denomina como:

Un término que etimológicamente se relaciona con la angustia pero de manera descriptiva, se asocia al miedo, al nerviosismo y a ciertos estados patológicos, ya sea como un cuadro nosológico más o menos completo, o en forma de signos o síntomas que complementan a otros trastornos. La ansiedad se relaciona con un aumento de la tensión del organismo, ocasionado por la activación psíquica y biológica frente a la presencia de un peligro (real, imaginado o anticipado) o de una expectativa de diversa índole, lo cual trae como consecuencias un gran abanico de sensaciones, emociones y cogniciones difíciles de delimitar. (Sarundiansky, 2013, p. 23)

Es por esta razón que cada vez suscitan mayores ensayos de estudio. Sin embargo, el fenómeno no es nuevo, es así que varios autores como Andreu (2014) refiere que la ansiedad “depende de factores temperamentales, activación o inestabilidad del sistema nervioso autónomo y la vulnerabilidad genética” (pp. 4-5), de tal manera que la ansiedad tiende a ser un mecanismo adaptativo que permite al sujeto ponerse activo ante situaciones en las cuales su integridad se vea amenazada, como menciona Freud (1926), citado por Manzano (2012), la ansiedad actúa como un sentimiento de preocupación o temor que se presenta por un deseo o pensamiento reprimido. Es por esta razón que Freud pensaba que este era el tipo de ansiedad que tenía una base más psicológica que biológica y era la responsable de las psiconeurosis (histeria, neurosis

obsesiva y fobias). De tal manera que el individuo ante una situación amenazante genera el mecanismo defensivo conocido como represión, es decir, eliminar de la consciencia pensamientos, sentimientos e impulsos que resultan perturbadores para quien atraviesa una situación ansiosa.

#### **4. Sintomatología de la Ansiedad**

La ansiedad hace alusión a una reacción aprendida, es decir, una persona actúa de acuerdo a la situación en la que se encuentre, es por ello que la ansiedad se caracteriza por ser:

Una reacción ante amenazas vitales, con respuesta fisiológicas que ponen en marcha reacciones bioquímicas que preparan al organismo para una reacción de ataque, defensa o huida de la amenaza inminente. En la reacción de ansiedad, estos mismos mecanismos se ponen en marcha de modo desproporcionado, ante una amenaza que no es tal o que es mucho menos intensa o peligrosa. (Herrero, 2013, párr. 7)

Es decir, se presenta como una respuesta exagerada ante sucesos amenazantes o estresantes de la vida cotidiana. De tal manera que el sujeto suele sentirse amenazado haciendo que su sistema fisiológico se mantenga activo hasta que el peligro cese, como refiere Sandin y Chorort (1995, citado en Jorge 2013), la sintomatología se presenta de la siguiente manera fisiológica, motora y cognitiva.

### a. Sintomatología Fisiológica

La sintomatología fisiológica se caracteriza por las manifestaciones del sistema nervioso central, como refiere Medina (2017) “es esta activación la que provoca los síntomas físicos de la ansiedad preparando al organismo para afrontar el supuesto peligro” (párr. 4), de esta manera se evidencian una serie de síntomas que se despliegan en el sujeto al atravesar una situación de amenaza las mismas son (Ver tabla 2.1):

**Tabla 2.1. Síntomas Fisiológicos de la Ansiedad**

Síntomas
Respiración rápida
Palpitaciones
Nauseas
Vomito
Cefaleas
Tensión muscular
Fatiga
Sudoración
Rechinamiento de los dientes
Dolor mandibular
Resequedad en la boca
Nudo en la garganta
Temblores en el cuerpo
<b>Fuente: (Jorgge, 2013)</b>

Los síntomas fisiológicos son una clara representación de la ansiedad, por lo general la persistencia de estos cambios fisiológicos puede acarrear en una serie de desórdenes psicofisiológicos que pueden afectar de manera significativa al sujeto que la padece.

## b. Sintomatología Motora

La sintomatología motora hace alusión a las posturas corporales, movimientos y formas de reaccionar ante un estímulo. Estas formas de respuesta pueden ser de evitación o escape y se presentan ante una situación generadora de ansiedad. Según Cano (2013) "son formas de comportamiento visible, ya que muestran expresiones corporales" (párr.17), de tal manera que las manifestaciones más comunes que se pueden presentar son (Ver tabla 2.2):

**Tabla 2.2. Sintomatología Motora de la Ansiedad**

Síntomas
Cambios en la voz
Dolor Muscular
Inquietud Motora
Fatigabilidad
Movimientos monótonos
Llanto fácil
Bloqueos
Quedarse Paralizado
Tartamudear
Fumar, comer o beber en exceso

**Fuente: (Romeu, 2015)**

Es así que los síntomas manifestados anteriormente son una clara manifestación de la ansiedad a nivel motor, lo que recrudece en alteraciones de la vida diaria del sujeto, afectado por alguna situación ansiosa.

### c. Sintomatología Cognitiva

La sintomatología cognitiva tiene relación con la percepción que tiene un sujeto frente a los estímulos asociados con la ansiedad, lo que genera alteraciones en la manera de pensar, razonar y sobrellevar una situación de peligro (Ver tabla 2.3):

***Tabla 2.3. Síntomas Cognitivos de la Ansiedad***

Síntomas
Inseguridad
Futuro Negativo
Agotamiento mental
Preocupación
Dificultad de concentración
Pérdida de control
Miedo
Visualización negativa del futuro
Incapacidad para pensar con claridad
Indecisión
Pensamientos negativos (incapacidad, inferioridad)
<b>Fuente: (Camacho, 2013)</b>

Los síntomas cognitivos que se presentan en la ansiedad tienden a causar dificultad en la capacidad natural que tienen todos los seres humanos para integrarse o adaptarse dentro de su medio.

## 5. Modelos Explicativos de la Ansiedad

Como se mencionó anteriormente, existen diversidad de factores que permiten la manifestación de respuestas ansiosas, tomando en cuenta el punto de vista de la autora Chávez (2012) depende de “el tipo de personalidad y la situación en la que se

presenta la respuesta ansiógena, haciendo referencia a la primera con ansiedad rasgo y a la segunda como ansiedad estado” (p. 15), de lo que se desprende que para generar una respuesta ansiosa depende de la situación que se presente y el tipo de personalidad influye de manera considerable, ya que de acuerdo a ello, se podrá o no sobrellevar el suceso que se presente.

### **a. Ansiedad Rasgo**

Se define como una característica relativamente permanente de personalidad como refiere Fontana (1995, citado en Chávez 2012), es el tipo de personalidad “A” el más asociado con este rasgo. Las características de las personas clasificadas con este tipo de personalidad, se pueden resumir en las siguientes características: son competitivos, impaciente, inflexibles, es decir, se encuentran altamente comprometidos con sus obligaciones, se ponen horarios y límites rígidos para cumplir con sus tareas. De tal manera que se puede evidenciar que en este tipo de situaciones la fuente generadora de ansiedad tiende a ser uno mismo.

### **b. Ansiedad Estado**

Esta se encuentra relacionada como una reacción pasajera o transitoria ante una situación presente como manifiesta Gutiérrez (1996, citado en Chávez 2012), se caracteriza por un estado cognitivo de preocupación permanente ante el posible fracaso o bajo rendimiento en sus obligaciones. De tal manera que este tipo de

ansiedad aparece al pensar las consecuencias negativas que se pueden generar y desaparece al cumplir ciertas actividades que se aplazaron y por ende desaparece el pensamiento negativo que se habría originado.

De tal manera, se puede concluir que la ansiedad estado, es un período transitorio, en el cual se experimenta una serie de pensamientos, sentimientos e incluso imágenes que causan malestar a nivel físico, motor y cognitivo de manera parcial o momentánea, en cambio, la ansiedad rasgo, hace alusión a una característica de personalidad estable que tiende a causar malestar significativo, es decir, genera disfuncionalidad en el desenvolvimiento diario del individuo debido a que las situaciones externas son percibidas como amenazantes.

### **5.1. Causas de la Ansiedad**

Es fundamental tomar en cuenta que la ansiedad se manifiesta de diversas maneras, como se expuso anteriormente, se puede presentar ante un objeto específico o ante situaciones externas que el sujeto las considera como amenazantes produciendo miedo irracional, es así que García (2013) refiere que “es un monstruo encantado, que hace que el diario vivir se torne amenazador, dañando la mente y el corazón por la preocupación excesiva que se genera” (párr. 4), en este sentido la ansiedad se desencadena ante eventos traumáticos, en el cual el sujeto genera un sentimiento de indefensión (Ver tabla 2.4):

**Tabla 2.4. Causas de la Ansiedad**

Causas
Ambiente familiar
Factores biológicos hereditarios
Desbalance en los neurotransmisores
Cambios radicales
Problemas por los cuales el sujeto este atravesando
Eventos traumáticos
Inconformidad con la situación actual de vida
Estrés diario
<b>Fuente: (Baeza, 2016)</b>

La ansiedad, es un estado emocional que se activa ante situaciones de riesgo o peligro y cuando esta se activa genera daños a la salud y por ello es necesario controlarla para que posteriormente las consecuencias que se generen no ocasionen daños significativos en el sujeto.

## 5.2. Consecuencias de la Ansiedad

La ansiedad genera diversas consecuencias a nivel físico, cognitivo y motor, lo cual recrudece en el individuo con síntomas que se conoce como respuestas ansiosas, es así que Rubín (2015) refiere que “la ansiedad produce un estado negativo del ánimo y síntomas corporales con respecto al futuro como la angustia, preocupación e inquietud” (párr. 3), en definitiva existe un sin número de presagios que arroja la ansiedad, entre ellos se encuentran los siguientes (Ver tabla 2.5):

**Tabla 2.5. Consecuencias de la Ansiedad**

Consecuencias
Falta de sueño y apetito
Debilita el sistema inmune
Daños en el sistema digestivo y excretor
Pérdida de memoria a corto plazo
Reacciones físicas variadas
Ataque al corazón
Insomnio
Depresión
<b>Fuente: (Rubín, 2015)</b>

Las consecuencias que puede presentar la ansiedad pueden variar con el transcurso del tiempo e intensidad de los síntomas, así como la predisposición del sujeto para ser afectado o no por el problema.

## 6. Epidemiología de la Ansiedad en Cuidadores

Es habitual que los trabajadores encargados del cuidado infantil se encuentran desgastados por los servicios de cuidado y protección a personas vulnerables, de forma general, se puede mencionar que existen varios estudios realizados con cuidadores o trabajadores encargados del cuidado de niños y niñas, en donde se puede observar de forma parcial como se establece el perfil de este tipo de trabajadores dentro de otros contextos como:

La investigación realizada en España por Urbano (2014), tiene el fin identificar la ansiedad entre los docentes, a través de una muestra de 180 integrantes que fueron seleccionados aleatoriamente. Esta población adulta muestra el incremento de esta patología, ya que se considera a los docentes como una de las profesiones en riesgo de padecer ansiedad o angustia. Esta investigación deja como resultados niveles de ansiedad elevados en los docentes, es decir, hay personas con una mayor probabilidad de que los acontecimientos del día a día les afecten de una forma específica y arrojen como resultado el bajo rendimiento en sus actividades diarias y laborales.

La investigación realizada por Regina (2015), busca determinar los niveles de ansiedad que manejan los trabajadores de la unidad de Huehuetenango de Guatemala, con una muestra comprendida por 40 personas, en el cual el procedimiento fue mediante la aplicación del test de Zung (EAA), dejando como resultados la presencia de 4 niveles de ansiedad leve, moderada, grave y ausencia de ansiedad.

En la investigación de Linares (2012), determinaron el apoyo social como un factor modulador en la aparición de síntomas físicos y en el nivel de satisfacción laboral debido al estrés y la ansiedad en México, con una muestra de 205 profesores a través de la aplicación de reactivos como el SWS-Survey©, el inventario de ansiedad y la escala de satisfacción laboral. Esta investigación deja como resultado que los síntomas físicos que se produce y la asociación directa del estrés amplifica la reacción de ansiedad de forma contundente, es así que esta investigación aporta de manera significativa con el estudio que se desea realizar, ya que el estrés personal y

laboral juegan un papel importante para la obtención de ansiedad en los trabajadores/as.

De tal manera que el principal motivo de estudio de ansiedad en trabajadores, es determinar si la sobrecarga de trabajo, de niños y carga laboral influye en el desenvolvimiento profesional, es así que:

La epidemiología de los cuidadores es incierta en nuestro país, más aún si hablamos de grupos selectos en determinadas patologías o circunstancias. Conocer quién cuida más, si un hombre o una mujer dentro de qué grupo etario se encuentra la persona del cuidador y la forma en la cual emplea sus redes de apoyo y el tiempo que dedica.(Vasco, 2016, p. 23)

No obstante, el cuidador es la persona encargada del cuidado, atención y servicio ante los niños/as que requieren cuidados básicos con responsabilidades prácticas, además deben brindar un ambiente seguro con el fin de garantizar bienestar y seguridad, es así que mediante las investigaciones realizadas nos permiten conocer más, acerca de los problemas que pueden perjudicar o afectar tanto a la salud física como psicológica de un educador, ya que a través de ella se puede mirar más allá de lo que significa educar, educar no solo es impartir una clase, educar conlleva una mezcla de dedicación, planificación, paciencia y técnicas lúdicas con las cuales se llegue de manera directa al individuo que está en proceso de aprendizaje.

## **6.1 Efectos y Consecuencias**

La ansiedad, es un mecanismo adaptativo que puede manifestarse ante una situación externa que genere desequilibrio en el sujeto, como refiere Corbalán (2013) “Las

personas que prestan estos cuidados pueden sufrir una sobrecarga que puede incapacitarlos y engloba diversas índoles como el efecto de saturación o demasiada ocupación, pero dentro del tema que se está desarrollando es específicamente la atención y demanda que generan los niños.

## **6.2 Burnout en Cuidadores**

Se ha constatado que el riesgo de los educadores en desarrollar este tipo de trastorno según Jarvis (2002, citado en Oramas 2014), menciona tres áreas causantes de Burnout en educadores, "los factores intrínsecos a la enseñanza (sobrecarga de estudiantes); los factores cognoscitivos, que afectan la vulnerabilidad individual (eficiencia personal) y los factores sistémicos (clima organizacional y la ayuda entre colegas)" (p. 39), de lo que se desprende que las demandas de la institución e incluso el didactismo, es decir, la forma en la cual el educador lleva a cabo su trabajo tiende a generar situaciones ansiosas en los educadores, porque a través de su metodología deben buscar estrategias y técnicas para llegar a sus estudiantes, lo cual limita la esencia propia de la actividad o forma de interactuar que usualmente utiliza el educador. De tal manera que esto puede ser uno de los factores generadores del síndrome de Burnout, tomando en cuenta también la sobrecarga de horas laborales, sobrecarga laboral propiamente dicha y la demanda que genera cada uno de los estudiantes y más aún cuando se habla de niños/as pequeños .

En definitiva el síndrome de Burnout, es una respuesta que puede ser conceptualizada como una sensación de agotamiento y fracaso, debido a la sobrecarga y a la exigencia de energía que requiere el trabajador, dando lugar a la

aparición de sentimientos, emociones y predisposición de aspecto negativo, dejando como resultado reacciones fisiológicas y psicológicas negativas para los profesionales, reflejándose en su desempeño laboral monótono y abrumador (Gonzales, 2013, p. 2). Por esta razón al síndrome de Burnout se le considera como el trastorno emocional, que se encuentra directamente vinculado con el sujeto que demanda mucha eficacia y suficiencia dentro del campo laboral, lo cual le genera alteraciones en diversos contextos en los cuales interactúe el individuo.

## **7. Psicopatología de la Ansiedad**

Los trastornos de ansiedad son aquellos que comparten características de miedo, ansiedad y con alteraciones conductuales asociadas, es así que:

El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés y por ser persistentes, suelen tener una duración de seis meses o más. (Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2014, p. 189)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA, 2002), los trastornos ansiosos se clasifican de la siguiente manera (Ver tabla 2.6):

**Tabla 2.6. Clasificación de los Trastornos Ansiosos según el DSM-IV-TR**

Clasificación
Trastorno de angustia sin agorafobia
Trastorno de angustia con agorafobia
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
Fobia específica
Fobia social
Trastorno obsesivo compulsivo
Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
Trastorno de ansiedad no especificado

**Fuente: (APA, 2002)**

Es así que los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo y ansiedad anormal o patológica, es decir, que la sintomatología sea a nivel cognitivo, fisiológico o motor tiende a cronificarse, causando trastornos de ansiedad de diversos tipos entre ellos se encuentra la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, APA, 2014), manifiesta los siguientes (Ver tabla 2.7):

**Tabla 2.7. Clasificación de los Trastornos Ansiosos según el DSM-5**

Clasificación
Trastorno de ansiedad por separación
Mutismo selectivo
Fobia específica
Fobia social
Trastorno de pánico
Agorafobia
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias\ medicamentos
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
Otro trastorno de ansiedad especificado
Otro trastorno de ansiedad no especificado

**Fuente: (APA, 2014)**

Según la clasificación Internacional de enfermedades, décima edición (CIE-10), los trastornos ansiosos se clasifican en (Ver tabla 2.8):

**Tabla 2.8. Clasificación de los Trastornos Ansiosos según el CIE-10**

Clasificación
Trastorno de pánico
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno mixto ansioso – depresivo
Otro trastorno mixto de ansiedad
Otros trastornos de ansiedad especificados
Trastorno de ansiedad sin especificación

**Fuente: (Clasificación internacional de enfermedades, 1992)**

De manera general en los manuales diagnósticos se evidencia los cambios dentro de la clasificación de los trastornos ansiosos, pese a ello existe la presencia manifiesta de ciertas características como miedo irracional, agitación e inquietud del ánimo, no obstante los trastornos ansiosos, se presentan antes situaciones u objetos específicos que hacen que la persona genere interferencias en sus actividades diarias, causando deterioro en actividades sociales, laborales e incluso escolares.

## **1. Los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV)**

Los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) tienen objetivos que garantizan el funcionamiento idóneo de estos centros, según Soliz (2014) se han establecido los siguientes:

- Lograr el máximo desarrollo posible de las potencialidades de las niñas y niños atendidos.
- Sensibilizar a las familias sobre su rol protagónico en el desarrollo infantil integral de sus hijos e hijas.
- Promover procesos de participación, coordinación y gestión local para la concreción de los derechos de las niñas y niños.

De tal manera que el plan nacional del Buen Vivir y el código de la niñez y la adolescencia poseen la estrategia de organizar los servicios de desarrollo infantil públicos y privados asegurando a niñas y niños menores de 3 años el acceso, protección y calidad de los servicios de salud, promoviendo así, la responsabilidad de la familia y por lo tanto de la sociedad.

### **1. 1 Definición de Trabajador de Cuidado infantil**

En Ecuador el trabajo infantil por antonomasia, se encuentra organizado por los Centros Infantiles del Buen Vivir dentro de los mismos laboran personas capacitadas denominadas como cuidadores infantiles como por ejemplo los adultos que orientan la

formación de niños pequeño. Según Luna (2015) “son responsabilidades que ejercen uno o más adultos ante las necesidades de niños pequeños como su crianza, protección, salud, nutrición, vinculación afectiva, social y estimulación” (p.6), por lo tanto, los trabajadores encargados del cuidado infantil no necesariamente suelen ser maestros, también pueden ser estimuladores u otros adultos con diferentes especialidades que brindan estrategias y habilidades a los niños para interactuar y lograr su independencia. De esta manera se puede mencionar a los Centros Infantiles del Buen Vivir que son ejecutados por el MIES, ya que garantizan el desarrollo integral de los niños.

### **1.1.1 Conformación del Equipo**

- **Coordinador o Director de los Centros Infantiles del Buen Vivir**

**(CIBV):** El coordinador/a debe tener la capacidad de liderazgo, trabajo en equipo, toma de decisiones, competencias administrativas, enfoque de derechos, creatividad y resolución de conflictos. De tal manera que sus funciones son (Ver tabla 2.9):

**Tabla 2.9. Funciones del Coordinador/a**

Funciones
Coordinar la ejecución del servicio de la unidad de atención especializada
Realizar denuncias de los casos detectados de vulneración de derechos ante la autoridad competente
Identificar y realizar el mejoramiento continuo para la operación de la unidad de atención a través de planes de mejoramiento, planes de gestión de riesgos
Clasificar la ejecución de los servicios de desarrollo infantil integral con otras modalidades de atención
Reportar mensualmente la gestión de la unidad de atención dentro de los Centros Infantiles del Buen Vivir
Registrar la información de los usuarios de la unidad de atención conforme los requerimientos del MIES

**Fuente: (Soliz, 2014)**

Es así que los coordinadores de los Centros Infantiles del Buen Vivir son los pilares fundamentales dentro de cada institución, ya que a través de ellos/as se va indagando nuevas formas de adecuar a la institución a través de la organización de diversas áreas como la alimentación, servicios y necesidades que demandan los niños y niñas.

- **Trabajadores de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV):**

Principalmente son los encargados de guiar y orientar a los niños, es decir, se encargan de estimular las habilidades y potenciales de los niños dentro de los primeros años de vida como lo hacen dentro de los CIBV. Los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) son:

Servicios de atención ejecutados por el MIES, sea de administración directa o a través de convenios, dirigido a niñas y niños de 12 a 36 meses de edad, incluyen acciones de salud preventiva, alimentación saludable y educación, en corresponsabilidad con la familia y la comunidad y en articulación intersectorial; desde el enfoque de derechos, interculturalidad e

intergeneracional. En un Centro Infantil del Buen Vivir la cobertura mínima es de 40 niñas y niños; operan durante todo el año, con un receso de 15 días en las épocas de vacaciones escolares del ciclo sierra y costa respectivamente, en coordinación con la Subsecretaría de Desarrollo Infantil Integral.(Soliz, 2014, p.8)

De tal manera que los Centros Infantiles del Buen Vivir brindan atención directa para los niños y niñas brindándoles educación inicial, nutrición, salud preventiva sobre todo el cuidado y alimentación diaria.

El personal de los centros de desarrollo infantil realiza las siguientes actividades de planificación institucional (Ver tabla 2.10):

**Tabla 2.10. Funciones del Personal**

Funciones
Planificar los procesos educativos
Evaluar los niveles de logros de los niños y niñas según su grupo de edad
Realizar seguimiento permanente del desarrollo integral de las niñas y niños
Generar espacios de capacitación, círculos de estudio, entre otros
Coordinar las programaciones pedagógicas específicas por grupo de edad
Analizar, monitorear y evaluar a las niñas y niños con el equipo de educadoras de desarrollo infantil integral
Elaborar informes técnicos de acuerdo a sus competencia
Reportar mensualmente la gestión de la unidad de atención para el caso de los Centros Infantiles del Buen Vivir

**Fuente: (Soliz, 2014)**

El personal denominado también al trabajador o cuidador infantil, al igual que el coordinador debe cumplir un rol importante dentro de la institución, ya que actúa de manera directa con los niños y niñas, estimulando sus habilidades con el fin de desarrollar sus potenciales.

### 1.1.2 Infraestructura, Ambiente Educativo y Protector

El ambiente educativo según Duarte (2014) es: “las disciplina relacionada de alguna manera con el concepto de ambiente de aprendizaje, también llamado, ambientes educativo, término que se utilizan indistintamente para aludir a un mismo objeto de estudio.” (párr. 1), de tal manera que el ambiente educativo es un espacio organizado y estructurado que permite el acceso al conocimiento a través de personas guías dentro de la rama educativa. Dentro de los Centros Infantiles del Buen Vivir, se debe tomar en cuenta una serie de aspectos importantes que garantizan el desempeño de los niños y niñas, es así que la directora del Ministerio de Inclusión Económica y Social menciona los siguientes aspectos (Soliz, 2014):

- **Terreno.-** El terreno donde se localizan las unidades de atención de desarrollo infantil cumple con las normas de regulación y planificación y observa que se encuentre en un entorno seguro y propicio, de conformidad con los parámetros establecidos por la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos (Ibíd.)
- **Metros Cuadrados por Niña/o.-**La unidad de atención de desarrollo infantil cuenta con un mínimo de 2 metros cuadrados por niña/niño en cada aula (Ibíd.)
- **Distribución del Espacio.-** La unidad de atención de desarrollo infantil destina un mínimo del 30% del espacio total de la infraestructura, para movilidad, tránsito, juegos y actividades comunitarias; este espacio cuenta con luz natural,

sonido, color, temperatura, ventilación y visibilidad para el control interno. Alternativamente gestiona el uso de un espacio público a no más de 200 metros de distancia, bajo condiciones que garantizan la seguridad de las niñas niños (Ibíd.)

- **Baterías Sanitarias.-** La unidad de atención de desarrollo infantil tiene un inodoro y un lavamanos de tamaño y altura adecuado por cada 15 niñas/niños. Un baño para personas con discapacidad con un área mínima de 5.28 metros cuadrados. Baños para el personal diferenciados por sexo. Las puertas de acceso garantizan la privacidad y el control de su seguridad que no permiten que las niñas y niños se queden encerrados (Ibíd.)
- **Alimentación.-** La alimentación dentro de los Centros Infantiles de Buen Vivir incluye proteínas, carbohidratos y grasas esto depende de acuerdo a la edad que tenga el infante. Según la OMS (2017) refiere que “la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición es un elemento fundamental de la buena salud.” (parr. 1), no obstante la alimentación dentro de los CIBV es externalizada, siempre y cuando cumplan los parámetros alimenticios. La primera comida que reciben es el desayuno, a media mañana refrigerio, después el almuerzo, consecuentemente para finalizar su jornada reciben un refrigerio a la tarde para posteriormente retornar a sus hogares.

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y Diseño de la Investigación**

El proyecto de investigación maneja un estudio de tipo cuantitativo, con un alcance exploratorio y descriptivo. El método general corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales o a la salud, mientras que el método específico corresponde al método descriptivo y el diseño de la investigación es descriptivo.

La investigación cuantitativa, es el método común que se utilizan para las investigaciones científicas, ya que utiliza medios matemáticos y estadísticos. Autores como Hernández, Fernández y Baptista mencionan que:

Este tipo de investigación se utiliza para la recolección, análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente a través de la medición numérica. El conteo es mediante el uso de la estadística para construir con exactitud patrones de comportamiento en una población. (2010, p. 09)

La investigación cuantitativa básicamente se a socia con los experimentos, las encuestas con preguntas cerradas y los estudios que emplean instrumentos de medición estandarizados. De tal manera que el objetivo de la investigación cuantitativa, es adquirir conocimientos fundamentales y la selección del modelo más

adecuado que permita conocer la realidad de la investigación a través de la selección y análisis de datos.

Referido al alcance exploratorio de la investigación Hernández, Fernández & Baptista (2010) manifiesta que, tiene la finalidad de identificar conceptos de relevancia, de tal manera que sean promisorias a estudiar en una investigación, es así, que este tipo de alcance permite familiarizarse con fenómenos nuevos, no obstante, se busca examinar un fenómeno poco estudiado que haya abierto muchas interrogantes. Análogamente, el alcance descriptivo permite describir el fenómeno, especificar propiedades, características y rangos más relevantes, ya que muestra con precisión las dimensiones de los fenómenos.

El método general corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales o a la salud Álvarez (1996) refiere que es un método de adquisición de conocimientos que permite conocer la realidad de un determinado periodo o fenómeno dentro de un periodo de tiempo determinado y a partir de los resultado o evidencias obtenidas elaborar leyes que puedan ser aplicables en varios ámbitos. Dentro del presente estudio es elaborar un estudio epidemiológico para determinar los niveles de riesgo en los trabajadores\as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato.

El método específico, es descriptivo según Acero (2013) refiere que: “se utiliza para recoger, resumir, analizar y generalizar resultados” (p. 4), de tal manera que el objetivo principal es que se analicen, se organicen los datos para describir el fenómeno o hecho de estudio, es decir, conocer los niveles de ansiedad dentro de los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato.

El diseño descriptivo, según Martínez (2010) manifiesta que es el tipo de diseño que busca describir las condiciones de la salud de la población de interés, a través de este se pueden obtener resultados de la prevalencia de las enfermedades o factores de riesgo que se presentan durante un periodo de tiempo. Aplicado al presente estudio, este diseño permite identificar los niveles de ansiedad, la prevalencia de ansiedad a nivel clínico y los factores de riesgo que se asocian a la ansiedad en los trabajadores/as de los centros infantiles del Buen vivir del cantón Ambato.

### **3.2 Técnicas de Investigación**

Para recopilar información para el presente estudio se tomó en cuenta, la ficha de observación, con respecto a la misma Vizcarra manifiesta que:

Las fichas de observación recopilan la duración de los comportamientos, que puede marcar un buen indicador de la amplitud del problema, o de la calidad de los progresos hechos por el sujeto. (2008, p.144)

A través de estas técnicas se puede obtener información coherente, especificando claramente lo que se está observando, ya que a través de la observación se puede recopilar y ordenar los criterios de interés, con el objetivo de registrar datos relevantes de los participantes para determinar los niveles de ansiedad en los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir.

Las técnicas empleadas fueron la observación científica a través de la ficha *Ad Hoc* sociodemográfica y la entrevista estructurada mediante el uso de los test

psicométricos; lo que permitió contestar a la pregunta de estudio para que en concordancia con los resultados, se establezcan conclusiones y recomendaciones.

La observación científica, suele ser el componente central del método o proceso científico, como menciona Heinemann es:

La captación previamente planeada y el registro controlado de datos con una determinada finalidad para la investigación, mediante la percepción visual o acústica de un acontecimiento. Es un proceso sistemático y controlado que registra aspectos que son relevantes para el tema de estudio. (2003, p.135)

En este aspecto, el observador dirige su atención a varios sucesos pero se encarga de incorporar los más relevantes para de esa manera registrar los fenómenos más importantes para delimitar con exactitud lo observado. Cabe indicar que una de las destrezas del investigador es observar y registrar en la ficha *Ad Hoc* sociodemográfica misma que recoge los datos más relevantes de los participantes.

Con respecto a la entrevista psicológica estructurada, se caracteriza por ser una técnica que interviene dentro del proceso de evaluación. Autores como Perpiñán (2012) manifiestan que la entrevista estructurada mantiene un grado de especificación y estandarización, entre ellos se encuentra las preguntas, respuestas, el registro y la interpretación de la información. Según Segal y Hersen (2010) manifiesta que la entrevista estructurada se utiliza más dentro de las ciencias sociales. “las entrevistas psicológicas estructuradas se pregunta de una manera y con una secuencia predeterminada. Las respuestas del entrevistado se suelen codificar bien en un formato dicotómico” (p.30), es decir, las preguntas están previamente establecidas y existe un orden que forma parte de la estructura de este tipo de

entrevistas, la misma es utilizada en la aplicación de los reactivos psicométricos, con el fin de obtener toda la información pertinente para la investigación, en este sentido, se centra en el estudio de la ansiedad mediante la aplicación de diversos reactivos con sus respectivas preguntas que los participantes que forman parte de la investigación deben contestar. Este tipo de entrevista se caracteriza por ser estructurado, ya que se maneja a través de una secuencia lógica.

En este sentido dentro de la investigación se utilizó las técnicas psicométricas desde el punto de vista de Gonzales refiere que:

Los test psicométricos intentan medir habilidades cognitivas o rasgos de personalidad, en las personas estudiadas. Estos test son instrumentos estructurados, es decir, en ellos la persona tiene que escoger, entre alternativas de respuesta posibles, aquella que considera y se ajusta mejor a su caso particular. (2007, p23)

Estos reactivos nos permiten obtener una información más amplia acerca del sujeto o de los participantes que intervienen dentro de la investigación que nos permitirá indagar los niveles de ansiedad en las y los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato.

### **3.3 Instrumentos**

#### **3.3.1. Ficha Ad Hoc Sociodemográfica**

Mediante el cuestionario estructurado conocido como ficha sociodemográfica, se recopiló información general relevante de los participantes de la investigación, estos

datos se encuentran agrupados de la siguiente manera: en el ámbito en el personal (edad, sexo, estado civil, organización familiar y estado general de salud) y en el ámbito profesional (jornada laboral, centro en el que laboran y economía).

### **3.3.2. Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)**

La escala de ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1959 por M. Hamilton, en un inicio constaba de 15 ítems, en donde cuatro de ellos se condensaron en dos reduciéndose a 13 ítems. Consecuentemente en 1969 se dividió el ítem de síntomas somáticos generales en dos existiendo en la actualidad la presencia de 14 ítems. En 1986 fue adaptado a una versión española realizada por Carrobles y cols.

Esta escala consta de 14 ítems, de los cuales 13 ítems hacen alusión a signos y síntomas ansiosos y el último ítem está destinado a valorar el comportamiento del individuo durante la entrevista. El evaluado debe puntuar la intensidad en la que se le presentan los síntomas ansiosos basándose en una escala de tipo Likert de 5 valores categoriales basados en: ausente, leve, moderado, grave y muy grave. La escala de ansiedad de Hamilton posee una consistencia interna de 7 y un alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86. Lo cual muestra que la escala es viable para ser utilizada como instrumento de evaluación en la investigación de la Ansiedad en trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato. La escala de ansiedad de Hamilton posee una validez de correlaciones de la HARS con la escala de ansiedad de Covi: 0,73- 0,75; y con el inventario de ansiedad de Beck (BAI) 0,56.

### **3.3.3. Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC)**

El inventario de ansiedad estado – rasgo STAIC fue creada por Spielberg Gorshuch y Lushene entre los años 1964 y 1970 en California, Estados Unidos. En 1980 se realizó la versión al español de la prueba, siendo una de las más utilizadas la de Ch. Spielberg, R.

Díaz Guerrero y otros y fue estandarizada en Cuba. Este inventario es un autoinforme compuesto por 40 ítems diseñado para evaluar dos conceptos de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Los dos aspectos que se evalúan estado y rasgo constan de 20 ítems cada uno. El evaluado debe puntuar cada ítem basándose en una escala de tipo Likert de 4 puntos según la intensidad, en donde: 0 es casi nunca/nada, 1 es algo/a veces, 2 es bastante/a menudo y 3 es mucho/casi siempre. En el 2007 en Chile se realizó un estudio denominado “Análisis Preliminar y Datos Normativos del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en Adolescentes y Adultos de Santiago, Chile”, realizado por Pablo Vera y colaboradores y que contó con la participación de Charles Spielberg.

En este estudio la confiabilidad del inventario fue de 0.92 para la sub escala de Ansiedad Estado y de 0.87 para la sub escala de Ansiedad Rasgo, por lo cual el instrumento presentó una alta consistencia interna. Esto indica que el inventario de ansiedad estado – rasgo, es un instrumento fiable para la valoración de la ansiedad en trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato.

La validez del inventario ansiedad rasgo STAIC muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la escala de ansiedad manifestada por Taylor y la escala de ansiedad de Catell (0,73 – 0,85). Presenta un grado de similitud entre los constructos de ansiedad y depresión de Beck con el 0,60.

### **3.3.4. El Inventario de Síntomas SCL-90-R (L. Derogatis,1977)**

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: 1) Somatizaciones (SOM). 2) Obsesiones y compulsiones (OBS). 3) Sensitividad interpersonal (SI). 4) Depresión (DEP). 5) Ansiedad (ANS). 6) Hostilidad (HOS).7) Ansiedad fóbica (FOB). 8) Ideación paranoide (PAR). 9) Psicoticismo (PSIC). 1) Índice global de severidad (IGS). 2) Índice positivo de Malestar (PSDI). 3) Total de síntomas positivos (TP). Este inventario es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad. El inventario de síntomas SCL 90-R posee una consistencia interna (alpha

=0.87), donde sus puntuaciones oscilan entre 0.77 y 0.88 y la validez queda apoyada en un rango de (24.2) a (26.2).

### **3.4. Participantes**

Los participante dentro de la presente investigación fue una muestra comprendida por 175 trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato, los mismos que se encuentran distribuidos en las zonas urbanas y rurales de Ambato, cuyas edades son alrededor de 19 a 55 años. Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, en el cual los sujetos son seleccionados por la conveniencia del investigador. Es decir, lograr que todos los individuos de la población hayan tenido la probabilidad de ser seleccionados arbitrariamente de acuerdo a la accesibilidad del investigador.

### **3.5. Procedimiento Metodológico**

Para la realización de la investigación se procedió a recolectar toda la información de manera bibliográfica siempre y cuando se encuentre relacionada con el tema de estudio. Posterior a ello, se realizó un análisis profundo de la información obtenida. A continuación se procedió a seleccionar los instrumentos psicométricos para la investigación. La investigación contó con la participación de 175 trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato.

La recolección de información se realizó entre una y dos sesiones, de acuerdo a la accesibilidad del educador, es así que respondieron a dicha información a partir del consentimiento informado, la ficha sociodemográfica y los cuestionarios en el siguiente orden: El Inventario de Síntomas SCL 90-R, Inventario de Ansiedad estado – rasgo (STAIC) y la Escala de Ansiedad de Hamilton.

Consecuentemente a la recolección de información, se procedió a tabular e interpretar los datos a través del Sistema de Análisis Estadístico SPSS versión 20, el cual permite analizar y realizar ilustraciones graficas e interpretaciones estadísticas.

Es así que se ha llegado a la formación de nuevos conocimientos con respecto a los niveles de ansiedad en los educadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato, con el objetivo de seguir obteniendo datos relevantes que corroboren dicha información, para de esa manera generar mecanismos de intervención y prevención en educadores.

## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1 Análisis Sociodemográfico de los Participantes

Esta sección está comprendida por el análisis de las características sociodemográficas de los participantes de la investigación, las cuales se hallan divididas en cuatro categorías principales. La primera corresponde al análisis de las variables individuales de los participantes, la segunda está conformada por las variables en función de los CIBV en los que labora, la tercera corresponde a las variables en función a los horarios que laboran y finalmente la cuarta categoría que pertenece a las variables en función a la Calidad de Vida.

La investigación comprendió un proceso de evaluación psicológico en 175 participantes. Para fines investigativos los participantes fueron divididos en los siguientes grupos de acuerdo al Centro Infantil en el que laboran: *“Blanca Martínez Mera”*, *“Dulces Sonrisas”*, *“Miguitas de Ternura”*, *“Los Pitufos”*, *“Edad de Oro”*, *“Manantial de Vida”*, *“Bambinos”*, *“Plaza Mayorista”*, *“Pequeños Traviesos”*, *“Mi Mundo Feliz”*, *“Los Patitos”*, *“Parvulitos Soñadores”*, *“Nuestra Señora de la Elevación”*, *“La Moritas”*, *“Sumak Kausay”*, *“Las Espiguitas”*, *“Ricchamuy”*, *“La florida”*, *“La Dolorosa”*, *“San Jacinto de Izamba”*, *“Simón Bolívar I”*, *“La Palomitas”*, *“Mashipura”*, *“La Estrellitas”*, *“Mis Primeros Pasos Ecológicos”*, *“Dulces Abejitas”*, *“Amiguitos”*, *“La Manzanitas”*, *“Sumak Wasi”*,

*“Refugio de Dios ”, “El Belén ”, “Simón Bolívar II”, “ Las Pequitas”, “La Fresitas”, “Gotitas de Ternura” y el CIBV “Senderitos de Miel”.*

## **4.2 Análisis de las Variables Individuales**

El primer segmento está comprendido por el análisis de los resultados de las variables individuales, las mismas que están conformadas por: sexo, estado civil, organización familiar, situación económica familiar y edad. Los resultados están distribuidos en los grupos anteriormente establecidos, las variables cualitativas se presentan con la frecuencia ( $f$ ) y la representación porcentual (%)

**Tabla 4.1. Distribución de los grupos en función de los CIBV en los que labora**

<b>Variables</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>Centros Infantiles del Buen Vivir:</b>		
Gotitas de Ternura	4	2,3%
La Fresitas	4	2,3%
Las Pequitas	4	2,3%
Los Pitufos	6	3,4%
Senderitos de Miel	4	2,3%
Simón Bolívar I	5	2,9%
Simón Bolívar II	4	2,3%
El Belén	4	2,3%
Dulces Sonrisas	8	4,6%
Refugio de Dios	4	2,3%
Miguítas de Ternura	6	3,4%
San Jacinto de Izamba	5	2,9%
La Dolorosa	5	2,9%
La Florida	5	2,9%
Ricchamuy	5	2,9%
Las Espiguitas	5	2,9%
Sumac Wasi	4	2,3%
Sumak Kausay	5	2,9%
Las Manzanitas	4	2,3%
Las Moritas	5	2,9%
Amiguitos	4	2,3%
Nuestra señora de la elevación	5	2,9%
Parvulitos soñadores	5	2,9%
Dulces Abejitas	4	2,3%
Mis Primeros pasos ecológicos	4	2,3%
Los Patitos	5	2,9%
Mi Mundo Feliz	5	2,9%
Pequeños Traviosos	5	2,9%
Plaza Mayorista	5	2,9%
Estrellitas	4	2,3%
Mashi Pura	4	2,3%
Las Palomitas	4	2,3%
Bambinos	5	2,9%
Manantial de Vida	5	2,9%
Edad de Oro	5	2,9%
Blanca Martínez Mera	10	5,7%
Nota: 175 observaciones		

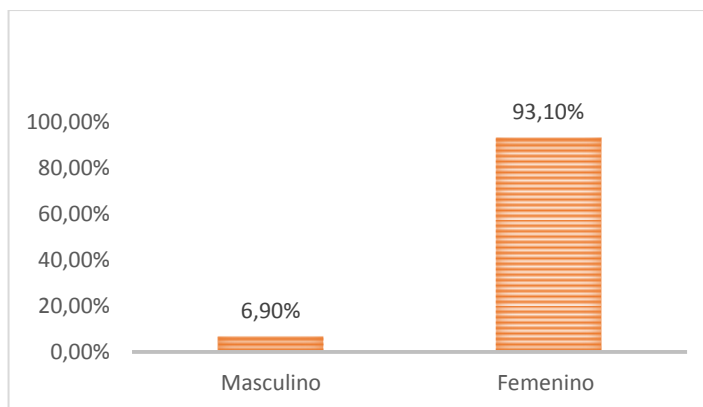
En la variable Centros Infantiles del Buen Vivir, se puede determinar que: el 5,7% representa al CIBV “Blanca Martínez Mera”, 4,6% “Dulces Sonrisas”, 3,4% “Miguítas de Ternura”, 3,4% “Los Pitufos”, 2,9% “Edad de Oro”, 2,9% “Manantial de

*Vida*", 2,9% "*Bambinos*", 2,9% "*Plaza Mayorista*", 2,9% "*Pequeós Traviesos*", 2,9% "*Mi Mundo Feliz*", 2,9% "*Los Patitos*", 2,9% "*Parvulitos Soñadores*", 2,9% "*Nuestra Señora de la Elevación*", 2,9% "*La Moritas*", 2,9% "*Sumak Kausay*", 2,9% "*La Espiguitas*", 2,9% "*Ricchamuy*", 2,9% "*La florida*", 2,9% "*La Dolorosa*", 2,9% "*San Jacinto de Izamba*", 2,9% "*Simon Bolívar I*", 2,3 % "*La Palomitas*", 2,3 % "*Mashipura*", 2,3 % "*La Estrellitas*", 2,3 % "*Mis Primeros Pasos Ecológicos*", 2,3 % "*Dulces Abejitas*", 2,3 % "*Amiguitos*", 2,3 % "*La Manzanitas*", 2,3 % "*Sumak Wasi*", 2,3 % "*Refugio de Dios*", 2,3 % "*El Belén* ", 2,3 % "*Simón Bolívar II*", 2,3 % "*La Pequitas*", 2,3 % "*La Fresitas*", 2,3 % "*Gotitas de Ternura*" y el 2,3 % al CIBV "*Senderitos de Miel*". La muestra mayoritaria de trabajadores/as es en el Centro infantil del Buen Vivir "Blanca Martínez Mera", en comparación con los otros Centros Infantiles del Cantón Ambato, de tal forma que el CIBV con más trabajadores/ as y niños/as se encuentra en el del sector urbano.

**Tabla 4.2. Distribución de los grupos en función de las variables individual**

<b>Variables</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>Sexo:</b>		
Masculino	12	6,9%
Femenino	163	93,1%
<b>Profesión:</b>		
Educación Básica	30	17,1%
Educación Parvularia	61	34,9%
Estimulación Temprana	16	9,1%
Otros	68	38,9%
<b>Estado civil:</b>		
Soltero	72	41,1%
Casado	67	38,3%
Divorciado	9	5,1%
Viudo	1	6%
Unión Libre	26	14,9%
<b>Situación Económica:</b>		
Muy buena	5	2,9%
Buena	132	75,4%
Regular	37	21,1%
Mala	1	6%
<b>Economía de otra Fuente:</b>		
Si	33	18,9%
No	142	81,1%
<b>Organización Familiar:</b>		
Padres	47	26,9%
Madre	9	5,1%
Solo	4	2,3%
Esposo	23	13,1%
Hijos	34	19,4%
Otros	3	1,7%
Esposo e Hijos	55	31,4%
<b>Edad:</b>		
M	Des. Tip.	
<b>30,23</b>	<b>6,145</b>	
Nota: 175 Observaciones		

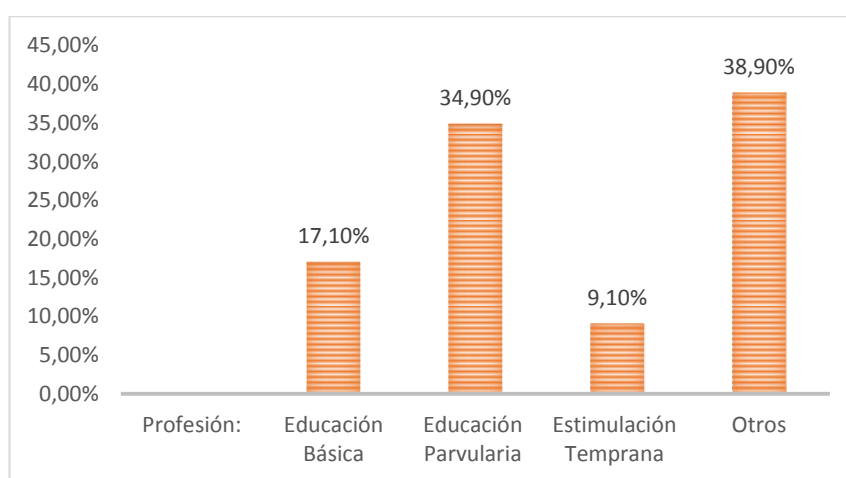
En la variable sexo se encontró que los participantes de los Centros Infantiles de Buen Vivir del Cantón Ambato, se encuentra integrados por los hombres que corresponden al 6,9%, mientras que la mujeres corresponde al 93,1%.



**Gráfico 4.1.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del sexo.

La representación gráfica muestra una presencia mayoritaria de trabajadores perteneciente al sexo femenino, en relación al sexo masculino. Esto indica que hay una considerable presencia del género femenino en los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato. Según el estudio realizado por Pautassi (2010) refiere que “los rasgos de personalidad y estrategias de cuidado de las mujeres hacen que su orientación profesional sea dirigida al desempeño dentro de guarderías, jardines maternos y desarrollo educativo de niños/as” (p. 17), de tal manera, que el sexo femenino es predominante para este tipo de actividades, ya que las mujeres presentan mayor autonomía, preocupación y entrega para brindar su servicio profesional a tramos asociados con el cuidado de niños y niñas.

En la variable profesión se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 38,9% de los participantes poseen otras profesiones, el 34,9% posee licenciatura en Educación Parvularia, el 17,1% tiene licenciatura en Educación Básica y el 9,1% representa a los profesionales con licenciatura en Estimulación Temprana.

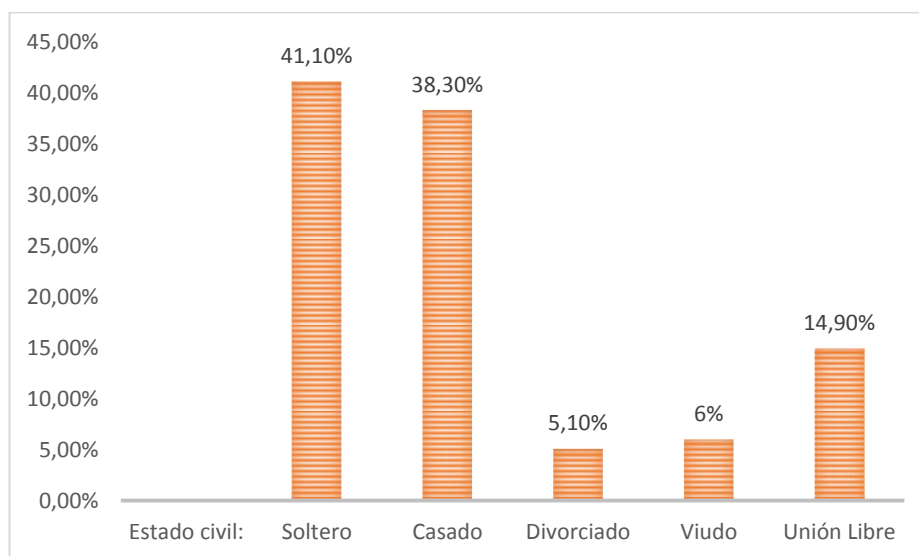


**Gráfico 4.2.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la profesión.

La representación gráfica muestra una presencia mayoritaria de trabajadores con otras profesiones, seguidamente de los profesionales en Educación Parvularia, consecuentemente de Educación Básica y Estimulación Temprana. Esto indica que hay una presencia considerable de trabajadores/as con otro tipo de profesiones que no necesariamente se orientan a las ciencias de la salud o educación. El cuidado infantil según Larrinoa (2001) manifiesta que: “se da por medio de profesionales, parientes, amigos o conocidos, que asuman las tareas de cuidados básicos y atención con remuneración laboral” (p.80), de tal manera que las personas brindan sus servicios para fortalecer las ramas de apoyo que se brindan dentro de los CIBV, es

por esta razón que la ministra coordinadora del desarrollo social Vaca (2016) menciona que “el Ministerio de Inclusión Económica y Social ha capacitado a 12 mil educadoras para mejorar la calidad de los servicios; y profesionalizarlas” (párr. 13), es así, que mediante esta iniciativa del MIES se requiere profesional capacitado para mejorar la calidad de servicio que se brinda dentro de los Centros Infantiles del Buen Vivir.

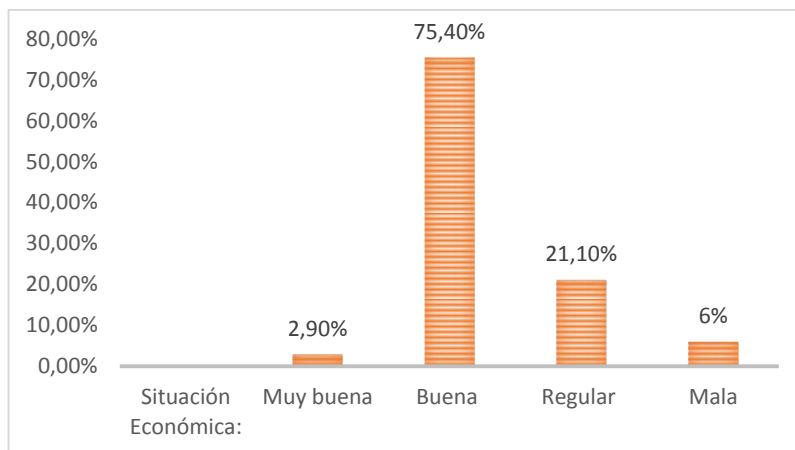
En la variable estado civil se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 41,1% tiene estado civil soltero, el 38,3% posee un estado civil casado, el 14,9% está relacionado con el estado civil destinado a unión libre, el 6% corresponde a los participantes con estado civil viudo y el 5,1% ostentan un estado civil divorciado.



**Gráfico 4.3.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función del estado civil.

La representación gráfica muestra una presencia mayoritaria de trabajadores/as con estado civil soltero, consecuentemente se evidencia trabajadores/as con estado civil casado, unión libre, viudo y divorciado. Esto quiere decir que existe un porcentaje considerable de participantes solteros/as, debe recalcar que la gran mayoría de trabajadores/as son solteros pero tienen hijos (padres solteros) dentro de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato. Según el psicólogo argentino Isura (2014) refiere que “las personas usualmente tienen una tendencia al individualismo, lo que ocasiona que se forme una desconexión con el prójimo” (párr. 9), no obstante este puede ser uno de los motivos principales para que exista mayoritaria población soltera, sin embargo en la actualidad, se observa una gran cantidad de ofertas laborales que solicitan población de este tipo, ya que a través de la misma se obtiene más dedicación en ámbitos laborales y se deja de lado las demandas familiares.

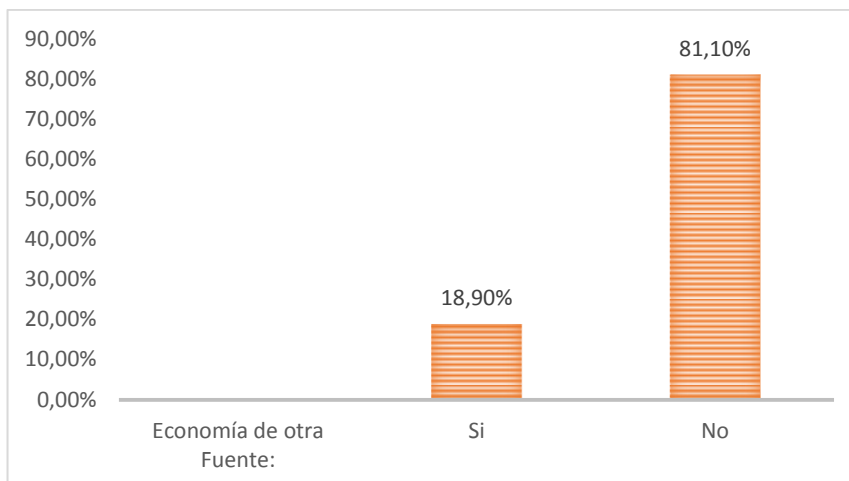
En la variable situación económica se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 75,4% corresponde a una situación económica buena, el 21,1% representa a una situación económica regular, el 6% equivale a una situación económica mala y el 2,9% hace alusión a una situación económica muy buena.



**Gráfico 4.4.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función de la situación económica.

La representación gráfica indica que mayoritariamente los trabajadores/as consideran a su situación económica como buena, seguida de una situación regular, mala y muy buena. Dicho de otro modo, la situación económica de los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato es buena. Según Rogero (2010) refiere que “el cuidador profesional y receptor se caracterizan por una neutralidad afectiva y emocional” (p. 81), con respecto a ello, la satisfacción de los trabajadores/as personalmente y económicamente se encuentra en la normalidad, ya que a través de los resultados obtenidos en la gráfica, se refleja conformidad personal de manera general.

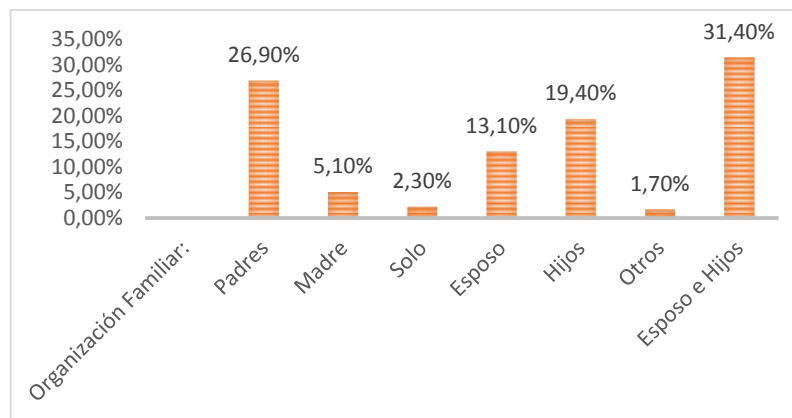
En la variable economía de otra fuente, se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 81,1% no recibe ingreso económico de otra fuente y el 18,9% si recibe.



**Gráfico 4.5.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función al ingreso económico de otra fuente.

La representación gráfica indica que mayoritariamente los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato no reciben ingresos económicos de otra fuente.

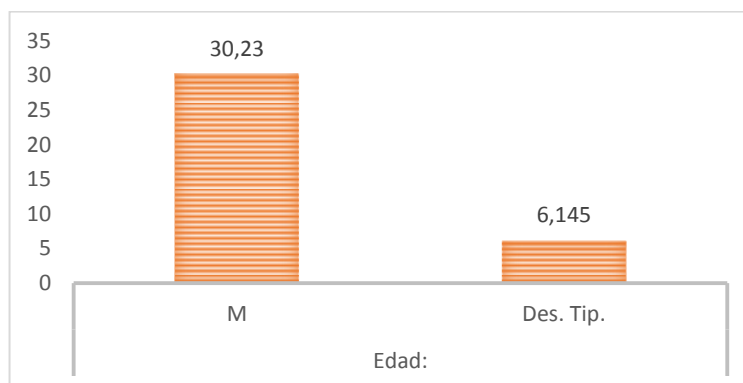
En la variable organización familiar se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, se encuentran organizados el 31,4% viven con esposo/a e hijos/as, el 26,9% viven con padres, el 19,4% vive con hijos/as, el 13,1% vive con esposo/a, el 5,1% vive con la madre, el 2,3% vive solo/a y el 1,7% vive con otras personas.



**Gráfico 4.6.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a la organización familiar.

La representación gráfica indica que mayoritariamente los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato se encuentran organizados principalmente por esposo/a e hijos/as, padres, hijos/as, esposo/a, madre, solo/a y otros familiares. De tal manera que la organización familiar de los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, es por esposo/as e hijos/as.

En la variable edad se encontró entre los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato que la edad promedio corresponde  $M= 30,23$ ,  $Ds=6,145$ .



**Gráfico 4.7.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a la edad.

La representación gráfica indica que la edad promedio de los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato oscila entre 30,23 años.

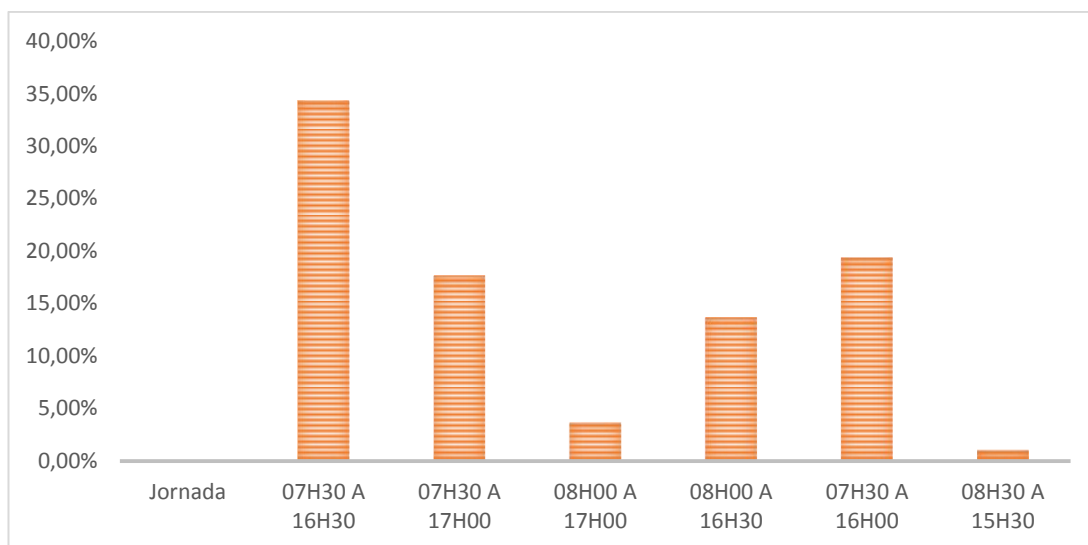
**Tabla 4.3. Distribución de los grupos en función a los horarios que laboran**

<b>Variables</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
<b>Trabaja:</b>		
Si	175	100%
<b>Estudia y trabaja:</b>		
Si	12	6,9%
No	163	93,1%
<b>Horas de Trabajo:</b>		
Ocho	10	5,7%
Nueve	2	1,1%
<b>Días de Trabajo</b>		
Cinco	12	6,9%
<b>Jornada</b>		
07H30 A 16H30	60	34,3%
07H30 A 17H00	31	17,7%
08H00 A 17H00	24	3,7%
08H00 A 16H30	24	13,7%
07H30 A 16H00	34	19,4%
08H30 A 15H30	2	1,1%

Nota: 175 observaciones

En la variable trabajo se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 100% actualmente se encuentra trabajando.

En la variable jornada se puede evidenciar que los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 34,3% cumple un horario de trabajo de 07H30 A 16H30, el 19,4% de 07H30 A 16H00, el 17,7% de 07H30 A 17H00, el 13,7% de 08H00 A 16H30, el 3,7% de 08H00 A 17H00 y el 1,1% de 08H30 A 15H30.



**Gráfico 4.8.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a la jornada de trabajo.

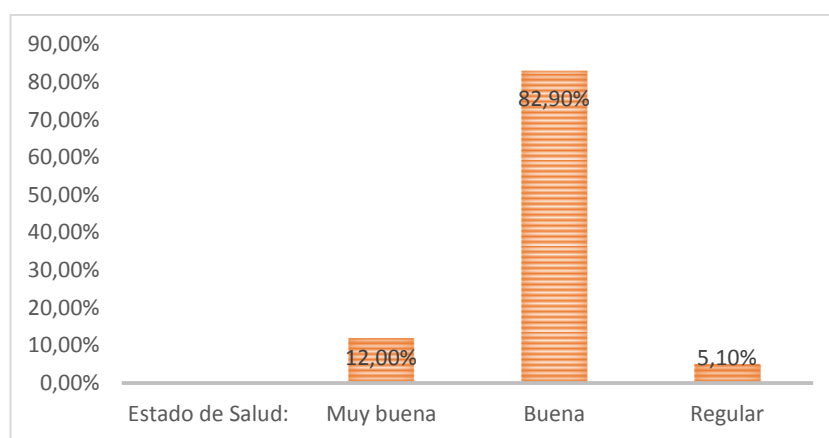
La representación gráfica indica que la mayoría de los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, cumple un horario laboral desde las 07H30 hasta las 16H30, en relación a los otros horarios laborables.

**Tabla 4.4 Distribución de los grupos en función al Bienestar Personal**

Variables	Frec.	%
<b>Estado de Salud:</b>		
Muy buena	21	12,0%
Buena	145	82,9%
Regular	9	5,1%
<b>Tratamiento Psicológico:</b>		
No	175	100%
<b>Tratamiento Psiquiátrico:</b>		
No	175	100%
<b>Antecedentes Psicológicos Personales:</b>		
Si	3	1,7%
No	172	98,3%
<b>Trastornos de Ánimo:</b>		
Si	3	1,7%
No	172	98,3%
<b>Antecedentes Psicológicos Familiares:</b>		
Si	2	1,1%
No	173	98,9%
<b>Trastorno de Ánimo:</b>		
Si	2	1,1%
No	173	98,9%

Nota: 175 Observaciones

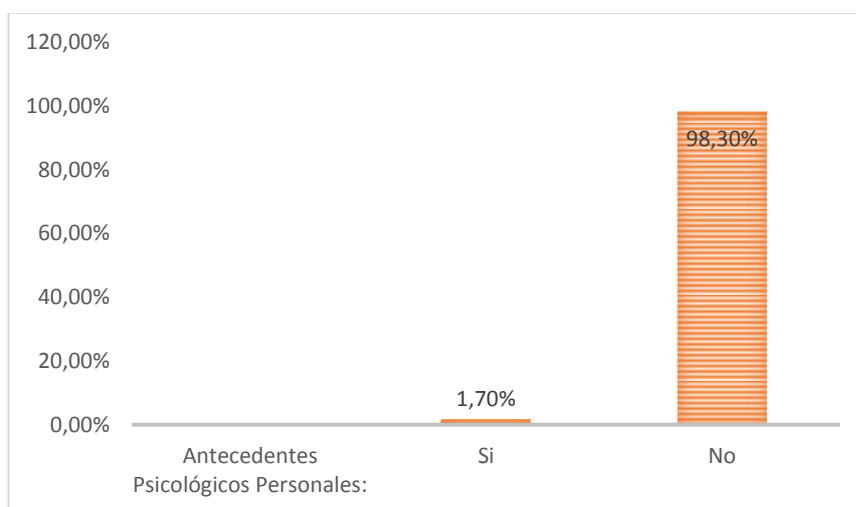
En la variable estado de salud se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 82,9% posee un estado de salud bueno, el 12,0% muy bueno y el 5,1% un estado de salud regular.



**Gráfico 4.9.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función al estado de salud.

La representación gráfica indica que la mayoría de participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, considera que tiene un estado de salud bueno en relación con las otras áreas relacionadas a los aspectos de salud. Según Sánchez (2011) manifiesta que “el papel que juega un cuidador no es una tarea fácil, implica una serie de compromisos, dirigidos a contribuir con el bienestar de niños/as” (p.84), de tal forma que la función del cuidador es brindar comodidad y seguridad a los niños/as, y por ende el temperamento del cuidador a la hora de interactuar con los mismos debe ser relativo a ellos, para brindar tranquilidad y sentido de pertenencia dentro del ambiente en el que el infante se encuentre.

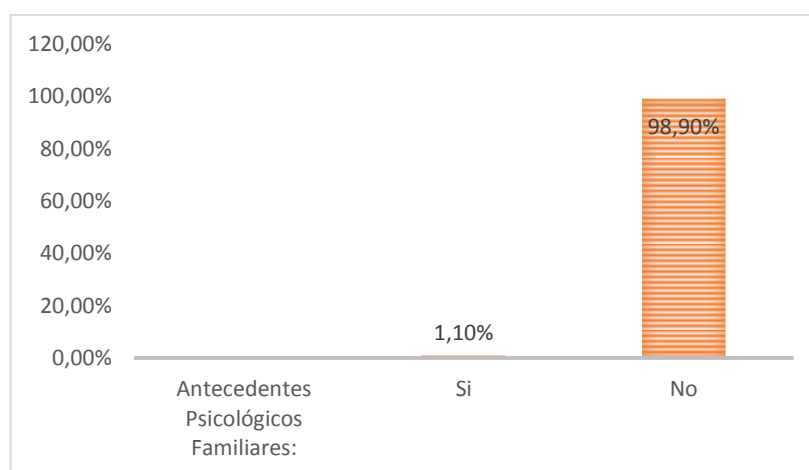
En la variable antecedentes psicológicos personales se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 98,3% no posee antecedentes y el 1,7% si posee antecedentes.



**Gráfico 4.10.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a los antecedentes psicológicos personales.

La representación gráfica indica que la mayoría de los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, no posee antecedentes psicológicos personales.

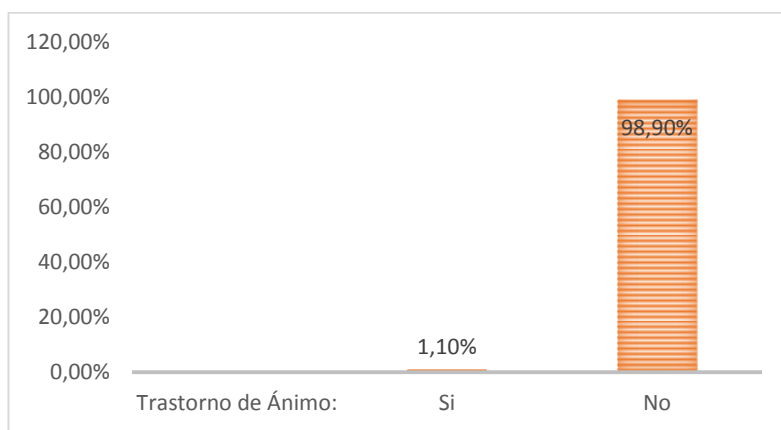
En la variable antecedentes psicológicos familiares se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 98,9% no posee antecedentes familiares y el 1,1% si posee antecedentes psicológicos familiares.



**Gráfico 4.11.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a los antecedentes psicológicos familiares.

La representación gráfica indica que la mayoría de los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, no posee antecedentes psicológicos familiares.

En la variable trastornos del ánimo, dentro de los antecedentes psicológicos familiares se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 98,9% no presentan trastornos de ánimo, mientras que, el 1,1% si presenta trastornos del estado de ánimo.



**Gráfico 4.12.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a los trastornos del estado del ánimo.

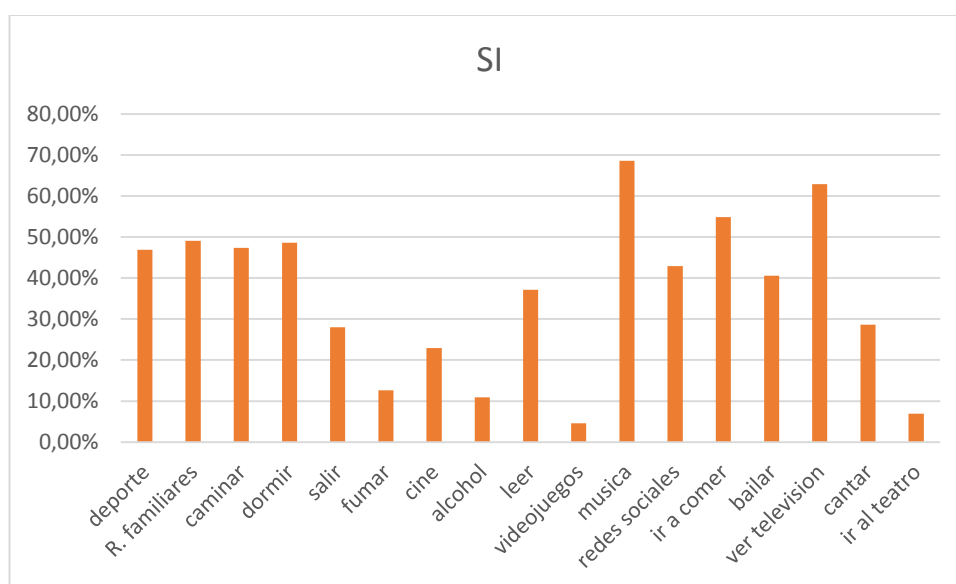
La representación gráfica indica que la mayoría de los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, no posee trastornos del estado de ánimo debido a antecedentes psicológicos familiares.

**Tabla 4.5. Distribución de los grupos en función a la Calidad de Vida**

Actividades Extras	Si	No
Hacer Deporte	46,90%	53,10%
Reuniones Familiares	49,10%	50,90%
Caminar	47,40%	52,60%
Dormir	48,60%	51,40%
Salir con amigos	28%	72%
Fumar	12,60%	87,40%
Cine	22,90%	77,10%
Alcohol	10,90%	89,10%
Leer	37,10%	62,90%
Videojuegos	4,60%	95,40%
Música	68,60%	31,40%
Redes Sociales	42,90%	57,10%
Ir a comer	54,90%	45,10%
Bailar	40,60%	54,90%
Ver la Televisión	62,90%	37,10%
Cantar	28,60%	71,40%
Ir al teatro	6,90%	93,10%

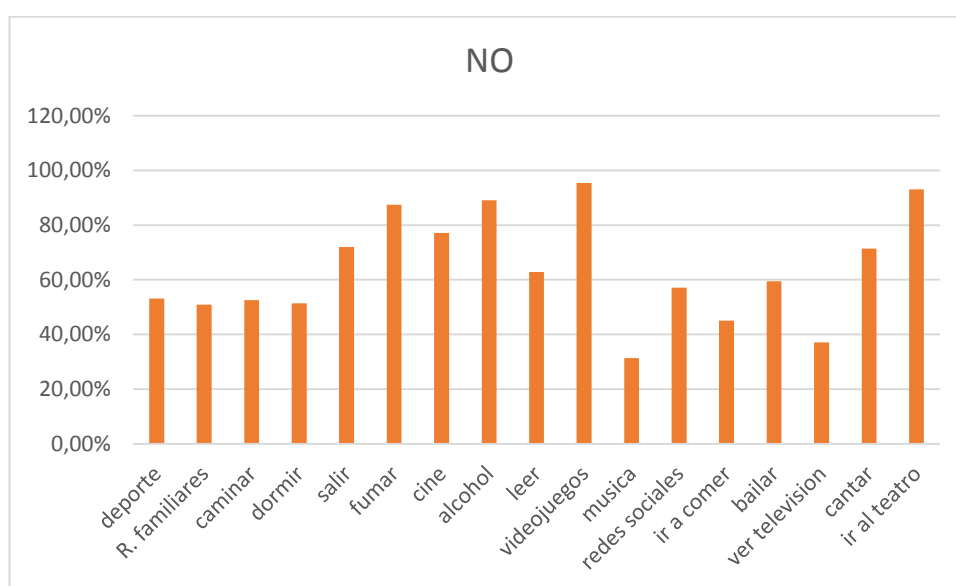
Nota: 175 Observaciones

En la variable actividades extras se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, el 100% realiza actividades extras, ya sea en mayor o menor frecuencia.



**Gráfico 4.13.** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a las actividades extras que realizan con más frecuencia.

En la variable actividades extras de mayor interés se encontró que los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, suelen escuchar música, salir a bailar y ver televisión, estas son las actividades más sobresalientes en comparación a las otras.



**Gráfico 4.14** Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio en función a las actividades extras que realizan con más frecuencia.

En la variable actividades extras de menor interés para los participantes de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, son: fumar, beber alcohol, videojuegos e ir al teatro.

### **4.3 Análisis de la Medición de la Ansiedad**

La ansiedad es una respuesta adaptativa según Ortega (2013) menciona que “es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, más frecuente en el ser humano, siendo esta una emoción complicada y displacentera” (p.14-15), de tal manera que la ansiedad suele aflorar ante diversas circunstancias y con diferente sintomatología causando malestar al individuo que la posee.

La medición de este constructo para el caso de la presente evaluación comprendió la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo de Spielberger Gorshuch y Lushene (1980), la Escala de Ansiedad de Hamilton (1959) y El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (1994).

A continuación se procede al análisis de resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos de evaluación relacionados a la Ansiedad.

#### **4.3.1 Análisis de la Fiabilidad de la Escala de Ansiedad de Hamilton**

El análisis de la fiabilidad de la Escala de Ansiedad de Hamilton, se establecerá a través de la utilización del Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), con el que se busca considerar la fiabilidad de dicho instrumento a partir del número de ítems que conforman la escala.

#### **A. Consistencia Interna**

La consistencia interna con el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) según la autora Medina (2014) “es una medida directa de confiabilidad e indirecta de

validez de constructo, dado que es una estimación de la correlación que existe entre los ítems” (p.877), en este sentido se puede manifestar que la consistencia interna de la Escala de Ansiedad de Hamilton es la siguiente: (Ver tabla 4.6).

**Tabla 4.6. Análisis de la Consistencia Interna de la Escala de Ansiedad de Hamilton**

<b>Factores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Alfa</b>
Hamilton total	14	,848
Nota: 175 Observaciones		

En los catorce ítems que conforman la Escala de Ansiedad de Hamilton, se obtuvo una consistencia interna de  $\alpha = 0,84$ , lo que equivale a una consistencia interna buena. Esto muestra que la Escala de Ansiedad de Hamilton es confiable para la valoración de ansiedad.

#### **4.3.2 Análisis Descriptivo de la Escala de Ansiedad de Hamilton.**

La escala de ansiedad de Hamilton está compuesta por 14 ítems divididos en: estado de ánimo ansioso, tensión, temores, insomnio, intelectual (cognitivo), estado deprimido, síntomas somáticos generales (musculares), síntomas somáticos generales (sensoriales), síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios, síntomas autónomos y comportamiento en la entrevista. Estos ítems se encuentran valorados de la siguiente manera: 0 ausente, 1 leve, 2 moderado, 3 grave y 4 muy grave.

**Tabla 4.7. Análisis descriptivo de la Escala de Ansiedad de Hamilton**

Reactivo	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Total Hamilton	,00	43,00	7,6229	6,29957

Nota: 175 Observaciones

En la escala Ansiedad de Hamilton número mínimo *Mín.= 0 puntos* y como máximo. *Máx.=43*. La media total alcanzada correspondió a *M=7,62 puntos*; *Ds= 6,29 puntos*. Es importante tomar en cuenta que los resultados que se arrojaron dentro de esta escala fueron por el fenómeno de la deseabilidad social según Briñol (2001) refiere que “la deseabilidad social se entiende a la tendencia de las personas a presentarse ante los demás de una forma adecuada, es decir, de la forma más valorada socialmente” (parr.1), de tal manera que este fenómeno es conocido como (RSD) respuestas socialmente deseables, es así, que este tipo de resultados tienden a alterar la validez interna de los constructos, ya que los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir por temor hacer despedidos de sus trabajos, temor a las represalias o por el mismo hecho de trabajar en una institución pública, no se presentaron de una forma honesta al momento de la aplicación, causando el (RDS), ya que es una predisposición individual mediante la cual el individuo busca obtener una evaluación favorable.

### 4.3.3 Distribución por Categorías Diagnósticas de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

En el análisis de categorías diagnósticas, de acuerdo al patrón de respuesta se puede considerar tres categorías de niveles de ansiedad Hamilton:

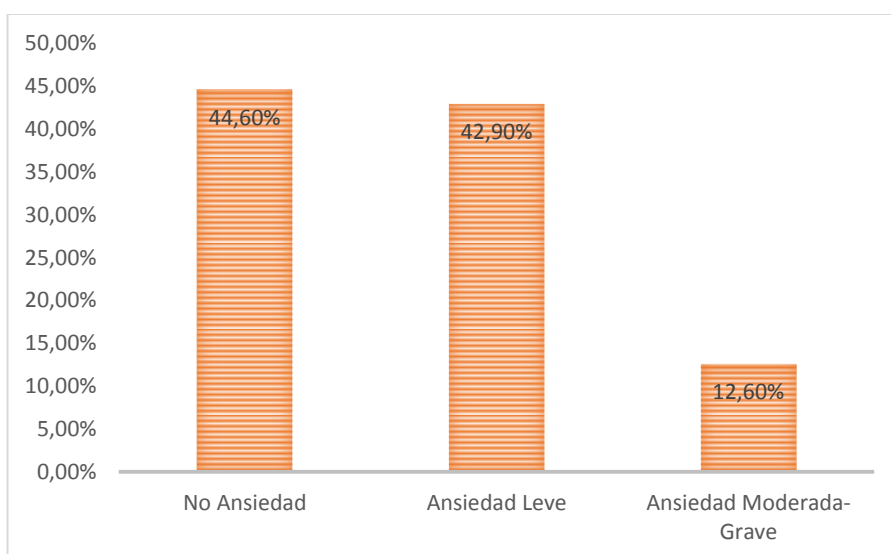
- No ansiedad: puntuaciones iguales o menores a 5 puntos.
- Ansiedad leve: puntuaciones entre 6 a 14 puntos.
- Ansiedad moderada- grave: puntuaciones superiores a 15 puntos.

**Tabla 4.8. Distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas**

Niveles	Frecuencia	%	P.Corte
No Ansiedad	78	44,6%	15
Ansiedad Leve	75	42,9%	
Ansiedad Moderada-Grave	22	12,6%	

Nota: 175 Observaciones

En la categoría no ansiedad se encontraron un 44,6% de los casos participantes; un 42,9% muestran ansiedad leve y un 12,6% presentan ansiedad moderada- grave.



**Gráfico 4.15. Representación gráfica de la distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas de ansiedad de Hamilton.**

El gráfico muestra que la mayoría de trabajadores/as, no presentan ansiedad, es decir pueden existir factores ansiosos que la generen, pero al no existir alta predisposición personal hace que esta sintomatología no se desencadene en trastornos, de tal manera que esto no depende de las circunstancias, sino de la personalidad del sujeto y su respuesta ante un evento que se presente. Tomando en cuenta la investigación de Paino se corroboran los resultados obtenidos, mencionando que:

Los síntomas de ansiedad se pueden encontrar presentes en población general sin estar asociados inevitablemente a un cuadro clínico, en este sentido, la sintomatología ansiosa se vería como una dimensión psicológica que oscila a lo largo de un continuum de gravedad, situándose en su polo más extremo el trastorno psicopatológico. (Paino, 2012, parr. 18)

Sin embargo si existe la prevalencia de sintomatología ansiosa en el contexto en donde se desempeñan los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir, aunque no se desencadena la sintomatología en un trastorno, si se podrían realizar intervenciones de control y manejo de la ansiedad, con el fin de aminorar su posible impacto.

#### **4.4 Análisis de la Fiabilidad de la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo**

El análisis de la fiabilidad de la escala de ansiedad estado- rasgo se realizará a través de la utilización del Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), con el que se busca considerar la fiabilidad de dicho instrumento a partir del número de ítems que conforman la escala.

## B. Consistencia Interna

En el análisis de la consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y basándonos en los criterios de Molina (2002) para evaluar los coeficientes de Cronbach, se obtuvieron los siguientes resultados dentro de la escala de Ansiedad Estado-Rasgo. (Ver tabla 4.9).

**Tabla 4.9. Análisis de la Consistencia Interna de la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo**

Factores	Ítems	Alfa
ESTADO	20	,591
RASGO	20	,489

Nota: 175 Observaciones

La categoría de ansiedad estado está conformada por 20 ítems, mediante la cual se obtuvo una consistencia interna de  $\alpha=0,59$ , lo que equivale a una consistencia pobre y la categoría de ansiedad rasgo con 20 ítems, se obtuvo una consistencia interna de  $\alpha=0,48$ , lo que corresponde a una consistencia inaceptable. Se debe tomar en cuenta que los participantes de la investigación fueron 175 y de esto también depende la valoración de la misma, ya que a mayor cantidad de participantes mejora la consistencia interna de la escala.

### 4.4.1 Análisis Descriptivo de la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo.

La escala de ansiedad estado- rasgo, se compone de 40 ítems y está formado por dos partes: la primera ansiedad estado con 20 ítems, y la segunda ansiedad rasgo con 20 ítems.

La puntuación a continuación corresponde el puntaje mínimo (*mín.*), el puntaje máximo (*máx.*), la media aritmética (*M*) y la desviación estándar (*Ds*).

**Tabla 4.10. Análisis Descriptivo de la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo**

<b>Escala</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
Ansiedad Estado	22,00	57,00	39,0743	7,60143
Ansiedad Rasgo	17,00	53,00	33,4971	7,62473

Nota: 175 observaciones

En la escala ansiedad estado número mínimo. *Mín.* = 22 puntos y como máximo.

*Máx.* = 57. La media total alcanzada correspondió a *M* = 39,07 puntos; *Ds* = 7,60

puntos. En la escala ansiedad rasgo *Mín.* = 17 puntos y como máximo. *Máx.* = 53. La

media total alcanzada correspondió a *M* = 33,49 puntos; *Ds* = 7,62 puntos.

#### **4.4.2 Distribución por Categorías Diagnósticas de la Escala de Ansiedad Estado- Rasgo.**

En el análisis de categorías diagnósticas, de acuerdo al patrón de respuesta se puede considerar tres categorías de niveles de ansiedad en relación al estado:

- Bajo: puntuaciones iguales o menores a 30 puntos.
- Mediano: puntuaciones entre 31 a 44 puntos.
- Alto: puntuaciones superiores a 45 puntos.

## A. Análisis Categórico de la Escala de Ansiedad Estado

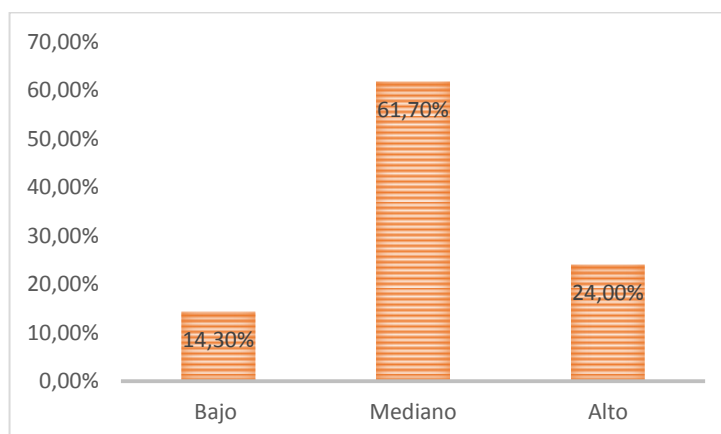
En el análisis categórico de la Escala de Ansiedad Estado se obtuvieron los siguientes resultados. (Ver tabla 4.11)

**Tabla 4.11. Distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas**

Categorías- estado	Frecuencia	%	P.Corte
Bajo	25	14,3%	44
Mediano	108	61,7%	
Alto	42	24,0%	

Nota: 175 Observaciones

En la escala de ansiedad estado, tomando en cuenta la categoría de ansiedad bajo se encontró que los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir un 14,3% pertenece a dicho nivel, mientras que en la categoría de ansiedad media se encuentra el 61,7% y en la categoría ansiedad alto se encuentra el 24,0% de trabajadores/as.



**Gráfico 4.16.** Representación gráfica de la distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas de ansiedad estado.

El gráfico muestra que la mayoría de trabajadores/as presenta niveles medios de ansiedad estado. Autores como Spielberger (1972) definen a la ansiedad estado como “una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar y tiende a fluctuar a lo largo del tiempo” (parr. 3), es decir la ansiedad estado se caracteriza básicamente por la presencia de sentimientos subjetivos como tensión y miedo, lo cual ante una situación amenazante activan al sistema nervioso autónomo.

### **B. Análisis Categórico de la Escala de Ansiedad Rasgo**

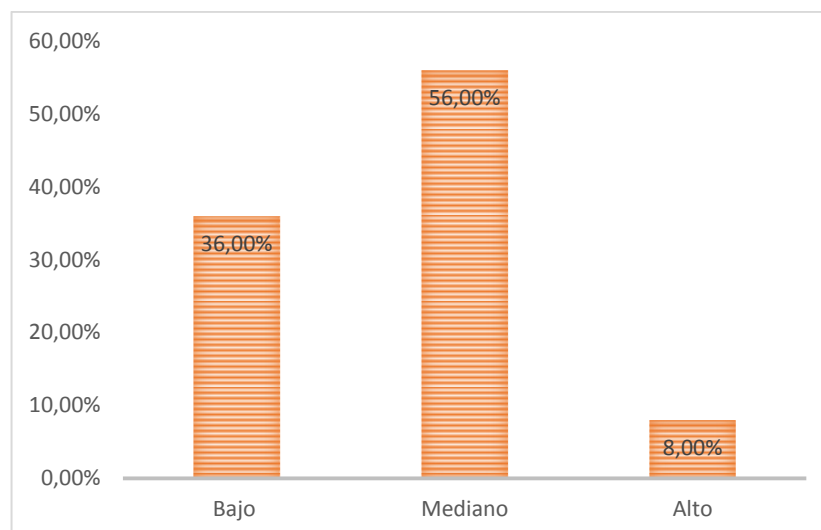
En el análisis categórico de la Escala de Ansiedad Rasgo se obtuvieron los siguientes resultados. (Ver tabla 4.12)

**Tabla 4.12. Distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas**

<b>Categorías - rasgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>P. Corte</b>
Bajo	63	36,0%	44
Mediano	98	56,0%	
Alto	14	8,0%	

Nota:175 Observaciones

En la escala de ansiedad rasgo en la categoría de ansiedad baja se encontraron un 36,0% de los casos participantes; un 56,0% muestran ansiedad rasgo medio y un 8,0% presentan un nivel alto de ansiedad rasgo.



**Gráfico 4.17.** Representación gráfica de la distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas de ansiedad rasgo

El gráfico muestra que los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir, arrojaron resultados pertenecientes a ansiedad de nivel medio, de tal manera que autores como Spielberg (1972) mencionan que “la ansiedad rasgo hace referencia a un comportamiento predispuesto del individuo a percibir un amplio número de situaciones como amenazantes, que es permanente en el tiempo” (p.5), es así que la ansiedad rasgo, es característica de la personalidad del individuo, es decir es relativamente estable con el paso del tiempo y ante diversas situaciones, mostrando así, reacciones de ansiedad intensas y frecuentes. Los resultados muestran que los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato puntúan la ansiedad rasgo como media, pero hay mayor relevancia de resultados en la ansiedad estado.

## 4.5 Análisis de la Fiabilidad del Inventario SCL 90-R

Con la finalidad de verificar el grado de confiabilidad del instrumento SCL 90-R, se utilizó el Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), para de esta manera conocer si el inventario logro medir el constructo que pretendía medir en cuanto a los síntomas psicopatológicos.

### C. Consistencia Interna

En el análisis de la consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y basándonos en los criterios de Frías (2014) quien parte de resultados obtenidos a través del programa spss, y tomando en cuenta el análisis de la fiabilidad de un instrumento de medida para evaluar los coeficientes de Cronbach, se obtuvieron los siguientes resultados dentro de la del Inventario SCL 90-R. (Ver tabla 4.13).

**Tabla 4.13. Análisis de la Consistencia Interna del Inventario SCL 90-R**

<b>Factores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Alfa</b>
Somatizaciones	17	,839
Obsesiones y compulsiones	17	,820
Sensitividad interpersonal	10	,788
Depresión	10	,689
Ansiedad	10	,762
Hostilidad	6	,660
Ansiedad fóbica	7	,658
Ideación Paranoide	8	,594
Psicoticismo	10	,764

Nota: 175 Observaciones

El inventario SCL 90-R está conformado por 90 ítems, los cuales se dividen en las siguientes categorías: somatizaciones con 17 ítems posee una consistencia interna de

$\alpha=0,83$  lo que equivale a una consistencia buena, en obsesiones y compulsiones con 17 ítems existe una consistencia interna de  $\alpha=0,83$  lo que equivale a una consistencia buena, sensibilidad interpersonal con 10 ítems posee una consistencia interna de  $\alpha=0,78$  lo que equivale a una consistencia aceptable, la categoría de depresión con 10 ítems posee una consistencia interna de  $\alpha=0,68$  lo que equivale a una consistencia cuestionable, la categoría de ansiedad con 10 ítems posee una consistencia interna de  $\alpha=0,76$  lo que equivale a una consistencia aceptable, el apartado de hostilidad con 6 ítems posee una consistencia interna de  $\alpha=0,66$  lo que equivale a una consistencia cuestionable, la categoría de ansiedad fóbica con 7 ítems posee una consistencia interna de  $\alpha=0,65$  lo que equivale a una consistencia cuestionable, el apartado de ideación paranoide con 8 ítems posee una consistencia interna  $\alpha=0,59$  lo que equivale a una consistencia pobre y por último la categoría de psicoticismo con 10 ítems posee una consistencia interna de  $\alpha=0,76$  lo que equivale a una consistencia aceptable.

#### **4.5.1 Análisis Descriptivo del Inventario SCL 90-R**

El inventario SCL- 90R está compuesto por 90 ítems divididos en grupos como son: somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Estos ítems se encuentran valorados de la siguiente manera: 0 nada, 1 muy poco, 2 poco, 3 bastante y 4 mucho.

**Tabla 4.14. Análisis Descriptivo del Inventario de Síntomas SCL-90R**

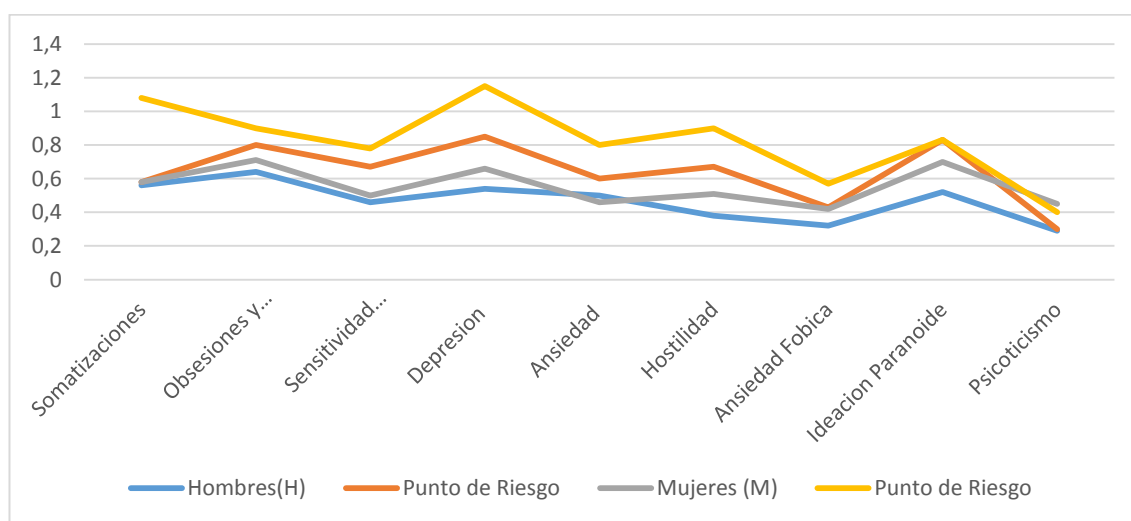
Reactivo	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Somatizaciones	,00	2,58	0,58	0,45
Obsesiones y compulsiones	,00	2,20	0,70	0,50
Sensitividad interpersonal	,00	2,00	0,49	0,42
Depresión	,00	2,38	0,65	0,41
Ansiedad	,00	2,20	0,47	0,40
Hostilidad	,00	2,00	0,50	0,43
Ansiedad fóbica	,00	2,00	0,42	0,40
Ideación Paranoide	,00	2,17	0,69	0,44
Psicoticismo	,00	1,90	0,44	0,41
Índice global de severidad	,05	1,92	0,55	0,36
Índice positivo de malestar	4,00	90,00	35,88	18,22
Total de síntomas positivos	0,83	2,65	1,35	0,27

Nota: 175 Observaciones

Tomando en cuenta a la población en general se obtiene los siguientes resultados, en la categoría de somatizaciones el mínimo fue de *Mín.=0 puntos*, un máximo de *Máx.= 2,58 puntos*, una media total de *M=0,58 puntos* y la desviación típica corresponde a *Ds=0,45 puntos*, en el apartado de obsesiones y compulsiones se observa una puntuación mínima de *Min=0 puntos*, un máximo de *Máx.= 2,20 puntos*, una media de *M= 0,70 puntos* y una desviación típica perteneciente a *Ds=0,50 puntos*. En la categoría de sensibilidad interpersonal se obtuvo como mínimo *Mín.= 0 puntos*, un máximo de *Máx.= 2,00 puntos*, una media de *M= 0,49 puntos* y una desviación típica de *Ds=0,42 puntos*, en el apartado de depresión el mínimo fue de *Mín.=0 puntos* un máximo de *Máx.= 2,38 puntos*, una media total de *M=0,65 puntos* y la desviación típica corresponde a *Ds=0,41 puntos*, en el apartado de ansiedad el mínimo fue de *Mín.=0 puntos*, un máximo de *Máx.= 2,20 puntos*, una

media total de  $M=0,47$  puntos, una desviación típica correspondiente a  $Ds=0,40$  puntos. En la categoría hostilidad el mínimo fue de  $Mín.=0$  puntos, un máximo de  $Máx.= 2,00$  puntos, una media total de  $M=0,50$  puntos, una desviación típica correspondiente a  $Ds=0,43$  puntos, en el apartado de ansiedad fóbica se obtuvo como mínimo  $Mín.= 0$  puntos, un máximo de  $Máx.= 2,00$  puntos, una media de  $M= 0,42$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,40$ . En la categoría ideación paranoide el mínimo fue de  $Mín.=0$  puntos, un máximo de  $Máx.= 2,17$  puntos, una media total de  $M=0,69$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,44$  puntos, en el apartado de psicotismo se obtuvo como mínimo  $Mín.= 0$  puntos, un máximo de  $Máx.= 1,90$  puntos, una media de  $M= 0,44$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,41$ . Dentro del índice global de severidad el mínimo fue de  $Mín.=0,05$  puntos, un máximo de  $Máx.= 1,92$  puntos, una media total de  $M=0,55$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,36$  puntos, el índice positivo de malestar el mínimo fue de  $Mín.=4,00$  puntos, un máximo de  $Máx.=0,90$  puntos, una media total de  $M=0,35$  puntos y una desviación típica correspondiente a  $Ds=0,18$  puntos y en el índice total de síntoma positivos se obtuvo como mínimo  $Mín.= 0,83$  puntos, un máximo de  $Máx.= 2,65$  puntos, una media de  $M= 1,35$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,27$ . Al evidenciar puntuaciones mínimas de 0 dentro de las nueve áreas que evalúa el inventario se estaría hablando de la presencia del fenómeno conocido como *deseabilidad social* según Briñol (2001) refiere que: “la *deseabilidad social* se entiende a la tendencia de las personas a presentarse ante los demás de una forma adecuada, es decir, de la forma más valorada socialmente” (parr.1), de tal manera que este fenómeno es conocido como (RSD) *respuestas socialmente deseables*, es así, que este tipo de resultados tienden a alterar la validez interna de los constructos, ya que los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir por temor hacer

despedidos de sus trabajos, o temor a las represalias o por el mismo hecho de trabajar en una institución pública, no se presentaron de una forma honesta al momento de la aplicación, causando el (RDS), ya que es una predisposición individual mediante la cual el individuo busca obtener una evaluación favorable.



**Gráfico 4.18.** *Clave: Población Mujeres, Hombres -Punto de Riesgo.*

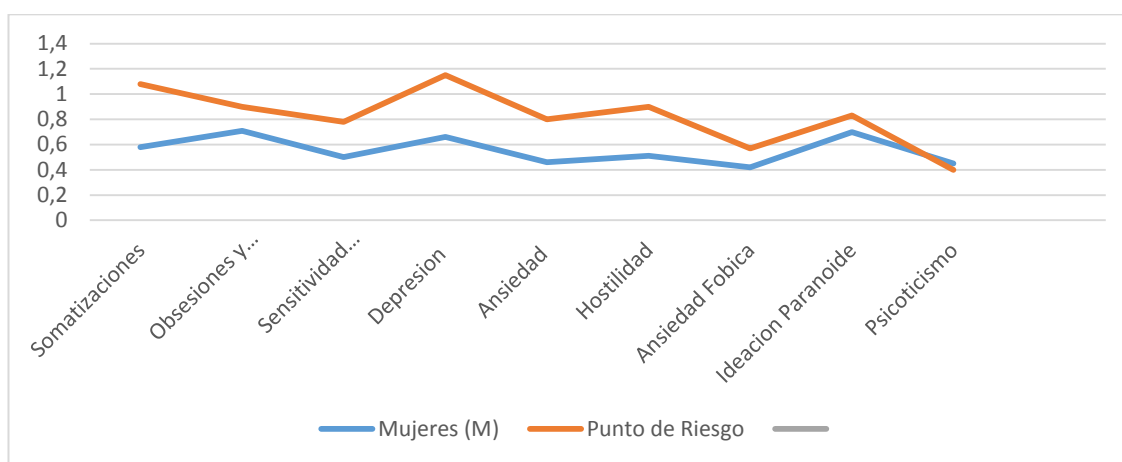
Con respecto a los resultados que arroja la gráfica, se puede evidenciar que las categorías del reactivo SCL-90R que refleja el grupo masculino se encuentran por debajo del punto de corte al igual que el grupo femenino. Sin embargo se observa la presencia de obsesiones y compulsiones e ideación paranoide en ambos grupos y en el grupo femenino se observa la presencia de rasgos depresivos que no desembocan en un cuadro clínico.

**Tabla 4.15. Mujeres de Población General no Clínica**

<b>Reactivo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>
Somatizaciones	0,58	0,46
Obsesiones y compulsiones	0,71	0,50
Sensitividad interpersonal	0,50	0,43
Depresión	0,66	0,42
Ansiedad	0,46	0,40
Hostilidad	0,51	0,44
Ansiedad fóbica	0,42	0,41
Ideación Paranoide	0,70	0,44
Psicoticismo	0,45	0,42
Índice global de severidad	0,56	0,36
Índice positivo de malestar	36,01	18,31
Total de síntomas positivos	1,36	0,27
Nota:163		
Observaciones		

En la población femenina dentro de la categoría de somatizaciones la media total es de  $M=0,58$  puntos y la desviación típica corresponde a  $Ds=0,46$  puntos, en el apartado de obsesiones y compulsiones se observa una media de  $M= 0,71$  puntos y una desviación típica perteneciente a  $Ds=0,50$  puntos. En la categoría de sensitividad interpersonal se obtuvo una media de  $M= 0,50$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,43$  puntos, en el apartado de depresión una media total de  $M=0,66$  puntos y la desviación típica corresponde a  $Ds=0,42$  puntos, en el apartado de ansiedad una media total de  $M=0,46$  puntos, una desviación típica correspondiente a  $Ds=0,40$  puntos. En la categoría hostilidad una media total de  $M=0,51$  puntos y una desviación típica correspondiente a  $Ds=0,44$  puntos, en el apartado de ansiedad fóbica se obtuvo una media de  $M= 0,42$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,41$ . En la categoría ideación una media total de  $M=0,70$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,44$  puntos, en el apartado de psicoticismo se obtuvo una media de  $M= 0,45$

puntos y una desviación típica de  $Ds=0,42$ . Dentro del índice global de severidad una media total de  $M=0,56$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,36$  puntos, en el índice positivo de malestar una media total de  $M=36,01$  puntos y una desviación típica correspondiente a  $Ds=18,31$  puntos y en el índice total de síntoma positivos se obtuvo una media de  $M= 1,36$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,27$ .



**Gráfico 4.19.** Clave: Población Mujeres -Punto de Riesgo.

Con respecto a los resultados que arroja la gráfica, se puede evidenciar que las categorías del reactivo SCL-90R que manifiesta el grupo femenino se encuentran por debajo del punto de corte, sin embargo se observa la existencia de obsesiones y compulsiones, rasgos depresivos como: llanto fácil, pérdida de apetito, de ánimo y cefaleas constantes y por otro lado tenemos la ideación paranoide en comparación con las otras categorías. Tomando en cuenta el área de obsesiones y compulsiones se hace alusión a la presencia de malestar e inquietud, lo cual puede interferir en diversas áreas en las que lo sujetos se desempeñan, esto se puede generar a través de imágenes, pensamientos, ideas e incluso a través de impulsos incontrolables. Así mismo se encuentra la categoría de ideación paranoide, en la cual la persona siente

tormento, angustia, desconfianza de sí mismo y del contexto que la rodea. El autor Rebok (2008) manifiesta que “es la forma combativa o sensitiva, en la que el sujeto prosiga tumultuosamente la lucha hacia el exterior o se destrozce internamente en dicha lucha” (p. 124), de tal manera que este puede ser un indicador del fenómeno de la deseabilidad social, ya que la población únicamente arrojó respuestas socialmente aceptadas. La investigación realizada en una población de docentes en Argentina menciona que:

La deseabilidad social, se encuentra implicada en diversos contextos de la evaluación de la personalidad y su posibilidad de distorsión, ha sido un tema de gran significación para los psicólogos, especialmente aquellos comprometidos con la evaluación psicológica. En todo proceso de evaluación psicológica, la incorporación del estudio de la deseabilidad social resulta de relevancia considerando los sesgos de respuesta producidos en las pruebas psicológicas, especialmente los autorreportes. El supuesto de que algunas de las alternativas de respuesta en ciertos reactivos de personalidad sean socialmente más convenientes o deseables que otras, llevan a que algunos sujetos tiendan a elegir las independientemente del nivel del rasgo o constructo que éstas evalúen. (Ferrando & Chico, 2000, parr. 1-2).

De tal forma, que esta investigación corrobora la información expuesta anteriormente, ya que la personalidad de los sujetos hacen que se manifieste este tipo de respuestas conocidas como “deseables”, ya que aquí cada persona responden de acuerdo a sus creencias y sentir.

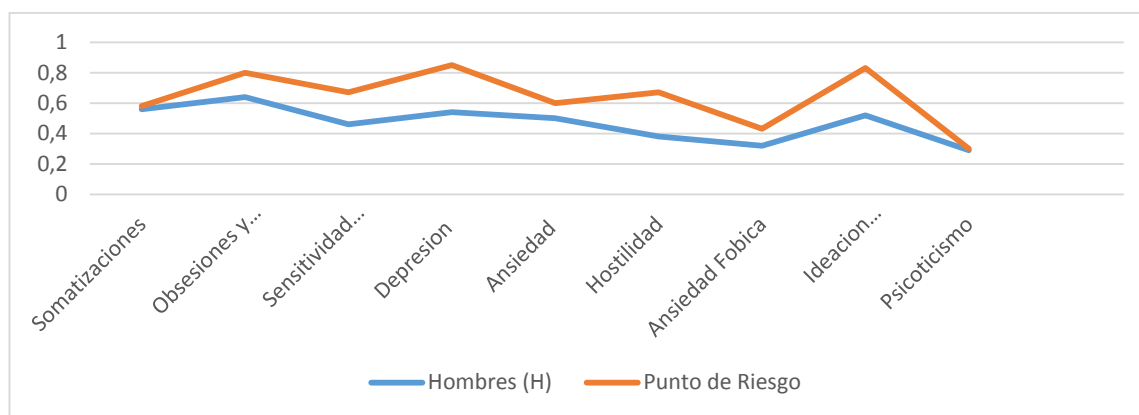
**Tabla 4.16. Hombres de Población General no Clínica**

Reactivo	Media	Desviación típica
Somatizaciones	0,56	0,44
Obsesiones y compulsiones	0,64	0,52
Sensitividad interpersonal	0,46	0,33
Depresión	0,54	0,29
Ansiedad	0,50	0,39
Hostilidad	0,38	0,24
Ansiedad fóbica	0,32	0,31
Ideación Paranoide	0,52	0,31
Psicoticismo	0,29	0,29
Índice global de severidad	0,48	0,28
Índice positivo de malestar	34,16	17,71
Total de síntomas positivos	1,22	0,18

Nota: 12 Observaciones

En la población masculina dentro de la categoría de somatizaciones la media total es de  $M=0,56$  puntos y la desviación típica corresponde a  $Ds=0,44$  puntos, en el apartado de obsesiones y compulsiones se observa una media de  $M= 0,64$  puntos y una desviación típica perteneciente a  $Ds=0,52$  puntos. En la categoría de sensibilidad interpersonal se obtuvo una media de  $M= 0,46$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,33$  puntos, en el apartado de depresión una media total de  $M=0,54$  puntos y la desviación típica corresponde a  $Ds=0,29$  puntos, en el apartado de ansiedad una media total de  $M=0,50$  puntos, una desviación típica correspondiente a  $Ds=0,39$  puntos. En la categoría hostilidad una media total de  $M=0,38$  puntos y una desviación típica correspondiente a  $Ds=0,24$  puntos, en el apartado de ansiedad fóbica se obtuvo una media de  $M= 0,32$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,31$ . En la categoría ideación una media total de  $M=0,52$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,31$  puntos, en el apartado de psicoticismo se obtuvo una media de  $M= 0,29$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,29$ . Dentro del índice global de severidad

una media total de  $M=0,48$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,28$  puntos, en el índice positivo de malestar una media total de  $M=34,16$  puntos y una desviación típica correspondiente a  $Ds=17,71$  puntos y en el índice total de síntomas positivos se obtuvo una media de  $M= 1,22$  puntos y una desviación típica de  $Ds=0,18$ .



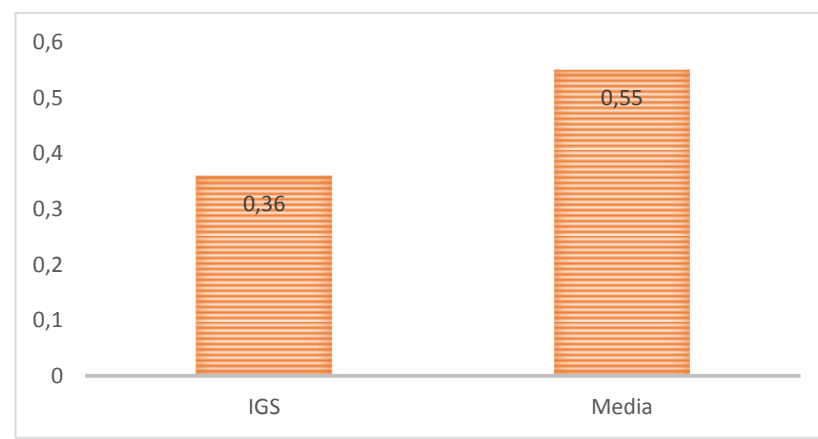
**Gráfico 4.20.** Clave: Población Hombres -Punto de Riesgo.

Con respecto a los resultados que arroja la gráfica, se puede evidenciar que las categorías del reactivo SCL-90R que refleja el grupo masculino se encuentran por debajo del punto de corte, sin embargo se observa la presencia de obsesiones y compulsiones, con características de malestar e inquietud lo cual puede interferir en diversas áreas en las que los sujetos se desenvuelven, esto se puede generar a través de imágenes, pensamientos, ideas e incluso a través de impulsos incontrolables. No obstante, esta puede ser la causa por la cual se generan respuestas socialmente deseables. Según la investigación de Salgado (2003) realizada en contextos organizacionales manifiesta que “la distorsión y el sesgo frecuentemente se presenta en ítems relacionados con la personalidad, por lo general con población de contextos organizacionales donde deforman sus respuestas”(p.117), por otra parte, esta puede ser la razón por la cual las personas se limitan ante la aplicación de reactivos, por un

lado por la personalidad que tiene cada sujeto, ya sea por los niveles de desconfianza y por las consecuencias que se puedan generar en la organización, empresa, institución, si se llegará a dar a conocer los resultados obtenidos de manera individual de cada participante.

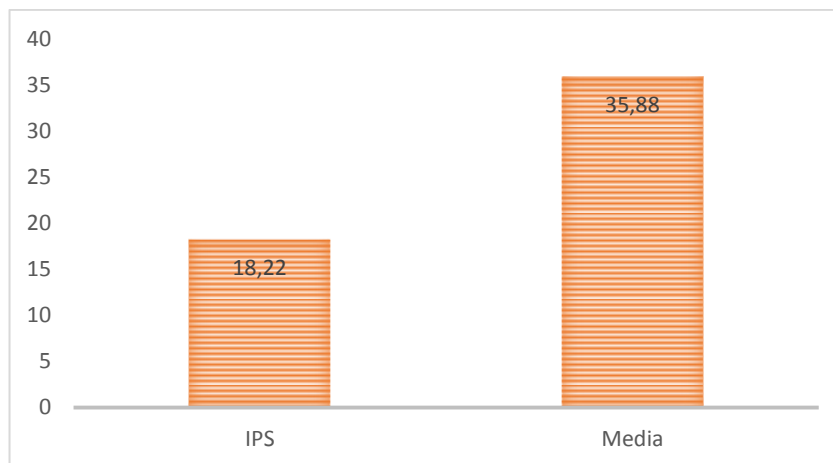
#### 4.5.2 Análisis de los Índices Globales del Inventario SCL 90-R

Con respecto al índice de severidad global (IGS) indicador de la severidad del malestar manifiesto, el grupo de trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato presenta una media de  $M=0,55$ , con una desviación típica de  $Ds=0,36$ .



**Gráfico 4.21.** *Clave: IGS: Índice global de Síntomas.*

Respecto al índice positivo de malestar (IPM), en el cual se pretende encontrar si existió una minimización o una exageración de los síntomas, los trabajadores/as puntuaron una media  $M=35,88$  y una desviación típica  $Ds= 18,22$ .



**Gráfico 4.22.** *Clave: IPS: Índice positivo de los síntomas.*

### 4.5.3 Categorías Diagnósticas del Inventario de Síntomas SCL 90-R.

En el análisis de categorías diagnósticas, de acuerdo al patrón de respuestas se puede considerar los siguientes niveles dentro del grupo femenino:

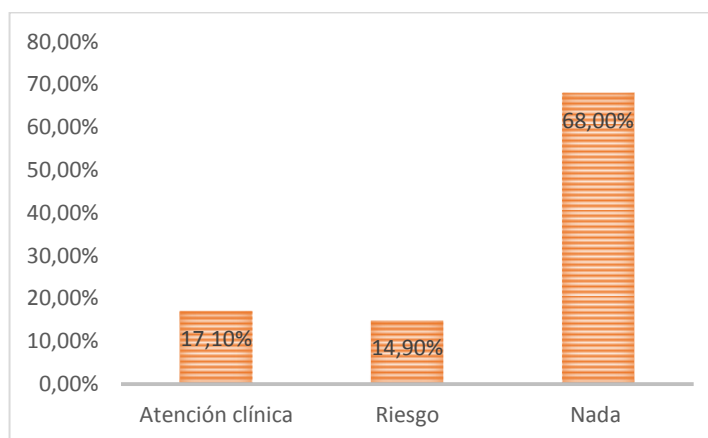
- Atención clínica: puntuaciones de 0,77 a 1,95 puntos.
- Riesgos: puntuaciones de 0,54 a 0,76 puntos.
- Ausencia: puntuaciones iguales menores a 0,50.

**Tabla 4.17.** *Distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas*

Niveles Femenino	Frecuencia	%
Atención clínica	30	17,1%
Riesgo	26	14,9%
Nada	119	68,0%
Nota: 175 Observaciones		

De acuerdo a la distribución de los participantes del sexo femenino y en función a las categorías diagnósticas, se obtuvo los siguientes resultados: en el apartado de

atención clínica se encuentra el 17,1% de la población, en riesgo el 14,9% y dentro de ausencia de sintomatología esta el 68%.



**Gráfico 4.23.** Representación gráfica de la distribución de las participantes en función a las categorías diagnósticas del SCL 90R.

El gráfico muestra que los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir, presentaron resultados pertenecientes a atención clínica y riesgo en un mínimo porcentaje, predominando la ausencia de sintomatología, de tal manera que ha este tipo de acontecimientos se los denomina con el nombre del fenómeno de la deseabilidad social según los autores Marlowe y Crowne (1960) manifiestan que, la deseabilidad social “intenta medir la tendencia a dar una imagen favorable de sí mismo, ante diversas situaciones propuestas” (p. 55), de tal manera que el fenómeno de respuestas socialmente deseables se han encontrado manifiestas dentro del inventario, ocasionando que los trabajadores/as de los CIBV obtengan resultados que alteraran la validez interna de los constructos. Este fenómeno se puede presentar por temor hacer despedidos de sus trabajos, temor a las represalias o por el mismo hecho de trabajar en una institución pública, lo que hace que los trabajadores se limiten en la participación dentro de la investigación.

En el análisis de categorías diagnósticas, de acuerdo al patrón de respuestas se puede considerar los siguientes niveles dentro del grupo masculino:

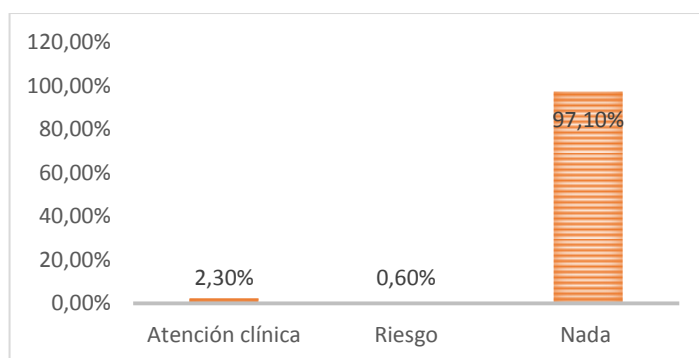
- Atención clínica: puntuaciones de 0,60 a 1,44 puntos.
- Riesgos: puntuaciones de 0,39 a 0,59 puntos.
- Ausencia: puntuaciones iguales menores a 0,38.

**Tabla 4.18. Distribución de los participantes en función de las categorías diagnósticas**

Niveles Masculino	Frecuencia	%
Atención clínica	4	2,3%
Riesgo	1	,6%
Nada	170	97,1%

Nota: 175 Observaciones

De acuerdo a la distribución de los participantes del sexo masculino y en función a las categorías diagnósticas, se obtuvo los siguientes resultados: en el apartado de atención clínica se encuentra el 2,3% de la población, en riesgo el 0,6% y dentro de ausencia de sintomatología esta el 97,1%.



**Gráfico 4.24. Representación gráfica de la distribución de los participantes en función a las categorías diagnósticas del SCL 90R.**

El grafico muestra que los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir, arrojaron resultados pertenecientes a atención clínica y riesgo en un mínimo porcentaje, predominando la ausencia de sintomatología, de tal manera que ha este tipo de acontecimientos se los denomina con el nombre de fenómeno de la deseabilidad social, la autora Domínguez (2012) refiere que “la deseabilidad social se ha conceptualado a través de los años principalmente como una tendencia a contestar un cuestionario” (párr. 01), en este sentido el fenómeno de respuestas socialmente deseables se han encontrado manifiestas dentro del inventario, ocasionando que los trabajadores/as de los CIBV obtengan resultados que alteraran la validez interna de los constructos. Este fenómeno se puede presentar por temor hacer despedidos de sus trabajos, temor a las represalias o por el mismo hecho de trabajar en una institución pública, lo cual hace que los trabajadores se limiten en la participación dentro de la investigación.

#### **4.5.4 Perfil de Síntomas**

En los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir del Cantón Ambato, se obtuvo la siguiente sintomatología en los reactivos aplicados. En la Escala de Ansiedad de Hamilton un 44,60% no presentan ansiedad, el 42,90% presenta ansiedad leve y el 12,60% ansiedad moderada-grave, no obstante dentro de sus actividades diarias pueden existir factores ansiosos como: tensión, irritabilidad, rigidez, inseguridad y preocupación dentro de ámbitos familiares, personales y laborales pero hay que tomar en cuenta que estos factores dependen de la personalidad del sujeto, y al no existir predisposición alta esta sintomatología no se

desencadena en un trastorno. En la Escala de Ansiedad Estado el 14,30% no presenta ansiedad, el 61,70% posee un nivel medio y el 24% presenta niveles altos de ansiedad, de tal manera que la mayoría de trabajadores/as de los CIBV presentan una tendencia para reaccionar de manera ansiosa ante circunstancias que se presentan en la cotidianidad, en otra palabras se puede mencionar que la ansiedad estado, hace referencia a un estado emocional oscilante en el tiempo. Con respecto a la ansiedad rasgo, es totalmente lo contrario, ya que esta es temperamental y perdura en el tiempo, es así que el 36% presenta niveles bajos de ansiedad, el 56% nivel medio y el 8% presenta nivel alto de ansiedad. La población de trabajadores/as de los CIBV se encuentra dentro de un rango medio tanto de ansiedad estado como rasgo, pero estadísticamente los resultados obtenidos dan mayor relevancia a la ansiedad estado, ante la cual la población tiene mayor predisposición para presentar este tipo de ansiedad ante un evento determinado. En el inventario SCL 90-R los resultados obtenidos pertenecen a una población no clínica, tomando en cuenta la población femenina el 17,10 % necesitan atención clínica, el 14,90% es una población en riesgo y el 68 % no presentan sintomatología, pese a que la población arrojó estos resultados, se evidencia la presencia de rasgos de obsesiones y compulsiones, depresión e ideación paranoide, que pueden ser características propias de los sujetos. En la población masculina se obtuvo los siguientes resultados el 2,30 % necesitan atención clínica, el 0,60% es una población en riesgo y el 97,10% no presentan sintomatología, de igual manera presentan rasgos de obsesiones y compulsiones e ideación paranoide. Se puede mencionar que dentro de esta población se observa el fenómeno de la deseabilidad social, en el cual las personas solo brindan respuestas deseables y aceptables como lo es en este caso, lo cual hace que los resultados se modifiquen.

Con respecto, al resultado final de la investigación, el cual se basa en describir los niveles de ansiedad, prevalencia a nivel clínico y factores de riesgo asociados a la ansiedad en una muestra de trabajadores de los Centros Infantiles del Buen Vivir, se obtuvo que dentro de la Escala de Ansiedad de Hamilton un 44,60% no presentan ansiedad, el 42,90% presenta ansiedad leve y el 12,60% ansiedad moderada-grave. En la Escala de Ansiedad Estado el 14,30% no presenta ansiedad, el 61,70% posee un nivel medio y el 24% presenta niveles altos de ansiedad, con respecto a la ansiedad rasgo, el 36% presenta niveles bajos de ansiedad, el 56% nivel medio y el 8% presenta nivel alto de ansiedad. En el inventario SCL 90-R los resultados obtenidos pertenecen a una población no clínica, dentro de la población femenina el 17,10 % necesitan atención clínica, el 14,90% es una población en riesgo y el 68 % no presentan sintomatología. En la población masculina se obtuvo los siguientes resultados el 2,30 % necesitan atención clínica, el 0,60% es una población en riesgo y el 97,10% no presentan sintomatología, de tal manera que al ser una población no clínica, y al tener la presencia del fenómeno de la discapacidad social, no se evidencia factores de riesgo, debido a que los resultados suelen ubicarse por debajo del punto de corte.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

A partir del presente trabajo de investigación y en base al análisis de datos obtenidos, se concluye lo siguiente:

- Respecto al análisis sociodemográfico, los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 93,10% pertenece al grupo femenino, mientras que el 6,90% pertenece al grupo masculino, lo que evidencia predominancia del grupo femenino dentro de los Centros Infantiles del Buen Vivir. La media de la edad de este grupo corresponde a 30 años de manera general. Tomando en cuenta el estado civil de los trabajadores/as de los CIBV se encuentra: el 41,10% solteros, el 38,30% casados, un 14,90% unión libre, el 6% viudo y un 5,10% divorciado. La situación económica predominante es considerada como buena con un 75,40%, el 21,10% la considera regular, el 6% mala y el 2,90% muy buena y dentro del bienestar personal de los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir, el 82,90% considera su estado de salud bueno, el 12% muy buena y 5,10% regular.

- A partir de la aplicación de reactivo de la Escala de Ansiedad de Hamilton, se encontró que el 44,60% no presenta ansiedad, el 42,60% ansiedad leve y el 12,60% presenta ansiedad moderada-grave, de tal manera que la sintomatología que presenta la población no se desencadena en un trastorno.
- En la aplicación de la Escala de Ansiedad Estado el 61,70% posee un nivel medio, el 24% presenta niveles altos de ansiedad y 14,30% no presenta ansiedad, es así que a la mayoría de trabajadores/as de los CIBV las situaciones externas que causen desequilibrio originan sintomatología ansiosa que fluctúa únicamente en el tiempo. Referente a la aplicación de la Escala de Ansiedad Rasgo, el 56% nivel medio, el 36% presenta niveles bajos de ansiedad, y el 8% presenta nivel alto de ansiedad, considerando que este tipo de ansiedad es temperamental y perdura en el tiempo, se puede inferir que dentro de la población no obtuvo mayor relevancia, ya que estadística los resultados obtenidos dan mayor prevalencia a la ansiedad estado, causando sintomatología ansiosa ante algún evento.
- A partir de la aplicación del reactivo SCL 90-R, se evidencia los siguiente: el 17,10% necesitan atención clínica, el 14,90% es una población en riesgo y el 68% no presentan sintomatología, mientras que la población masculina arrojo los siguientes resultados: el 2,30 % necesitan atención clínica, el 0,60% es una población en riesgo y el 97,10% no presentan sintomatología.

- Dentro de los Índices Globales, el Índice de Severidad Global de las mujeres presentan una  $M=0,56$  y los hombres una  $M=0,48$ , lo que demuestra que el grupo femenino percibe los síntomas con mayor intensidad que el grupo masculino. En cuanto al Índice Positivo de Malestar, el grupo femenino obtuvo una  $M=36,01$  y el grupo masculino una  $M=34,16$ , es decir el grupo femenino muestra la existencia de minimización o exageración de los síntomas. En el total de los Síntomas Positivos el grupo femenino presenta una  $M= 1,36$  y el grupo masculino una  $M=1,22$ , lo que evidencia que el grupo femenino tiene la condición para presentar el incremento de los síntomas predominando la existencia de rasgos de obsesiones y compulsiones, depresión e ideación paranoide y en la población masculina se manifestaron rasgos de obsesiones y compulsiones e ideación paranoide.
- Se consideró el fenómeno de la deseabilidad social, mismo que implica autoengaño y limitación personal, a la hora de trabajar con la percepción de salud mental de los trabajadores/as de los Centros Infantiles del Buen Vivir o espacios similares (lugares de trabajo donde existen mecanismo de control y sanción), ya que puede generar sesgos en los resultados de investigaciones.
- Al momento de la aplicación de los reactivos hubo mucha resistencia por parte de los trabajadores/as de los Centros Infantiles de Buen Vivir del cantón Ambato, es por esta razón que se utilizó un incentivo como muestra de agradecimiento hacia su colaboración.

## 5.2 RECOMENDACIONES

Con el fin de contribuir a investigaciones posteriores, se proponen las siguientes recomendaciones:

- Replicar estudios en la misma población, una vez manejado el fenómeno de la deseabilidad social, ya que a través del control de dicho fenómeno se puede obtener información que refleje una autopercepción más precisa, que poseen los trabajadores/as, dicho de otro modo, se evitará las respuestas socialmente deseables que únicamente son resultados de como los trabajadores/as desean ser observados.
- Emplear escalas subclínicas y no test de valoración clínica, para poblaciones normales (no-clínicas o psiquiátricas); debido a que de no hacerlo, los resultados suelen ubicarse por debajo del punto de corte.
- Evaluar el nivel de satisfacción personal y laboral, para evidenciar la autorregulación emocional y la motivación de los trabajadores/as dentro de su ambiente laboral. Permitiendo así, el crecimiento profesional para que su desenvolvimiento sea participativo y evolucionario
- El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), para los trabajadores/as de los Centros Infantiles de Buen Vivir, deben asegurarse que el personal tenga la habilidades, conocimientos y experiencia suficiente para

trabajar con niños/as, de igual manera el MIES deberá motivar a sus trabajadores/as para conseguir logros tanto personales como laborales, ya que así se incrementará el sentido de pertenencia.

## BIBLIOGRAFIA

- Acero, A. (2013). *Método Descriptivo*. Obtenido: <https://es.scribd.com/doc/111485247/Metodo-descriptivo>
- Álvarez, R. (1996). *El Método Científico en las Ciencias de la Salud*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Asociación, A. P. (2014). *Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales*. España: Ed. Arlington.
- Asociación, A. P. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2015). Trastornos de Ansiedad por Separación, Rechazo Escolar y Fobia Escolar. *Personalidad y Tratamientos Psicológicos*, 8. Obtenido: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65645/1/T%20ansiedad%20separaci%C3%B3n%20Rechazo%20escolar.pdf>
- Baeza, C. (2017). *Clínica de la Ansiedad - Centro de Tranquilidad*. Obtenido: <https://www.centrodetranquilidad.com/causas/>
- Briñol, E. (2001). *La Deseabilidad Social*. Obtenido: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-i/tema-4.-las-actitudes/4.6.3.6-la-deseabilidad-social>
- Camacho, I. (2012). Ansiedad Social. *Revista de Actualización Clínica Investigativa*, (vol. 35), 21.
- Cano, A. (2013). *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Obtenido: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/>
- Cano, V. (2013). *Ansiedad y Estrés*. Obtenido : [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/invest/nombre/Antonio\\_Cano\\_Vindel.htm](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/invest/nombre/Antonio_Cano_Vindel.htm)
- Casullo, M. M. (2004). El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. 1-2. Obtenido: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Chávez, G. (2012). *Estrategias de Afrontamiento a la Ansiedad de Evaluación y su Relación a Modelos Educativos Innovadores (Tesis Posgrado)*. Mexico: Universidad de Colima. Obtenido: [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/ELSA\\_GUADALUPE\\_CHAVEZ\\_DE\\_ANDA.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ELSA_GUADALUPE_CHAVEZ_DE_ANDA.pdf)
- Chico, F. (2000). *Deseabilidad Social-Adaptación Argentina*, 42. Buenos Aires: MERCOSUR.

- Corbalán, M. G. (2013). Sobrecarga, Ansiedad y Depresión en Cuidadores de Pacientes Incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria. *Rincón Científico*. Obtenido: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300005>.
- Domínguez, A. d. (2012). La Deseabilidad Social Reevalorada. *Investigación Psicológica*, 01.
- Duarte, J. (2014). Ambientes de Aprendizaje . *Una Aproximación Conceptual*, 2-9. Obtenido: <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/524Duarte.PDF>
- Frías, D. (2014). Análisis de Fiabilidad de las puntuaciones de un Instrumento de Medida. *Apuntes SPSS*, 1-10. Obtenido: <http://www.uv.es/friasnav/ApuntesSPSS.pdf>
- García, J. A. (2013). *Psicoterapeutas*. Obtenido: [http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/ansiedad/que\\_es\\_ansiedad.html](http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/ansiedad/que_es_ansiedad.html)
- González, E. (2013). *El Síndrome de Burnout en el Desempeño Laboral*. Obtenido: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/629/Jairo%20E%20Gonzalez%20Ramirez.pdf;jsessionid=751D0BE792C3CCCCB8E8D4DE442335F1?sequence=1>
- Gonzales, F. (2007). *Instrumento de Evaluación Psicológica*. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
- Hamilton, M. (1986). *La Práctica de la Terapia de Conducta*. Valencia: Promolibro.
- Heinemann, K. (2003). *Introducción a la Metodología de la Investigación Empírica*. España: Paidotribo.
- Hernández, F. &. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrero, E. (2013). *Ansiedad*. Obtenido: <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad/>
- Isura, F. (2014). *Por qué hay cada vez hay más Mujeres Solteras*. Obtenido: [http://www.huffingtonpost.com/christopher-barquero/mujeres-solteras-razones\\_b\\_4766819.html](http://www.huffingtonpost.com/christopher-barquero/mujeres-solteras-razones_b_4766819.html)
- Jarne, A. (2016). *Psicopatología*. Barcelona: UOC.
- Jorgge, M. (2013). *Estudio de la Ansiedad en Deportistas (Tesis)*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Obtenido: <http://studylib.es/doc/3589643/tesis-psicologa-clinica-estudio-ansiedad--zahyra-jorgge.pdf>
- Larrinoa, F. (2001). *Salud y Calidad de Vida de Cuidadores Familiares y Profesionales (Tesis)*. España: Universidad de Salamanca. Obtenido: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/european-journal-cuidadores-03-2015.pdf>
- Linares, L. (2012). *Efectos Moduladores del Apoyo Social ante la Reacción de Estrés y Ansiedad en Profesores*. Obtenido: [https://www.researchgate.net/signup.SignUp.html?ev=su\\_exitPopup](https://www.researchgate.net/signup.SignUp.html?ev=su_exitPopup)

- López, M. (2014). *Competencias Emocionales y Ansiedad en la Educación Primaria (Tesis Posgrado)*. Barcelona : Arlington. Obtenido: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/58927/1/P666.pdf>
- Luna, M. (2015). Cuidado de Niños Pequeños. *United Nations Children's Fund*, 6. Obtenido: [https://www.unicef.org/lac/20160907\\_UNICEF\\_RELAF\\_Preencion](https://www.unicef.org/lac/20160907_UNICEF_RELAF_Preencion)
- Manzano, L. (2012). *Por qué Tenemos Ansiedad?* Obtenido: <https://elpsicologoteescucha.blogspot.com/2012/10/por-que-tenemos-ansiedad.html>
- Marlowe, C. (1960). Escala de Deseabilidad Social: Análisis Psicosométrico. *Evaluar*, 53-67. Obtenido: <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/458-1496-3-PB.pdf>
- Martínez, L. (2010). Tipo de Diseño de Investigación. *Introducción a la Metodología de la Investigación*, 2-24. Obtenido: [http://www.cochrane.es/files/Recursos/presentacio\\_LMartinez.pdf](http://www.cochrane.es/files/Recursos/presentacio_LMartinez.pdf)
- Medina, L. (2014). Consistencia Interna y Estructura Interna. *Investigaciones Andina*, 877.
- Medina, M. (2017). *Vivir sin Ansiedad*. Obtenido: <http://vivirsinansiedad.org/sintomas/sintomas-fisicos-ansiedad/>
- Molina, G. (2002). *Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach (Tesis)*. España: Universitat de Valencia. Obtenido: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v7n2/v7n2a03.pdf>
- Molinar, L. (2013). *El Retorno de la Alegría*. Panamá: JEICOS.
- OMS. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripción Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Méditor.
- Oramas, A. (2013). *Estrés Laboral y Síndrome de Burnout en Docentes de Enseñanza Primaria (Tesis Doctoral)*. Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública. Obtenido: [http://tesis.repo.sld.cu/680/1/Tesis\\_-\\_ARLENE\\_ORAMAS\\_VIERA.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/680/1/Tesis_-_ARLENE_ORAMAS_VIERA.pdf)
- Ortega, V. (2013). Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres Conceptos a Diferenciar. *ARTIGOS*, 14-15.
- Paino, M. (2012). *Propiedades Psicosométricas del Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo*. Obtenido: <https://search.proquest.com/docview/1268706979?pq-origsite=gscholar>
- Pautassi, L. (2010). *La Provisión del Cuidado y la Superación de la Pobreza Infantil*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la Entrevista Psicológica*. Madrid: Pirámide.

- Perrota, V. (2012). *Perisitencias de un Mandato de Género*. Chile: CEPAL.
- Rebok, F. (2008). *Paranoia, Personalidad y Psicosis (Vol 15)*. Argentina: ALCMEON.
- Regina, M. (2015). *Niveles de Ansiedad en los Trabajadores de la Unidad Huehuetenango (Tesis de Grado)*. Huehuetenango. Obtenido: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/43/Sum-Maria.pdf>
- Rodrigo Moreta, I. G. (2017). El Bienestar Psicológico y la Satisfacción con la Vida como Predictores del Bienestar Social en una Muestra de Universitarios Ecuatorianos. *Salud & Sociedad (Vol 8)*, 172-184.
- Rogero, L. (2000). *Salud y Calidad de vida de Cuidadores Familiares y Profesionales*. Obtenido: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/european-journal-cuidadores-03-2015.pdf>
- Romeu, A. (2015). *El Origen de la Ansiedad*. Obtenido de Piquiátras y Psicólogos en Barcelona. Obtenido: <https://www.drromeu.net/el-origen-de-la-ansiedad/>
- Rubín, A. (2015). *Lifeder*. Obtenido de: <https://www.lifeder.com/consecuencias-de-la-ansiedad>
- Salgado, J. (2003). *Personalidad y Deseabilidad Social en Contextos Organizacionales*. Obtenido: <http://www.redalyc.org/html/778/77809207/>
- Salud, O. M. (2017). *Nutrición*. Obtenido: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- Sánchez, M. (2011). El Cuidador, Un Papel Fundamental. *Trabajo Social sin Fronteras*, 83-89. Obtenido: <http://www.ucol.mx/resifro/pdf/SF11004.pdf>
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, Angustia y Neurosis. Antecedentes Conceptuales e Históricos ( Vol 21). *Psicología Iberoamericana*, 19-28. Obtenido: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- Soliz, D. (2014). *Ministerio de Inclusión Económica y Social*. Obtenido: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/Vista-Previa-Norma-Te%CC%81cnica-CIBV-15x21-32-pag-Final-05-03-142.pdf>
- Spielberg, C. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C. (1972). *Cuestionario de Aniedad Estado-Rasgo*. Madrid: Tea.
- Torpy, J. (2011). Trastorno de Ansiedad Generalizada. *La Revista de la American Medical Association*, 522.
- Urbano, A. (2014). *Ansiedad entre los Docentes*. Obtenido: <http://africaurbano.com/2014/12/11/ansiedad-entre-docentes/>
- Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos*. Mexico: Gerente.
- Vaca, C. (2016). Guarderías con Bajas Notas . *Vistazo*, 1.

- Vasco, P. (2016). *Correlación Existente en Cuidadores acerca del Nivel de Sobrecarga, Grado de Depresión y Nivel de Ansiedad en la Atención de Pacientes de la Fundación Jóvenes contra el Cáncer de la Ciudad de Quito (Tesis de Grado)*. Quito. Obtenido: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10449/Proyecto%20de%20Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Virues, R. (2015). *Estudio sobre Ansiedad (Tesis)*. Mexico. Obtenido: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
- Vizcarra, M. B. (2008). *El Desafío de la Intervención Psicosocial en Chile*. Chile: RiL.

## ANEXOS

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / a:

---

Por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2017. Ésta investigación lleva por título: “Niveles de ansiedad en las y los trabajadores de los centros infantiles del Buen Vivir (CIBV) del cantón Ambato”. El objetivo de esta investigación es determinar los niveles de ansiedad en los trabajadores/as de los centros infantiles del Buen Vivir del cantón Ambato.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar una encuesta, en la que se harán diversas preguntas referidas a sintomatología psicológica. La colaboración en este estudio no le quitará mucho de su tiempo. Su participación será Anónima, pues su nombre no aparecerá de ningún modo ni en las encuestas, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Luego, los datos producidos por las encuestas serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación

Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

---

María Augusta López Loyola

Investigadora Responsable

---

Firma investigado/a

C.C. \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía									
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

<b>Profesión</b>	<b>Jornada Laboral</b>	<b>Nombre del Centro Infantil en el que labora:</b>
1. Licenciatura en Educación Básica ( )	<b>Hora de ingreso:</b> .....	
2. Licenciatura en Educación Inicial y Parvularia ( )	<b>Hora de salida:</b> .....	..... ..... ..... .....
3. Licenciatura en Estimulación Temprana ( )		
4. Otros ( )		
.....		

#### 1. DATOS INFORMATIVOS

<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>
	Masculino ( ) Femenino ( )	1. Soltero/a ( ) 2. Casado/a ( ) 3. Divorciado/a ( ) 4. Viudo/a ( ) 5. Unión libre ( )

#### 2. ORGANIZACIÓN FAMILIAR

<b>Vive con:</b>	<b>Padres</b>	<b>Padre</b>	<b>Madre</b>	<b>Solo/a</b>	<b>Esposo/a</b>	<b>Hijos ( )</b>	<b>Otros</b>
	( )	( )	( )	( )	( )	Cuántos hijos? .....	( )

#### 3. ECONOMÍA Y TRABAJO

<b>Situación económica familiar:</b>	<b>Muy buena</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>	<b>Mala</b>
	( )	( )	( )	( )

<b>Sólo trabajo</b>	
---------------------	--

<b>Estudio y trabajo</b>	¿Cuántos días a la semana trabaja? ( )
	¿Cuántas horas al día trabaja? ( )

#### 4. ESTADO GENERAL DE SALUD

Muy buena ( )	Buena ( )	Regular ( )	Mala ( )
---------------	-----------	-------------	----------

- **¿Recibe tratamiento psicológico?**

Sí ( ) Diagnóstico _____	No ( )
-----------------------------	--------

- **¿Recibe tratamiento psiquiátrico?**

Sí ( ) Diagnóstico _____	No ( )
-----------------------------	--------

- **¿Tiene antecedentes psicológicos personales?**

Sí ( ) Diagnóstico _____	No ( )
-----------------------------	--------

- **¿Tiene antecedentes psicológicos familiares?**

Sí ( ) Diagnóstico _____	No ( )
-----------------------------	--------

#### 5. SELECCIONE LAS ACTIVIDADES EXTRAS QUE PRÁCTICA

Hacer deporte ( )	Reuniones familiares ( )
Caminar en áreas verdes ( )	Dormir ( )
Salir con amigos ( )	Fumar ( )
Ir al cine ( )	Beber alcohol ( )
Leer ( )	Jugar videojuegos ( )
Escuchar música ( )	Usar redes sociales ( )
Ir a comer ( )	Ir a bailar ( )
Ver la televisión ( )	Cantar ( )
Ir al teatro	Otros ( ) _____

- **6. Recibe ingreso económica de otra fuente:**

SI ( )	<b>ESPECIFICAR:</b>
NO ( )	

**CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS (SCL – 90 – R)**  
 Derogatis, L., 1977  
 Adaptación española de González de Rivera, J. y cols, 1988

**Instrucciones**

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodeo con un círculo el cero (0) si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno (1) si la ha tenido un poco presente; el dos (2) si la ha tenido moderadamente; el tres (3)

<b>HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA</b>				
0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

si la ha tenido bastante y el cuatro (4) si la ha tenido mucho o extremadamente.

**RODEE CON UN CIRCULO LA ADVERTENCIA ELEGIDA**

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o placer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4

10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente o sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo/a de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pasando.	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0	1	2	3	4

39	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46	Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco.	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos.	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4

68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o errores.	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente.	0	1	2	3	4

**FIN DE LA PRUEBA, COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES.  
GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Encierre en un círculo la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el estudiante. Todos los ítems deben ser respondidos.

\*en la escala del 0 al 4 señale la intensidad del síntoma que presenta:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Ausente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Muy grave</b>

<b>Síntomas</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>Estado de ánimo ansioso:</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2</b>	<b>Tensión:</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
<b>3</b>	<b>Temores:</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4</b>	<b>Insomnio:</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño Insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5</b>	<b>Intelectual (cognitivo):</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6</b>	<b>Estado de ánimo deprimido:</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las	0	1	2	3	4

	diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor Durante el día.					
<b>7</b>	<b>Síntomas somáticos generales (musculares):</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de Dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8</b>	<b>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9</b>	<b>Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos Vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10</b>	<b>Síntomas respiratorios:</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
<b>11</b>	<b>Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido Intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12</b>	<b>12. Síntomas genitourinarios:</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13</b>	<b>Síntomas autónomos:</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14</b>	<b>Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico):</b>	0	1	2	3	4

<p>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, Suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>					
---	--	--	--	--	--

**FIN DE LA PRUEBA, COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES.  
GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

## INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO - RASGO (STAIC)

### ANSIEDAD ESTADO

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste encerrando en un círculo la respuesta que mejor describa su situación presente.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>

N	ANSIEDAD ESTADO	0	1	2	3
1	Me siento calmado.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy tenso.	0	1	2	3
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6	Me siento alterado.	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansado.	0	1	2	3
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3
10	Me siento confortable.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3

15	Estoy relajado.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3

### **INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO - RASGO (STAIC)**

#### **ANSIEDAD RASGO**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste encerrando en un círculo la respuesta que mejor describa como se siente usted en general.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>

<b>N</b>	<b>ANSIEDAD RASGO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3

<b>28</b>	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
<b>29</b>	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
<b>30</b>	Soy feliz.	0	1	2	3
<b>31</b>	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
<b>32</b>	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
<b>33</b>	Me siento seguro.	0	1	2	3
<b>34</b>	No suelo afrontar las crisis o dificultades.	0	1	2	3
<b>35</b>	Me siento triste, (melancólico).	0	1	2	3
<b>36</b>	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
<b>37</b>	Me rodean y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
<b>38</b>	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
<b>39</b>	Soy una persona estable.	0	1	2	3
<b>40</b>	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

**FIN DE LA PRUEBA, COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES.**

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**