



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad:  
Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la  
clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo  
2015**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR:**

Mg. ISELLA MARÍA CASTRO MAGÁN

**ASESOR:**

DRA. ARAUJO ROBLES ELIZABETH DANY

**SECCIÓN:**

HUMANIDADES

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

PSICOMETRÍA

**PERÚ - 2016**

---

Dr. Yengle Ruiz Carlos Alberto

Presidente

---

Dr. Abanto Vélez Walter Iván

Secretario

---

Dra. Araujo Robles Elizabeth Dany

Vocal

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi adorada hija Fernanda Alza quien es el motor que impulsa mi progreso profesional.

A mis padres quien con su experiencia de vida  
Fuerza y sacrificio son mi modelo a seguir;  
Gracias por estar conmigo en todo momento.

## **AGRADECIMIENTO**

Un agradecimiento especial a Iván por su comprensión y apoyo emocional en el proceso de elaboración de este trabajo de investigación; así también por tu paciencia y preocupación incondicional en mi formación profesional. De igual forma un agradecimiento especial a la Doctora Elizabeth Dany Araujo Robles por su guía y por su calidad competitiva demostrada en cada sesión de clase.

La Autora

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Isella María Castro Magán, estudiante de la Escuela profesional de Posgrado, de la Universidad César Vallejo, filial Trujillo; declaro que el trabajo académico titulado "Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015 "

Presentada, para la obtención del grado académico de Doctor en Psicología es de mi autoría.

Por lo tanto declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificado correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Trujillo, 13 de Abril de 2016



Isella María Castro Magán  
DNI: 18217195

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015”, con la finalidad de contar con un instrumento con credibilidad, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de doctor en Psicología.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La Autora

## ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARACIÓN JURADA	v
PRESENTACIÓN	vi
INDICE DE CONTENIDO	vii
INDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Problema	25
1.2. Objetivos	27
II. MARCO METODOLÓGICO	
2.1. Variables	30
2.2. Operacionalización de variables	31
2.3. Metodología	31
2.4. Tipos de estudio	32
2.5. Diseño	32
2.6. Población, muestra y muestreo	33
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
2.7.1. Técnicas	35
2.7.2. instrumentos	35
2.8. Métodos de análisis de datos	38
III. RESULTADOS	39
IV. DISCUSIÓN	55
V. CONCLUSIONES	60
VI. RECOMENDACIONES	63
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
VIII. ANEXOS	74

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N° 1</b>	
Validez de contenido por criterio de expertos en la dimensión Ansiedad estado	40
<b>Tabla N° 2</b>	
<i>Validez de contenido por criterio de expertos en la dimensión Ansiedad Estado</i>	41
<b>Tabla N° 3</b>	
<i>Validez de contenido por criterio de expertos en la dimensión Ansiedad Rasgo</i>	42
<b>Tabla N° 4</b>	
Validez de contenido por criterio de expertos en la dimensión Ansiedad Rasgo	43
<b>Tabla N°5</b>	
Correlación ítem-test corregido en la escala Ansiedad Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo	44
<b>Tabla N°6</b>	
Correlación ítem-test corregido en la escala Ansiedad Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo	45
<b>Tabla N° 7</b>	
Prueba de bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio de las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo.	46
<b>Tabla N° 8</b>	
Cargas factoriales de los ítems las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo.	47
<b>Tabla N° 9</b>	
Correlación de las puntuaciones en las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), con el test de Ansiedad de Zung en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo	48
<b>Tabla N° 10</b>	
Prueba de validez Clínica del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo	49



**Tabla Nº 11**

Confiabilidad del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo 50

**Tabla Nº 12**

Confiabilidad por Test-retest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo 51

**Tabla Nº 13**

Normas en percentiles, del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo. 52

**Tabla Nº 14**

*Estadísticos descriptivos y nivel de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo* 53

## RESUMEN

Se determinó las propiedades psicométricas del inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE). El diseño de investigación planteado fue tecnológico- psicométrico; ya que propone la elaboración de una herramienta útil para la posterior solución de un problema. Se consideró la totalidad de la población (200 pacientes atendidos en la clínica Isell Figura vital). Se procesaron los datos obteniendo que en la validez de contenido por el método de criterio de jueces; la mayoría de ítems tienen un porcentaje de adecuado, tanto en claridad como en relevancia y en coherencia se evidencia un índice de Aiken muy significativos. En la validez de análisis de ítems, a través del índice de homogeneidad ítem-test corregido, los cuarenta ítems que forman parte del inventario, establece una correlación de manera directa y muy significativamente ( $p < .01$ ) con la puntuación total en el instrumento. En el análisis factorial confirmatorio los resultados establecen que el modelo propuesto presentó diferencia altamente significativa respecto al modelo nulo, lo que se confirma la estructura de las escalas del instrumento. En la estructura bifactorial los resultados demuestran que el modelo propuesto presenta diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ) respecto al modelo nulo; lo que indicaría que los ítems que constituyen cada una de las escalas estarían correlacionados entre sí. La validez concurrente establece que ambas escalas tienen correlación muy significativa ( $p < .01$ ). En la Validez clínica se analizaron los resultados presentando un 94% de sensibilidad y un 100% de especificidad por lo cual podemos decir que la prueba permite reconocer a un grupo “no ansioso”. En la “confiabilidad” por consistencia interna, los resultados arrojaron un índice del alfa de Cronbach de .83 y .90 en cada escala lo cual lo ubica en un nivel muy bueno de fiabilidad. Los resultados de la correlación, mediante el método de test-retest, determinó alta estabilidad, tanto para la escala ansiedad Estado como para la escala ansiedad Rasgo. Se estableció los percentiles generales en escalas: alta, moderada, leve y sin ansiedad.

**PALABRAS CLAVE:** Ansiedad, Estado, Rasgo, Propiedades psicométricas.

## ABSTRACT

- State (STAI) Trait: psychometric properties Anxiety inventory is determined. The research design was raised technological-Psychometric; as it proposes the development of a useful tool for solving a problem later. the entire population (200 patients treated in clinical vital Isell Figure) was considered. obtained data were processed in the validity of content by the method of judging criteria; Most items have a proper percentage of both clarity and consistency relevance and very significant index Aiken evidenced. The validity of item analysis, through homogeneity index corrected item-test, the forty items that are part of the inventory, correlates directly and very significantly ( $p < .01$ ) with the total score on the instrument. In the confirmatory factor analysis results establish that the proposed model showed highly significant difference from the null model, which scales the structure of the instrument is confirmed. In the two-factor structure results show that the proposed model presents highly significant difference ( $p < .01$ ) compared to the null model; indicating that the items constituting each of the scales would be correlated. Concurrent validity states that both scales have very significant correlation ( $p < .01$ ). Validity In clinical results showing 94% sensitivity and 100% specificity so we can say that the test can recognize a "not anxious" group were analyzed. In the "reliability" internal consistency, the results showed an index of Cronbach's alpha of .83 and .90 on each scale which places it at a very good level of reliability. The results of the correlation, by the method of test-retest reliability, high stability determined for both anxiety scale State and Trait anxiety scale. general percentiles was established on scales: high, moderate, mild and without anxiety.

**KEYWORDS:** Anxiety, State Trait, Psychometric properties.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

La ansiedad se puede ver reflejada en todo ser humano, estas manifestaciones pueden ser de dos tipos: según sus experiencias tempranas expresadas en su personalidad o según los acontecimientos vividos en el presente. Ante estas diferencias que hubo en las manifestaciones de ansiedad se formaron muchas interrogantes y la necesidad de saber sus diferenciaciones entre un estado de ansiedad y otro. En tal sentido nace la inquietud de pretender medir dos aspectos claramente definidos de la ansiedad: lo referente a cómo se siente el sujeto en el aquí y ahora según las circunstancias vividas (Estado) y cómo se siente normalmente (Rasgo).

El intento de generar una evaluación objetiva de ansiedad en personas con sobrepeso, motivó a elaborar el proceso psicométrico del inventario de ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE). En tal sentido se realizó pesquisas donde Domínguez, S.; Villegas G.; Sotelo N.; Sotelo L. (2012). En su tesis titulada “Revisión Psicométrica del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana”. La muestra estuvo constituida por estudiantes universitarios del primer año de la Carrera de Psicología de una universidad estatal de Lima Metropolitana. Su finalidad de la investigación estuvo direccionada a obtener evidencias de validez y confiabilidad que respalden su utilización en una población universitaria. Las conclusiones a las que llegaron los investigadores fue que existe indicadores de confiabilidad aceptables a través del método de consistencia interna (Alpha de Cronbach), de igual forma se evidenció una validez factorial y de validez convergente. Se determina que el IDARE es un instrumento válido y confiable para evaluar la ansiedad en población universitaria.

Galoso Baca, S. (2014) en su Tesis Titulada “Propiedades Psicométricas del inventario de ansiedad rasgo estado en alumnos universitarios de la ciudad de Chimbote “. La presente investigación se llevó a cabo con el propósito de determinar las propiedades psicométricas del inventario de ansiedad Rasgo - Estado en estudiantes universitarios de la ciudad de Chimbote. Para la cual se contó con una muestra de 329 estudiantes de psicología, matriculados en dos diferentes universidades. Posteriormente se siguió con la aplicación del inventario, cuyos resultados fueron procesados con la ayuda de programas SPSS. El instrumento ha sido adaptado satisfactoriamente, pues los resultados de la validez de constructo, va de un coeficiente de 0.910 a 0.898 para ansiedad estado y ansiedad rasgo respectivamente. Además se obtuvo índices de confiabilidad para ansiedad estado y ansiedad rasgo de 0.912 a 0.874 respectivamente. Del mismo modo se obtuvo un baremo general ya que a través de la T de student no se encontró diferencias significativas entre hombres y mujeres y se prosiguió a hallar los puntajes T y percentilares, según el baremo del manual original del

instrumento. Tal como se determina la prueba original, se concluye que están acorde a los índices mostrados en el manual original de la prueba. Y se pudo observar que no había diferencias significativas en los coeficientes por sexo, razón por la cual se cuenta con un baremo general para varones y mujeres.

Por su parte Domínguez Vergara, J. (2012) en su tesis titulada “Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad rasgo estado en estudiantes de secundaria del Distrito De Florencia De Mora”. El presente estudio tiene como finalidad descubrir las propiedades psicométricas del inventario de Ansiedad Estado Rasgo en el Distrito de Florencia de Mora. Para ello, se realizó una adaptación lingüística y se evaluó a una muestra de escolares de dicho lugar. La muestra probabilística intencional fue de 525 adolescentes entre 12 y 18 años. La prueba alcanza una confiabilidad aceptable en ambas escalas; tanto en la escala de Ansiedad Estado (Alfa= 0.904) y en la escala de Ansiedad Rasgo (Alfa=0.882) y una adecuada correlación ítem-test corregida en todos los ítems que conforman el inventario; En lo referente al análisis de variables, se encuentran diferencias significativas en función a la variable sexo determinándose así baremos percentilares tanto generales como por género; asimismo se elaboraron baremos con puntuaciones T, tal como determina la prueba original. Se concluye que el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo es un instrumento con características psicométricas apropiadas para Florencia de Mora.

Por otro lado Beltrán Deza, V. (2013) en su tesis titulada “Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado en estudiantes universitarios del Distrito de Guadalupe”. En tal sentido el presente estudio como objetivo determinar las propiedades psicométricas del inventario de Ansiedad: Rasgo –Estado. Se trabajó con una muestra de 544 estudiantes entre 16 y 29 años de edad de ambos sexos, de las facultades de ciencias económicas, ciencias físicas y matemáticas, ciencias sociales, Ingeniería, enfermería y ciencia agropecuarias de una universidad estatal del distrito de Guadalupe. En el estudio se utilizó el inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado de Spielberger &Díaz (1975), resultando un coeficiente de validez de constructo de 0.855 para la escala de ansiedad rasgo y 0.804 en la escala de ansiedad estado, ambas con un nivel de discriminación muy bueno y altamente significativo ( $p<0.1$ ). De igual forma la confiabilidad obtenida mediante la consistencia interna por el alpha de Cronbach fue un coeficiente de 0.849 para la escala de ansiedad rasgo con una apreciación muy buena y 0.869 para la escala de ansiedad estado, con una apreciación muy buena. Del mismo modo la escala completa alcanza un nivel de confiabilidad de 0.914, lo cual indica que la prueba alcanza un nivel de confiabilidad elevada.

Bajo los antecedentes encontrados a nivel nacional y local se concluye que se lograron obtener las propiedades Psicométricas del inventario de ansiedad: rasgo- Estado en estudiantes del nivel secundario y universitario.

Por otro lado respecto a los fundamentos teóricos; Silva (s/f, citado por Martínez, 2015 p.4) refiere que el sobrepeso y la obesidad es una enfermedad muy variada por ello la dificultad de definir puntualmente los aspectos emocionales que se encuentran relacionadas con los pensamientos o sentimientos; la dificultad radica en la complejidad que se ve inmersa en varios factores tales como: social, psicológico, biológico, económico entre otras. Por ello siguen las investigaciones en esta área ya que no podemos negar que los aspectos psicosociales influyen en el desarrollo del sobrepeso y obesidad. No se puede limitar solo al aspecto biológico ya que, si el sobrepeso y obesidad tuvieran su causa en una enfermedad meramente física y de solo interés médico, los tratamientos de régimen alimenticio ya habrían hecho efecto hace mucho tiempo y en la mayoría de los casos se habría registrado evidencias. Para que la realización de programas y tratamientos frente al sobrepeso y obesidad no solamente se enfoque en la parte curativa sino también preventiva es vital analizar los aspectos psicosociales del sobrepeso y obesidad y tener claro que es un fenómeno integral que involucra factores internos y externos. Finalmente, las personas con problemas de sobrepeso y obesidad pasan la mayoría de su tiempo en tratamientos para bajar de peso, tales como regímenes alimenticios y ejercicios que al final no tienen éxito, solo les provoca desgaste físico, psicológico, emocional y económico. Por ello, entendamos que debemos abordar la reducción del peso de manera integral tanto física y psicológica identificando de manera individual los aspectos más relevantes en cada paciente e incidir en ellos. Por otro lado, para la Organización Mundial de la salud (2015) refiere que el sobrepeso y la obesidad es la acumulación excesiva de grasa corporal que tiene como resultado una afectación en la salud. Así mismo da a conocer que el índice de masa corporal (IMC) se determina a través de la asociación entre el peso y la talla, siendo utilizado para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, manifestando a su vez que un índice de masa corporal igual o superior a 25 vendría a ser un sobrepeso. De igual manera el índice de masa corporal igual o superior a 30 significaría presencia de obesidad. Por ello se puede decir que el índice de masa corporal (IMC) es la medida más exacta que puede determinar el sobrepeso y/o la obesidad en todo ser humano, siendo la misma para ambos en género y edad.

Así mismo la Organización Mundial de la Salud en el año 2015 también nos da algunos alcances a nivel mundial; haciendo referencia que en el 2014, más de 1900 millones de adultos

entre los 18 o más años estaban considerados con sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran considerados como obesos. De igual forma alrededor del 13% de la población adulta a nivel mundial eran obesos. Del mismo modo el 39% de los adultos de 18 o más años tenían sobrepeso. Así también la prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014.

Así mismo cabe resaltar que en el 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos.

Finalmente, en lo que respecta a los países desarrollados que tiene población con sobrepeso y/o obesidad con niveles dramáticos también va teniendo notoriedad marcada aquellos países que se encuentran en vías de desarrollo ya que aparece paralelamente crecimiento económico y aparición de grandes Industrias generando grandes cambios ya sea en las guías alimentarias, dietas y disminución de la actividad física.

Algunos estudios según lo establece la Organización Mundial de la salud en el año 2015 determina que el desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas producto de un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos (ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes) genera el sobrepeso y la obesidad.

Así también podemos establecer que en estos últimos tiempos la baja actividad física que presentan muchas personas, debido al estilo de vida que hoy en día llevan; donde la tecnología y el mundo moderno les hace la vida más fácil y sedentaria, con trabajos de oficina donde pasan horas de horas sentados, de igual forma el desplazamiento ya no es a pie sino en moto o auto es decir que la ingesta de energía tiene que ir paralelo al gasto del mismo y el gasto de energía se encuentra directamente relacionada con la actividad física . De igual forma los hábitos alimenticios son consecuencias de cambios ambientales del mundo en el que vivimos y los cuales perjudica seriamente a la salud física. Poner en práctica un hábito de comidas saludables y apoyar la práctica de una actividad física periódica en el lugar de trabajo sería una alternativa de luchar contra el sobrepeso.



Por otra parte, respecto a la ansiedad, en el sobrepeso y obesidad, Tapia, A. (2006) considera que en gran parte de la información existente sobre obesidad abarca diversos puntos, tales como su prevención, fisiopatología, tratamiento de la misma y de las patologías físicas asociadas no se ha puesto en el mismo nivel de importancia referido al comportamiento psicológico, ya que la presencia de algún trastorno de este tipo podría influenciar el progreso de la obesidad como a la vez influir negativamente en el abandono de los tratamientos destinados a la disminución de peso y a las patologías. Ya en la primera consulta por sobrepeso y obesidad, muchos pacientes manifiestan espontáneamente expresiones en que aluden al término “Ansiedad “como causa de la ingestión excesiva de alimentos.

Según las investigaciones que realizó Tapia, A. (2006) respecto a la ansiedad y el sobrepeso. La muestra estuvo conformada por 65 pacientes con sobrepeso y obesidad reclutados del centro médico Cárdenas que fueron evaluados a través de una escala de Ansiedad del cuestionario de Goldberg. Se pudo establecer que el 73.85% de todos los pacientes con sobrepeso están asociados a un posible trastorno ansioso. Estos resultados demuestran que al tratar a este tipo de pacientes no solo hay que preocuparse del peso corporal y de los factores de riesgo cardiovascular u otras posibles patologías físicas asociadas, sino que también evaluar el estado psicológico ansioso que puedan tener.

Respeto a las definiciones de la ansiedad se realizó una búsqueda de información encontrando que la Asociación Psiquiátrica Americana (1975) conceptualiza a la ansiedad como aprensión, tensión o dificultad que se origina por la antelación de una situación de peligro cuya fuente es incierta o dudosa.”

Belloch A. y Col (1995) cita a Wolpe, J. (1981) quien define a la ansiedad como la manera de reaccionar de forma automática de un organismo tras la presentación de una situación nocivamente estimulante. Asimismo, refiere que una de sus características importantes es su capacidad de anticipar una amenaza para el propio sujeto. Esto confiere a la ansiedad un valor funcional importante, ya que posee una utilidad biológica adaptativa.

Por su parte Lazarus (1976) define a la ansiedad como una relación entre el sujeto y el medio que es evaluado por éste como nocivo o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Del mismo modo Spielberger (1980) manifiesta que la ansiedad es una reacción emocional en la que involucra sensaciones subjetivas tales como: la tensión, el temor, el nerviosismo y la preocupación, así como una aceleración de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Según Vila, J. (1984) manifiesta que la ansiedad es una emoción normal cuya función es activadora y por lo tanto, facilita la capacidad de respuesta del individuo; pero cuando ésta es de elevada intensidad, frecuencia, o aparece acompañada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo; produciendo alteraciones en el funcionamiento emocional y funcional del sujeto, la cual se la define como una manifestación patológica.

Así también en el intento de definir la ansiedad de forma más concreta recogiendo las distintas posturas, Sierra, J.; Virgilio, O.; Zubeidat, I. (2003) Cita a Miguel-Tobal, (1990) quien manifiesta que:

La ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligroso y amenazante. El tipo de estímulo capaz de evocar respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto (p. 8).

Papalia D. y Wendkos, S. (2001) refiere que es un estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre o tensión surgidas de la anticipación de una amenaza real o imaginaria.

De igual forma Lang (2002) refiere que la ansiedad es una respuesta emocional que tiene toda persona frente a circunstancias amenazadoras o peligrosas.

Por su parte Collins (2004) manifiesta que la ansiedad es un estado de dificultad o “tensión”, causado por la aprensión de posibles infortunios, peligros y preocupaciones.

Sin embargo Reyes, A. (s./ f.) menciona que la ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, estimula el desarrollo, motiva el logro y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y comportamiento. En exceso la ansiedad es nociva y compromete la eficacia y conduce a enfermedades.

Respecto a al etiopatogenia de la ansiedad, Reyes (s/f) refiere que muchos de los trastornos así como tienen un origen genético; otras pueden tener una vinculación intrapsíquica producto de conductas aprendidas; sin embargo la mezcla de diversos factores es lo que se puede encontrar en su etiología, siendo en primer lugar el **factor Biológico**; donde una mayor predisposición genética se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad. **Factores Psicosociales**; donde los problemas de relaciones interpersonales, académicos laborales y familiares, amenaza de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada. **Factores Traumáticos**; enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, actos violentos, torturas, secuestros etc.. Suelen provocar daños biosociológicos que se vinculan estrechamente a síntomas de ansiedad como el caso del estrés post traumático. **Factores Psicodinámicos**; donde la ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo. La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas.

La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. (Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio). También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.

Respecto a las manifestaciones de ansiedad según Esparza, D. (2003) refiere que las sintomatologías de los trastornos de ansiedad se diferencian de los sentimientos de nerviosismo o inquietud en que se expresan o denotan extrínsecamente como reacciones exageradas y/o infundadas ante estímulos externos, en los cuales escapan del control voluntario de la persona.

Por otro lado respecto a las teorías de la Ansiedad; desde el enfoque psicodinámico Virues Elizondo, R. (2005) cita a Freud quien explica que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación) derivada del impulso sexual (libido) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor de del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

Desde la línea Psicométrico – Factorial establece las relaciones existentes entre la ansiedad y otros constructos y variables integrantes de la personalidad. Esta nueva línea, caracterizada por su preocupación psicométrica, intenta establecer un nuevo modelo teórico general de la ansiedad, apoyándose en las técnicas de análisis factorial, así como en la teoría de los rasgos de la personalidad (Catell, 1961 & Spielberg, 1966).

Desde la línea Cognitivo – conductual es aquella línea de investigación centrada en determinar las relaciones específicas existentes entre los estímulos que desencadenan respuestas de ansiedad (Lazarus, 1969).

Por su parte desde la Teoría Conductista Coon (2004) señala que para el conductismo toda conducta es aprendida llegando a relacionarse según diferentes etapas de la vida a estímulos positivos o negativos manteniéndose en el tiempo. La ansiedad es el resultado de un encadenamiento o condicionamiento asociados en un inicio a estímulos neutros, con experiencias vividas traumáticas, generando la angustia.

Desde la Teoría Tridimensional Gutiérrez (s.f. citado por Oblitas, 2010) quien hace mención que desde el enfoque cognoscitivo lo que realmente genera ansiedad es la forma de como interpretan o como visionan las personas un determinado hecho. Es así que muchas veces estas personas pueden reconocer y enfrentar situaciones que no necesariamente son amenazantes sin embargo reaccionan ansiosamente sin poderlo controlar. Estas situaciones amenazantes están en torno a tres temas fundamentalmente; aceptación, competencia y control.

Desde la Teoría de la Personalidad, las investigaciones en el campo de la personalidad también han contribuido de manera significativa al estudio de la ansiedad, principalmente en lo relativo a la utilización de los cuestionarios de medida y desarrollo de técnicas psicométricas. Dentro de los modelos de personalidad destacamos tres enfoques:

Rasgos de Personalidad los estudios sobre Rasgos de personalidad han llevado de importantes teorías, como es el caso de la teoría del Rasgo de la Ansiedad, que concibe a éste como una disposición interna a reaccionar de forma ansiosa, independiente de la situación en que se encuentre el sujeto (Catell y Scheier 1961 y Spielberg 1966).

Mischel, W. (1968) manifiesta en lo referente a las Teorías Situacionistas, está en función a que el surgimiento de respuestas de ansiedad dependerá principalmente de las características de la situación, más que las características personales.

Por otro lado Ansiedad Estado– Rasgo, desde las bases teóricas de Freud (1926/1984), citado por Spielberger (1966), se ha diferenciado entre dos formas que asumen las emociones: rasgo y estado.

El estado emocional hace referencia a un proceso de emoción particular limitado en el tiempo. El rasgo emocional se refiere a la tendencia del individuo a experimentar una emoción particular con determinada frecuencia en su vida cotidiana. Los estados emocionales serían el reflejo subjetivo de la situación vital del sujeto en un momento determinado, mientras que las emociones como rasgos de la personalidad estarían fijados a lo largo de la vida, entendiéndose que estas últimas estarían moduladas por factores intrínsecos (biológicos, historicobiográficos, socioculturales, etc).

Aplicando esto a la ansiedad, Spielberger (1966) ha precisado que la ansiedad estado hace referencia a un fase emocional transitoria o inesperada. Así también considera que el nivel de ansiedad debería a ser elevado bajo condiciones amenazantes o en circunstancias en que aun existiendo peligro, éste no es percibido como tal.

Por otro parte, la ansiedad rasgo es una medida de las diferencias en la predisposición a la ansiedad entre individuos. Algunos tienen la tendencia a volverse más ansiosos, más a menudo y en más situaciones diferentes que otros. La ansiedad rasgo es relativamente estable a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones.

De lo anterior se desprende que la ansiedad rasgo, por su estabilidad, estaría asociada a variaciones en constructos más estables como el de estilos de crianza y sus dimensiones específicas, mientras que la ansiedad estado está asociada a condiciones temporales o circunstancias pasajeras.

Un punto clave del modelo ansiedad rasgo y ansiedad estado de Spielberger (1966, 1979) tiene que ver con el acto de la percepción y la evaluación del estímulo como amenaza. La ansiedad rasgo se expresa como una tendencia marcada a percibir las situaciones, cualesquiera estas sean, como amenazadoras. En cambio, la ansiedad estado se expresa como la susceptibilidad transitoria a presentar reacciones emocionales sólo en determinadas situaciones específicas.

Con respecto a la relación entre la ansiedad rasgo y ansiedad estado, Spielberger (1966) indica que la persona con un nivel elevado de ansiedad rasgo presenta una ansiedad estado también elevada. Sin embargo, una persona con un nivel de ansiedad rasgo bajo, puede mostrar de forma puntual reacciones de ansiedad de elevada intensidad ante situaciones que perciba como amenazantes (ansiedad estado).

Referente a las causas de la Ansiedad Rasgo-Estado; podemos ver que en la actualidad existen múltiples fuentes productoras de ansiedad, que inestabilizan al individuo; desde la comunicación con alguna persona desconocida, hasta las aflicciones ante la solicitud de un trabajo.

Para la Ansiedad Estado (A-Estado), estas fuentes actúan como acontecimientos amenazantes que aprensionan al sujeto de manera inmediata, siendo una reacción transitoria. A diferencia de la Ansiedad Rasgo (A-Rasgo) que influencia en el individuo, siendo una reacción natural y acorde a la personalidad de este; donde mantiene una marcada disposición para percibir una situación como peligrosa.

Por ello Spielberger (1966) explica que cuando alguien que halla en una situación angustiosa y la interpreta como algo peligroso o amenazador, experimenta sensaciones de temor y preocupación. Asimismo, sufre una serie de cambios fisiológicos y conductuales, como resultado de la activación y excitación del sistema nervioso autónomo (A-Estado). Asimismo el autor menciona que una secuencia de acontecimientos estresores o esta misma reacción puede determinar a una secuencia de comportamientos destinada a evitar el estímulo amenazante activando las defensas psicológicas de evaluación cognoscitiva, generándose así la Ansiedad Rasgo (A-Rasgo).

Ante estos eventos productores de ansiedad, el autor estableció el término “Tensión” para referirse a una proceso psicobiológico que produce Ansiedad Estado (A-Estado)

De tal forma se puede indicar que la tensión generará ansiedad en el sujeto, donde Spielberger (1966) sostiene que el proceso se inicia con una situación a estímulo potencialmente peligroso o nocivo (agente productor de la tensión). Si el agente es visto como algo potencialmente peligroso o amenazador, se producirá una reacción de ansiedad estado (A-Estado). Sin embargo si existe elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado. Puede generar una tendencia de respuesta ante las situaciones que se perciben (A-Rasgo).

En conclusión, se podría aseverar que existen innumerables fuentes de tensión que puedan generar ansiedad estado (A-Estado); por ello la principal causa de la ansiedad sería las tensiones que demanda la misma sociedad. Además se agrega que la ansiedad estado se evalúa de cómo el individuo reacciona frente a estas fuentes de tensión y la ansiedad rasgo, es manifestada de forma aprendida, manteniendo un patrón diferencial frente a los agentes de tensión.

Respecto a las fuentes generadoras de Ansiedad Rasgo-Estado; el ser humano en su afán de evolucionar, debe desarrollar innumerables estrategias para poder combatir los agentes productores de ansiedad tanto en Estado (A-Estado) y Rasgo (A-Rasgo), desarrollando varias actitudes y destrezas para salir airoso.

Es así como el embarazo o como el parto generan mucha tensión para luego producir ansiedad en una madre en gestación; experimentado ellas mucha incertidumbre sobre todo si por primera vez serán madres. Es de tal forma que se reflejan síntomas durante esta etapa de preocupación por el bienestar del feto y una sensación de extremo cuidado.

Spielberger (1966) cita a Rank (1952) quien sostiene que durante algún tiempo, legos y expertos han reconocido los efectos potencialmente traumáticos de la ansiedad durante el embarazo y el parto. No solamente la madre se puede ver afectada, sino también el feto y el recién nacido.

Asimismo el nivel de control sobre la ansiedad puede producir efectos nocivos durante la etapa prenatal de la madre, debido a que ella por lo general se encuentra al tanto de que su vientre este en crecimiento, su asistencia al ginecólogo para asegurar su salud del feto y el ser cuidadosa al momento andar en lugares que demanden mucho esfuerzo físico. Son estrategias que utiliza la madre gestante con el fin de disminuir sus niveles de ansiedad.

Según Spielberger (1966) las investigaciones con seres humanos confirman estos resultados. En estudios recientes se descubrió que diferentes patrones de ansiedad, durante el embarazo, se relacionan con las complicaciones obstétricas. En uno de ellos, las mujeres con altos niveles de ansiedad durante los primeros tres meses de embarazo, experimentaron mayores complicaciones obstétricas que las que estuvieron libre de problemas. En el otro se encontró que, en las mujeres que sufrieron complicaciones, la ansiedad fue mayor durante las siete semanas previas al parto. Tales investigaciones señalan la urgencia de minimizar los efectos adversos de la tensión y la ansiedad en la reproducción humana.

Respecto a los componentes de la Ansiedad Angulo, C. & Uribe, R. (1999) refiere que la ansiedad no es un fenómeno unitario (Sandín y Chorot, 1986). Desde hace bastante tiempo se conoce que la ansiedad, al igual que cualquier otra emoción, implica al menos tres componentes, modos o sistemas de respuestas: subjetivo – cognitivo, fisiológico – somático y motor – conductual.

Por otro lado este trabajo de investigación se justifica bajo las siguientes consideraciones:

La presente investigación se justifica **metodológicamente** por que se realizará con la finalidad de validar, determinar la confiabilidad y estandarizar el Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) ya que existe la necesidad de tener un instrumento especializado a nuestra realidad y en especial a personas con sobre peso ya que ello contribuirá a un fácil diagnóstico y reconocimiento inmediato de esta problemática.

Así mismo se justifica de forma **práctica** porque es de gran importancia para profesionales de psicología y afines quienes contarán con un instrumento acorde a la realidad problemática. Así también esta investigación servirá como antecedente para futuras investigaciones.

De igual modo medir psicométricamente la ansiedad: rasgo estado en pacientes con sobre peso, es preciso, puesto que a través de la construcción y utilización de instrumentos válidos y confiables se fortalece la precisión en el diagnóstico en este tipo de pacientes, además de permitir evidenciar su aplicabilidad y sensibilidad frente a las diversas situaciones que abarca el cuidado de la salud, en consecuencia se hace necesario las propiedades psicométricas al ser utilizado en más de una ocasión para determinar la situación real de pacientes con sobre peso y su posible variación cuando una intervención ha sido implementada.

Por otro lado este estudio, es relevante debido a que los resultados de las propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en personas con sobrepeso, contribuirá a un fácil diagnóstico y reconocimiento inmediato de esta problemática.



### 1.1. Problemas:

Respecto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad la Organización Mundial de la Salud en el año 2015 refiere que cerca de 450 millones de personas en el mundo, padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico.

Así también Carámbula, P. (2010) refiere que los trastornos de ansiedad son la enfermedad psiquiátrica de mayor prevalencia, alcanzando cifras alarmantes en los países del primer mundo. De acuerdo a datos de la Universidad de Virginia, 40 millones (18.1%) de adultos (de entre 18 y 54 años) de Estados Unidos, presentan anualmente algún trastorno de ansiedad. Así también manifiesta que para tener un ejemplo, en España; este tipo de patologías afectan a un 20% de la población adulta.

De igual modo la misma autora afirma que la ansiedad generalizada afecta entre el 3 y el 5% de la población adulta, y la frecuencia en las mujeres es el doble que en los hombres. El trastorno fóbico afecta a un 7% de mujeres y un 4.3% de hombres. El trastorno de pánico se da en algo menos del 1% de la población y las mujeres son dos o tres veces más vulnerables. El trastorno obsesivo-compulsivo se presenta con una frecuencia de 2.3% en los adultos y de igual modo entre hombres y mujeres. El estrés post traumático se manifiesta en el 1% de la población en algún momento de la vida, pero la prevalencia es mayor en, por ejemplo, personas que han estado en guerras. Un 2.2 % de la población, presenta agorafobia (suele aparecer a comienzos de la edad adulta), la prevalencia de este tipo de trastornos, es, en general, dos veces superior en las mujeres.

Sin embargo en un estudio sobre la situación de salud mental en el Perú, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi, Estudios epidemiológicos de salud mental (2002 a 2006) revela una alta prevalencia de trastornos de ansiedad que afecta a los limeños en comparación con el resto de ciudades.

Así también Saavedra, J. (2012) refirió que los trastornos de ansiedad más frecuentes en los limeños son: El trastorno de pánico, post traumático, obsesivo compulsivo que se manifiestan a través de la incapacidad que tiene la persona de controlar sus preocupaciones. Sin embargo en Trujillo y Chimbote tienen mejores indicadores de salud mental aunque, en el caso de Trujillo ya presenta problemas de las grandes ciudades como prevalencia de estrés que puede desencadenar trastornos de ansiedad. Y ésta a su vez puede desencadenar otros problemas como es el sobre peso. En este caso se pudo investigar que en la actualidad el sobrepeso y la obesidad son considerados también como un problema de salud pública a nivel mundial. El 15% y 20% de la población adulta de Europa es obesa, además se estima que el 64% de los estadounidenses adultos se encuentran en

alguno de estos dos estados: sobrepeso y/o obesidad. Chile, el año 2003, en una muestra de 2219 adultos, estableció que el índice de masa corporal (IMC) promedio fue 26,6 Kg/m<sup>2</sup> (3). La Encuesta Nacional de Salud del mismo año, indicó que sobre el 60% de la población adulta está afectada por sobrepeso y obesidad, aumentando a más del 70% en el grupo etéreo de 45 a 64 años (4). El año 2002, el 39,9% de pacientes de sexo femenino presentó un IMC mayor a 25 Kg/m<sup>2</sup> (5). Por último, en 1999, el 19,7% de 3120 sujetos tuvieron un IMC mayor que 30 Kg/m<sup>2</sup> (6). De acuerdo a las cifras mencionadas, es posible concluir que el sobrepeso y la obesidad constituyen un grave problema de salud pública. Así también existe abundante literatura sobre obesidad la cual abarca diversos aspectos, tales como su prevención, fisiopatología, tratamiento de la misma y de patologías físicas asociadas; sin embargo, no se ha puesto la misma importancia al componente psicológico, ya que la presencia de algún trastorno de este tipo podría influenciar el desarrollo de la obesidad como influir negativamente en el abandono de los tratamientos destinados a la disminución de peso y a las patologías concomitantes. Ya en la primera consulta por sobrepeso y obesidad, muchos pacientes manifiestan espontáneamente expresiones en que aluden al término «ansiedad» como causa de la ingestión excesiva de alimentos.

Ante lo expuesto se puede visualizar que el sobrepeso y/o obesidad está muy relacionado con la ansiedad, la cual al efectuar un conteo porcentual de los pacientes tratados, se pudo establecer que el 95% registra como antecedente clínico un padecimiento de ansiedad.

Como sabemos la ansiedad es un estado emocional tan normal y común pero que si no la controlamos idóneamente éste se puede convertir en un problema, afectando en su desenvolvimiento normal de cualquier persona, trascendiendo a un problema orgánico y/o funcional siendo nocivo para el que lo padece.

Trujillo no es ajeno a esta problemática; en mi experiencia tratando a personas con sobre peso y según lo referido en sus historias clínicas; muchos de estos pacientes vienen a consulta y expresan textualmente *“de la nada como”- “tengo muchas ganas de comer y no sé porque”*, sin embargo después de analizar los posibles factores generadores del deseo de comer sin ninguna razón aparente, los mismo pacientes reconocen que el comer sin tener hambre es una consecuencia generado por momentos de incertidumbre o congoja ocasionando ingerir alimentos compulsivamente, convirtiéndose en un acto repetitivo. Así también se puede observar que, si los mecanismos de defensa no cumplen el papel de equilibrio y/o objetivo de adaptación a lo que se viene en el futuro, a lo desconocido pues genera consecuencia adversa en el organismo.

A pesar de la importancia de la ansiedad en los problemas de sobrepeso, se carece de instrumentos debidamente estandarizados y fiables para medir la ansiedad en personas con sobrepeso en la ciudad de Trujillo. De ahí la importancia de contar con un instrumento acorde a la población antes mencionada ya que hasta la fecha solo se ha limitado a las entrevistas e historias clínicas sin poder evaluar psicométricamente a estos pacientes y saber si su ansiedad es producto de su personalidad ya estructurada (rasgo) o se debe a circunstancias propias de experiencias vividas (estado).

Ante lo referido nace la necesidad de formular la siguiente interrogante:

¿Cuáles son propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015?

## **1.2. Objetivos:**

### **2.3.1. General:**

Determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015.

### **2.3.2. Específicos**

- Determinar la validez de contenido por el método de criterio de jueces que avalan el uso del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015.
- Determinar la validez de constructo por el método de correlación ítem - factor del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015.
- Determinar la validez de constructo por el método de análisis factorial confirmatoria del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015.
- Determinar la validez concurrente del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015.

- Determinar la validez Clínica del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015.
- Establecer la confiabilidad por consistencia interna a través del método de estimación de homogeneidad a través del estadístico alfa de Cronbach del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015.
- Establecer la confiabilidad por estabilidad a través del método de Test re-test del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015.
- Elaborar las normas percentilares del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015.

## **CAPÍTULO II**

# **MARCO METODOLÓGICO**

## **2.1. VARIABLES:**

En el presente trabajo de investigación se utilizó la siguiente variable, de acuerdo al esquema:

**Variable:** Ansiedad Estado Rasgo

## 2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Ansiedad	Es una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así mismo como activación o descarga del sistema nervioso autónomo. (Spielberger, et al 1984).	Ansiedad está en función al promedio de los puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad y está conformado por 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. (Spielberger, et al 1984).	Ansiedad-rasgo	Presencia de ansiedad 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40  Ausencia de ansiedad 21,26,27,30,33,36,39	Nominal
			Ansiedad-estado	Presencia de ansiedad 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18  Ausencia de ansiedad 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20	

## 2.3. METODOLOGÍA

Metodológicamente para la presente investigación se utilizó el método deductivo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) donde refiere que “se comienza con la teoría y de ésta se derivan expresiones lógicas denominadas hipótesis que el investigador busca someter a prueba”; además del método inductivo el cual “se basa más en la lógica y un

proceso inductivo, es decir explora y describe, luego genera perspectivas teórica de los particular a lo general”.

#### 2.4. TIPOS DE ESTUDIO

El tipo de investigación será tecnológico aplicado. Sánchez y Reyes, (2006) refieren que una investigación es tecnológica en la medida en que aporta a la ciencia con instrumentos, métodos o programas que serán válidos para posteriores investigaciones. Sobre la base de la consideración anterior Rodríguez (2005), menciona que la investigación tecnológica es aquella en la cual el objetivo de investigación es menos teórico y en su mayoría práctico y cuyos instrumentos son científicos además de conducir a resultados validos basándose en teorías científicas heterogéneas y aun incompatibles, en paradigmas alternativos, en dominios diferentes. (Herrmann, 1979, citado por Rodríguez y Cueva, 1995).

#### 2.5. DISEÑO

El diseño de estudio será Psicométrico y es considerada por Alarcón (2013) siendo el propósito de este estudio es desarrollar instrumentos de medición que reúnan los requisitos de “validez” y “confiabilidad”, de suerte que sean buenos predictores de la conducta. Comprende, también el desarrollo de “normas” para interpretar las puntuaciones individuales, puesto que las ejecuciones personales solo pueden valorarse en cuanto se les compara con resultados obtenidos por el grupo del que forma parte (p.224).

Es un diseño Tecnológico, ya que se propone la elaboración de una herramienta útil para la posterior solución de un problema.

El presente trabajo de investigación es representado por el siguiente esquema:



#### Dónde:

- **M:** Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE).
- **O<sub>1</sub>:** Representa la muestra constituida por pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015.



## 2.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

### 2.6.1. Población

Estuvo constituida por el total de 200 pacientes que asistieron a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo el año 2015, que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión.

Cabe señalar que la población muestral tiene las siguientes características:

- Pacientes que presenten sobrepeso
- Edad. 20 a 60 años.
- Sexo: Femenino.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Menores de 20 años
- Mujeres lactantes.
- Mujeres embarazadas.
- Pacientes con obesidad significativa o Mórbida
- Pacientes con prescripción médica.

### 2.6.2. Muestra

- Muestra general

Considerando el tamaño de la población como finita y relativamente pequeña la estrategia de muestreo fue captar como muestra al 100% de los integrantes de la población situación que nos brinda la máxima confiabilidad y el mínimo error de muestreo; es decir  $n=N$ .

Para determinar el tamaño de muestra para el estudio descriptivo y para evaluar la validez congruente y la confiabilidad test-retest se hizo uso de la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N * Z^2 * PQ}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * PQ}$$

P : Proporción de elementos con la característica de interés.

Q : Proporción de elementos sin la característica de interés ( $Q=1-P$ ).

Z : Valor de la distribución normal estándar para un nivel de confianza especificado

- E : Error de muestreo
- N : Tamaño de población
- n : Tamaño de muestra

- Muestra para análisis descriptivo

Para el estudio descriptivo se seleccionó aleatoriamente una muestra conformada por un total de 132 pacientes que asistieron a la clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo el año 2015. En el cálculo del tamaño de muestra se usó un nivel de confianza del 95%, un error de muestreo del 5.0% y una varianza máxima (PQ=0.25) para asegurar un tamaño de muestra lo suficientemente grande respecto al tamaño de la población (N=200).

$$n = \frac{403 * 1.96^2 * .25}{(403 - 1) * .0544^2 + 1.96^2 * .25}$$

$$n=180$$

- Muestra para confiabilidad test-retest y validez congruente

Constituida por un total de 132 pacientes que asistieron a la clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo el año 2015. La muestra fue obtenida con un nivel de confianza del 95%, un error de muestreo del 5.0% y una varianza máxima (PQ=0.25) para obtener un tamaño de muestra lo suficientemente grande respecto al tamaño de la población (N=200) de las referidas pacientes.

$$n = \frac{200 * 1.96^2 * .25}{(200 - 1) * .05^2 + 1.96^2 * .25}$$

$$n=132$$

## 2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 2.7.1. TÉCNICAS

Psicométrico. El test psicológico es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Es objetiva, porque el resultado obtenido en el test es independiente del propio sujeto

evaluado y del psicólogo que realiza la aplicación. Estandarizada se refiere a la uniformidad de los procedimientos en la aplicación y calificación de la prueba. Es evidente que si los resultados que obtienen distintas personas han de ser comparables, las condiciones del examen tienen que ser las mismas para todos (Maldonado, R. 2008 p. 16).

## **2.7.2. INSTRUMENTOS**

Inventario de Ansiedad, Rasgo – Estado (IDARE), su autores son Spielberger, Charles; Díaz – Guerrero, Rogelio (1975), su procedencia de este instrumento es de los Estado Unidos, la adaptación fue hecha en México, 1975 y Rojas, Lima, Perú (1997), su administración puede ser individual y colectiva, su estimado de duración en su aplicación varía entre 15 minutos, su significación es medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a como se siente el sujeto en ese momento) y rasgo (cómo se siente generalmente), su uso puede darse en las áreas de Educativo, Clínico y en investigación, su aplicación debe darse en personas con nivel educativo Medio – superior, su puntuación es de Calificación manual.

### **2.7.2.1. Descripción de la Prueba:**

El inventario de ansiedad rasgo – estado IDARE fue construido por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) (IDARE, versión en Español del STAI (State Trait – Anxiety Inventory), con el propósito de ofrecer una escala relativamente breve y confiable para medir rasgos y estados de ansiedad. La versión en español de dicho inventario fue publicada en el año 1975 por Spielberger, Martínez, Gonzales, Natalicio y Díaz con la asistencia de psicólogos de 10 países lationamericanos, incluyendo el Perú. (Spielberger y Díaz – Guerrero, 1975).

El IDARE está conformado por 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado.

La escala A Rasgo (SXR) está conformado por ítems (7 directos y 13 inversos) en la cual se presentan afirmaciones para describir cómo se sienten generalmente las personas ante situaciones de estrés ambiental. Mide la propensión a la ansiedad; la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en A-Estado.

Por su parte, la escala A-Estado (SXE) está conformado por 20 ítems (10 directos e inversos) en la cual se pide a los participantes indicar cómo se sienten en situaciones específicas de presión ambiental. Mide el nivel de ansiedad transitorio experimentado en una situación determinada; además, evalúa los sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión que experimenta el sujeto.

De este modo, los evaluados contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala likert de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A – Estado las opciones de respuestas en la escala Likert de intensidad son: 1- no en lo absoluto, 2- Un poco, 3 – Bastante, 4- Mucho; mientras que en la escala A- Rasgo, las opciones en la escala Likert de frecuencia son: 1- Casi nunca, 2- Algunas veces, 3- Frecuentemente, 4- Casi siempre.

Cabe señalar que en el IDARE, en la escala estado hay 10 ítems positivos de ansiedad (a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos (a mayor puntuación menor ansiedad). De igual forma en la escala rasgo hay 13 ítems positivos (a mayor puntuación mayor ansiedad) y 7 ítems negativos (a mayor puntuación menor ansiedad).

### **2.7.2.2. Validación y confiabilidad**

#### **Validez de la Escala**

La validez concurrente de la escala A- Rasgo del IDARE se obtuvo a través de las correlaciones entre esta escala y otros instrumentos que miden la ansiedad como la Escala de ansiedad (IPAT) de Cattell y Scheier (1963), la escala de ansiedad manifiesta (TMAS) de Taylor (1963) y la lista de objetivos (AACL) de Zuckerman (1960), encontrando que dichas correlaciones eran moderadamente altas (entre 0.52 y 0.83) tanto para estudiantes universitarios como para pacientes (Spielberger y Díaz – Guerrero, 1975).

La validez de la escala A – Estado se obtuvo en una muestra de 977 estudiantes (332 hombres y 645 mujeres) no graduados de la Universidad Estatal de Florida, a quienes se les aplicó esta escala bajo las instrucciones estándar (condición de norma). En seguida, se les solicitó que respondiesen la misma escala de acuerdo a cómo ellos creían que se sentirían “Inmediatamente antes de un examen final en uno de los cursos más importantes” (condición de examen). Finalmente, encontraron que la calificación promedio para la escala A – Estado era más alta en la condición de examen que en la condición de norma tanto para hombres como para mujeres,

corroborando la capacidad que tienen los reactivos de esta escala para discriminar entre condiciones caracterizadas por distintos grados y tipo de tensión (Spielberger y Díaz – Guerrero, 1975)

Arias (1990), realizó un estudio de validación de la prueba en Argentina, Ecuador, México y Perú. Para la interpretación de los resultados, la autora ofrece una tabla de conversión de puntuaciones derivada de una muestra mexicana, presentando baremos utilizando una escala de centil ordinal, 5 a 95.

### **Confiabilidad**

La confiabilidad del IDARE fue evaluada según el método test-retest con una población de 484 estudiantes universitarios no graduados (253 hombres y 231 mujeres). Par la escala A- Rasgo, las correlaciones de test-retest, según un intervalo de 104 días, fueron significativamente altas, variando entre 0.73 y 0.86; mientras que las correlaciones para la escala A- Estado fueron relativamente bajas, variando entre 0.16 y 0.54. Además, debido a la naturaleza transitoria de los estados de ansiedad, se hallaron los coeficientes alfa de confiabilidad interna, que variaron entre 0.83 y 0.92 para la escala A- Estado y entre 0.86 y 0.92 para la escala A- Rasgo (Spielberger y Díaz – Guerrero, 1975).

En el Perú, Anchante (1993) encontró una confiabilidad interna a través del coeficiente alfa de cronbach de 0.92 para la escala A- Estado y de 0.87 para la escala A- Rasgo.

Por su parte, Rojas (1997), halló una confiabilidad interna de 0.93 para la escala A- Estado y de 0.85 para la escala A- Rasgo; además, registró que la mediana para la correlación ítem-test en la escala A- Estado fue 0.64 y en la escala A- Rasgo, de 0.45.

Posteriormente, Flores (1999) con la misma prueba, realizó la correlación ítem-test para las dos escalas, obteniendo, en todos los casos, coeficientes de correlación superiores al criterio de 0.20, razón por la cual todos los ítems fueron aceptados y considerados como coeficiente Alfa de Cronbach, con un puntaje de 0.91 para la escala A- Estado y de 0.83 para la escala A- Rasgo, demostrándose la consistencia interna del IDARE.

## 2.8. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS:

Una vez aplicadas las pruebas a las integrantes de la muestra, y creada la base de datos en el Software de computación Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0, se procedió a realizar el análisis psicométrico del instrumento. En primer lugar evaluó la validez de contenido, sometiendo a la Escala al criterio de nueve jueces que evaluaron la coherencia, claridad y relevancia de los ítems; En seguida se procedió a evaluar la validez de constructo calculando los índices de Correlación Ítem-test corregido, que indican la correlación lineal entre cada ítem con la suma de todos los demás indicando la magnitud y dirección de esta relación; Asimismo se evaluó la validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio de los ítems, en la población en estudio, este método permitió ratificar la estructura preestablecida del test propuesta por los autores del instrumento; Luego se procedió a evaluar la validez congruente mediante el estadígrafo de Spearman para establecer el grado de asociación de las mediciones de la ansiedad rasgo-estado con las respectivas obtenidas al aplicar el test de ansiedad de Zung. Respecto a la confiabilidad del instrumento se evaluó por estabilidad, a través del coeficiente de confiabilidad Test-retest, obtenido como la correlación del test consigo mismo en aplicaciones sucesivas a las mismas pacientes; La confiabilidad también fue evaluada por consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach que permite cuantificar el nivel de fiabilidad de una escala a partir de variables observadas. Luego de la evaluación de la confiabilidad y validez se procedió a evaluar la normalidad de las puntuaciones obtenidas en el test y sus respectivas dimensiones, registradas por las integrantes de la población, que permitió decidir el uso de la prueba paramétrica F para comparar promedio según edad en ansiedad estado y la no paramétrica de U de Mann\_Whitney, en la comparación promedios en ansiedad rasgo; Se elaboraron normas en percentiles generales por no haber identificado diferencia según grupos de edad . Finalmente se realizó un estudio descriptivo haciendo uso de medidas estadísticas descriptivas como la media, desviación estándar y coeficiente de variación.

# **CAPÍTULO III**

## **RESULTADOS**

### 3.1. VALIDEZ

#### 3.1.1. VALIDEZ DE CONTENIDO

La validez mediante el juicio de expertos del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado fue establecida por nueve jueces. Los resultados se muestran en:

##### Ansiedad estado

Es esta escala se aprecia que la mayoría de ítems tienen un porcentaje de acuerdos, tanto en claridad como en relevancia entre 88.89% y 100%; solo el ítem 1, reporta en claridad y relevancia un porcentaje de acuerdo de 77.78%; y el ítem 11, muestra el 77.7% de acuerdos en relevancia.

**Tabla 1**

*Validez de contenido por criterio de expertos en la dimensión Ansiedad Estado*

N° ítems	Claridad			Relevancia		
	Total	% de acuerdos	Sig.( p)	Total	% de acuerdos	Sig.( p)
1	7	77.78	-	7	77.78	-
2	8	88.89	0.020*	8	88.89	0.020*
3	9	100	0.002**	9	100	0.002**
4	9	100	0.002**	9	100	0.002**
5	9	100	0.002**	9	100	0.002**
6	9	100	0.002**	9	100	0.002**
7	9	100	0.002**	9	100	0.002**
8	9	100	0.002**	8	88.89	0.020*
9	9	100	0.002**	9	100	0.002**
10	9	100	0.002**	8	88.89	0.020*
11	8	88.89	0.020*	7	77.78	-
12	8	88.89	0.020*	9	100	0.002**
13	9	100	0.002**	9	100	0.002**
14	9	100	0.002**	9	100	0.002**
15	9	100	0.002**	9	100	0.002**
16	9	100	0.002**	9	100	0.002**
17	9	100	0.002**	9	100	0.002**
18	9	100	0.002**	9	100	0.002**
19	9	100	0.002**	9	100	0.002**
20	9	100	0.002**	9	100	0.002**
$\bar{x}$	8.75	97.2%	0.002**	8.65	96.11	.002**

**Nota:** \*\*p<.01 \*p<.05 / Fuente: Datos alcanzados en el estudio



Referente a la evaluación de la coherencia de los ítems de la escala ansiedad estado en la población en estudio (Tabla 2), se evidencia que el índice de Aiken reporta valores que oscilan entre .89 y 1; así también el índice de acuerdos se encuentra entre el .89 y 1.

Tabla 2

Validez de contenido por criterio de expertos en la dimensión Ansiedad Estado

N° ítems	Coherencia			
	Total	V Aiken	Sig.( p)	IA
1	.8	0.89	.020*	0.89
2	.8	0.89	.020*	0.89
3	.9	1	.002**	1
4	.9	0.93	.002**	1
5	.9	0.96	.002**	1
6	.9	0.93	.002**	1
7	.9	1	.002**	1
8	.9	0.93	.002**	1
9	.9	1	.002**	1
10	.8	0.85	.020*	0.89
11	.8	0.85	.020*	0.89
12	.9	1	.002**	1
13	.9	1	.002**	1
14	.9	0.96	.002**	1
15	.9	1	.002**	1
16	.9	1	.002**	1
17	.9	0.93	.002**	1
18	.9	0.93	.002**	1
19	.9	0.93	.002**	1
20	.9	1	.002**	1
$\bar{X}$	8.35	0.96	.002**	8.89

Nota: \*\*p<.01 \*p<.05 / Fuente: Datos alcanzados en el estudio} IA = Índice de acuerdo

### Ansiedad rasgo

La validez de contenido por criterio de nueve expertos revela que el porcentaje de acuerdos en claridad y relevancia de los ítems que constituyen la escala de ansiedad rasgo (Tabla 3), es de 88.89% y de 100% en la mayoría de los ítems, solamente en el ítem 30 es de 77.78%; y en relevancia, el ítem 30 muestra este porcentaje de acuerdos tanto en claridad como en relevancia.

Tabla 3

*Validez de contenido por criterio de expertos en la dimensión Ansiedad Rasgo*

N° ítems	Claridad			Relevancia		
	Total	% de acuerdos	Sig.( p)	Total	% de acuerdos	Sig.( p)
21	8	88.89%	.020*	8	88.89%	.020*
22	8	88.89%	.020*	8	88.89%	.020*
23	8	88.89%	.020*	7	77.78%	
24	8	88.89%	.020*	8	88.89%	.020*
25	8	88.89%	.020*	8	88.89%	.020*
26	9	100%	.002*	8	88.89%	.020*
27	9	100%	.002*	8	88.89%	.020*
28	8	88.89%	.020*	7	77.78%	
29	9	100%	.002**	8	88.89%	.020*
30	7	77.78%		7	77.78%	
31	9	100%	.002**	9	100%	.002**
32	8	88.89%	.020*	8	88.89%	.020*
33	8	88.89%	.020*	9	100%	.002**
34	8	88.89%	.020*	8	88.89%	.020*
35	9	100%	.002**	9	100%	.002**
36	8	88.89%	.020*	8	88.89%	.020*
37	9	100%	.002**	9	100%	.002**
38	9	100%	.002**	9	100%	.002**
39	9	100%	.002**	9	100%	.002**
40	9	100%	.002**	9	100%	.002**
$\bar{X}$	8.75	97.2%	0.002**	8.6	96.11	0.002**

Nota: \*\*p<.01

\*p<.05 / Fuente: Datos alcanzados en el estudio

Referente a la evaluación de la coherencia de los ítems de la escala ansiedad rasgo en la población en estudio (Tabla 4), calculada con el índice de Aiken, reporta valores que oscilan entre .89 y 1; así también el índice de acuerdos se encuentra entre el .89 y 1.

Tabla 4

*Validez de contenido por criterio de expertos en la dimensión Ansiedad Rasgo*

N° ítems	Coherencia			
	Total	V Aiken	Sig.( p)	IA
21	.8	0.89	.020*	0.89
22	.8	0.89	.020*	0.89
23	.8	0.89	.020*	0.89
24	.8	0.89	.020*	0.89
25	.8	0.85	.020*	0.89
26	.8	0.89	.020*	0.89
27	.8	0.89	.020*	0.89
28	.8	0.85	.020*	0.89
29	.9	0.96	.020*	1
30	.8	0.89	.020*	0.89
31	.9	0.96	.002**	1
32	.8	0.89	.020*	0.89
33	.8	0.93	.002**	0.89
34	.8	0.93	.002**	0.89
35	.9	0.96	.002**	1
36	.8	0.85	.020*	0.89
37	.9	0.93	.002**	1
38	.9	0.96	.002**	1
39	.9	0.96	.002**	1
40	.9	0.93	.002**	1
$\bar{X}$	8.35	0.93	.002**	0.89

**Nota:** \*\*p<.01 \*p<.05 / Fuente: Datos alcanzados en el estudio IA = Índice de acuerdo

### 3.1.2. VALIDEZ DE CONSTRUCTO:

#### A) Análisis de ítems

Los resultados de la evaluación de la contribución de los ítems del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en 200 pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo, a través del índice de homogeneidad ítem-test corregido calculado con el coeficiente de correlación de Pearson, señalan que el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado es válido, debido a que los cuarenta ítems que forman parte del inventario, correlacionan de manera directa y muy significativamente ( $p < .01$ ) con la puntuación total en el instrumento; cuyos resultados según dimensión se dan a continuación.

#### Ansiedad Estado

En la Tabla 5, se observa que presentan nivel muy bueno de discriminación, diecinueve de los veinte ítems que constituyen la escala y el ítem 8, muestra un nivel de discriminación bueno. Asimismo se aprecia que las correlaciones son altamente significativas ( $p < .01$ ); Por lo que se podría afirmar que los ítems tienden a diferenciar a estos pacientes. Los resultados obtenidos indican garantía psicométrica de la escala.

Tabla 5

*Correlación ítem-test corregido en la escala Ansiedad Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

Ítems	Correlación ítem-test corregido (ritc)	Nivel de discriminación
Ítem 1	.623**	Muy bueno
Ítem 2	.576**	Muy bueno
Ítem 3	.529**	Muy bueno
Ítem 4	.636**	Muy bueno
Ítem 5	.512**	Muy bueno
Ítem 6	.628**	Muy bueno
Ítem 7	.472**	Muy bueno
Ítem 8	.322**	Bueno
Ítem 9	.424**	Muy bueno
Ítem 10	.568**	Muy bueno
Ítem 11	.540**	Muy bueno
Ítem 12	.597**	Muy bueno
Ítem 13	.567**	Muy bueno
Ítem 14	.687**	Muy bueno
Ítem 15	.517**	Muy bueno
Ítem 16	.535**	Muy bueno
Ítem 17	.605**	Muy bueno
Ítem 18	.509**	Muy bueno
Ítem 19	.531**	Muy bueno
Ítem 20	.592**	Muy bueno

**Nota:** \*\* $p < .01$  / Fuente: Datos alcanzados en el estudio

## Ansiedad Rasgo

La Tabla 6, presenta los índices de homogeneidad de la escala ansiedad rasgo, en la muestra de 200 pacientes, percibiendo que los referidos índices son altamente significativos ( $p < .01$ ); Presentando ocho ítems un nivel de discriminación muy bueno; un nivel de discriminación bueno los ítems 22, 26 y 27 y solamente el ítem 34 muestra un nivel de discriminación deficiente (Tabla 6). Por tanto se podría afirmar que los referidos. Ítems apuntan a medir el mismo rasgo.

Tabla 6

*Correlación ítem-test corregido en la escala Ansiedad Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

Ítems	Correlación ítem-test corregido	Nivel de discriminación
Ítem 21	.406**	Muy bueno
Ítem 22	.389**	Bueno
Ítem 23	.471**	Muy bueno
Ítem 24	.499**	Muy bueno
Ítem 25	.507**	Muy bueno
Ítem 26	.397**	Bueno
Ítem 27	.376**	Bueno
Ítem 28	.585**	Muy bueno
Ítem 29	.548**	Muy bueno
Ítem 30	.421**	Muy bueno
Ítem 31	.476**	Muy bueno
Ítem 32	.640**	Muy bueno
Ítem 33	.532**	Muy bueno
Ítem 34	.255**	Deficiente
Ítem 35	.528**	Muy bueno
Ítem 36	.522**	Muy bueno
Ítem 37	.456**	Muy bueno
Ítem 38	.539**	Muy bueno
Ítem 39	.422**	Muy bueno
Ítem 40	.451**	Muy bueno

**Nota:** \*\* $p < .01$  / Fuente: Datos alcanzados en el estudio

## B) Análisis Factorial Confirmatorio

Para evaluar la estructura bifactorial del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado obtenida en el análisis exploratorio por los autores del instrumento, en la población de 200 pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo (Tabla 7), se aplicó análisis factorial confirmatorio con una rotación varimax, cuyos resultados permitieron ratificar el modelo propuesto por los autores (referente a la estructura en dos factores: ansiedad estado y ansiedad rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) en la población en

estudio; Es así como los resultados señalan que el modelo propuesto presenta diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ), respecto al modelo nulo, lo que indicaría que los ítems que constituyen cada una de las escalas estarían correlacionados entre sí; También se aprecia que el índice de ajuste IFI presenta un valor menor a .90, lo que señala que el ajuste no es muy bueno.

Tabla 7

*Prueba de bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio de las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

	Prueba de bondad de ajuste	Índice de ajuste comparativo
<b>Ansiedad Estado</b>		
H0: MP = MN	$\chi^2 = 686.4$	IFI = .673
H1: MP $\neq$ MN	p = .000 ** p < .01	
<b>Ansiedad Rasgo</b>		
H0: MP = MN	$\chi^2 = 203.5$	IFI = .725
H1: MP $\neq$ MN	p = .000 ** p < .01	

**Nota:** \*\*p<.01 / Fuente: Datos alcanzados en el estudio

+: Nivel de ajuste bueno si índice de ajuste (IFI), es mayor a .90.

MP: Modelo propuesto

MN: Modelo nulo

H<sub>0</sub>: Modelo propuesto = Modelo nulo (Los ítems que constituyen la escala no están correlacionados)

H<sub>1</sub>: Modelo propuesto  $\neq$  Modelo nulo (Los ítems que constituyen la escala están correlacionados)

### C) Cargas Factoriales

En la Tabla 8, se presentan las cargas factoriales, que reporta el análisis factorial confirmatorio, de los ítems las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), tanto en la escala ansiedad rasgo como en la escala ansiedad estado, aplicado en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo, donde se evidencia que sus valores superan al valor mínimo establecido de .20, en la escala ansiedad rasgo el valor mínimo es .306 para el ítem 8, y de .732 en el ítem 14, igualmente en la escala ansiedad estado la carga factorial mínima es .286 en el ítem 34, y la de mayor valor .641 en el ítem 28; estos resultados aseguran la contribución de los ítems en la medición de las dos escalas que se pretende medir, y confirman los resultados obtenidos por el autor de la prueba original respecto a las cargas factoriales.

Tabla 8

*Cargas factoriales de los ítems las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

	Factores	
	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Ítem 1	.667	
Ítem 2	.620	
Ítem 3	.558	
Ítem 4	.662	
Ítem 5	.532	
Ítem 6	.667	
Ítem 7	.493	
Ítem 8	.306	
Ítem 9	.441	
Ítem 10	.593	
Ítem 11	.557	
Ítem 12	.633	
Ítem 13	.622	
Ítem 14	.732	
Ítem 15	.526	
Ítem 16	.534	
Ítem 17	.628	
Ítem 18	.560	
Ítem 19	.560	
Ítem 20	.618	
Ítem 21		.420
Ítem 22		.422
Ítem 23		.525
Ítem 24		.542
Ítem 25		.531
Ítem 26		.400
Ítem 27		.389
Ítem 28		.641
Ítem 29		.595
Ítem 30		.456
Ítem 31		.513
Ítem 32		.687
Ítem 33		.551
Ítem 34		.286
Ítem 35		.577
Ítem 36		.544
Ítem 37		.502
Ítem 38		.576
Ítem 39		.448
Ítem 40		.492

**Nota:** Fuente: Datos alcanzados en el estudio

#### D. Validez Concurrente

Los resultados de la correlación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), con el test de Ansiedad de Zung, en una muestra de 80 pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital, mediante el estadígrafo de Pearson (tabla 9), estableció que ambas escalas correlacionaron muy significativamente ( $p < .01$ ), en nivel moderado con la escala de ansiedad de Zung; presentando la ansiedad estado una correlación ligeramente más alta que la correlación respectiva de la ansiedad de rasgo.

Tabla 9

*Correlación de las puntuaciones en las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), con el test de Ansiedad de Zung en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

	Ansiedad de Zung Coeficiente de correlación ( r )	Sig.(p)	Nivel
Ansiedad Estado	.475	0,000 **	Medio
Ansiedad Rasgo	.433	0,000 **	Medio

**Nota:** \*\* $p < .01$

/ Fuente: Datos alcanzados en el estudio



### 3.2. VALIDEZ CLÍNICA

Los resultados mostrados en la tabla 10, con una muestra de 50 pacientes con presencia de ansiedad ya diagnosticados y 50 pacientes con ausencia de ansiedad (total 100 pacientes) señalan que el modelo propuesto presenta un 94% de sensibilidad indicando la capacidad que tiene la prueba de diagnosticar a un grupo enfermo “ansioso” y un 100% de especificidad lo cual podemos decir que la prueba permite determinar a grupo sano en este caso “Sin ansiedad” finalmente podemos determinar que la prueba es capaz de diagnosticar a los ansiosos (enfermos ) y sin ansiedad (sanos).

$$\text{Sensibilidad} = \frac{VP}{VP + FN}$$

$$\text{Especificidad} = \frac{VN}{VN + FP}$$

Tabla 10

*Prueba de validez Clínica del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

	N° de evaluados	Propensión	N°	%
Sensibilidad	50	03	47	94%
Especificidad	50	00	50	100%

**Nota:** Sensibilidad= Presencia de Ansiedad    Especificidad= Sin Ansiedad

### 3.3. CONFIABILIDAD

#### 3.3.1. Confiabilidad por consistencia interna

Respecto a la confiabilidad por consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach de las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en una muestra de 200 pacientes atendidas en la Clínica de control de peso (Tabla 11), reportando un índice de confiabilidad de la escala ansiedad estado mayor que el índice de confiabilidad que presenta la escala ansiedad rasgo, aunque en ambos casos la confiabilidad por consistencia interna es calificada como elevada y muy buena respectivamente.

Tabla 11

*Confiabilidad del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

	Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	Intervalo de estimación al 95% de confianza	N° Ítems	Nivel
Ansiedad Estado	.909	$.890 \leq \alpha \leq .926$	20	Elevada
Ansiedad Rasgo	.873	$.847 \leq \alpha \leq .897$	20	Muy buena

**Nota:** \*\* $p < .05$  / Fuente: Datos alcanzados en el estudio

### 3.2.2 Confiabilidad por Estabilidad

Los resultados de la correlación con el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 12), mediante el método de test-retest con una muestra de 80 pacientes que asisten a la Clínica de control de peso determino alta estabilidad, tanto para la escala Ansiedad estado como para la escala ansiedad rasgo; por tanto el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado posee una adecuada confiabilidad en términos de estabilidad.

Tabla 12

*Confiabilidad por Test-retest del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

Escala	Coeficiente de Correlación test-retest	Sig.(p)	Nivel
Ansiedad Estado	0.818	0,000 **	Fuerte
Ansiedad Rasgo	0.801	0,000 **	Fuerte

**Nota:** \*\*p<.01 / Fuente: Datos alcanzados en el estudio

### 3.3 NORMAS

En la tabla 13, se presentan las normas generales en percentiles para cada una de las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en 200 pacientes atendidas en la clínica de control de peso; la elaboración de estas normas generales se debe a que la prueba de Kruskal-Wallis no encontró evidencia de diferencia significativa según grupo de edades (20 a 29, 30-39, y 40-60, años de edad), de las pacientes atendidas en la referida clínica.

Tabla 13

*Normas en percentiles, del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

Nivel	Pc	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Pc	Nivel
Alto	99	63-64	64	99	Alto
	98	62	63	98	
	97	60	62	97	
	95	58	60	95	
	90	53	56	90	
	85	52	55	85	
	80	51	52	80	
Moderado	75	50	50	75	Moderado
	70	49	49	70	
	65	48	49	65	
	60	46	48	60	
	55	46	47	55	
Leve	50	45	46	50	Leve
	45	44	46	45	
	40	44	45	40	
	35	43	44	35	
	30	41	43	30	
Sin Ansiedad	25	40	42	25	Sin Ansiedad
	20	39	41	20	
	15	39	40	15	
	10	36	39	10	
	5	35	37	5	
	3	34	35	3	
	2	33	33	2	
	1	29	30-32	1	
	N	200	200	N	
$\bar{x}$	45.1	46.9	$\bar{x}$		
DS	6.6	6.8	DS		
CV%	14.6	14.4	CV%		

**Nota:** PC= Percentil N = Número de sujetos  $\bar{x}$ = media DS = Desviación Estándar  
CV= Coeficiente de varianza / Fuente: Datos alcanzados en el estudio

### 3.4 DESCRIPTIVO

#### 3.4.1. ANSIEDAD RASGO-ESTADO

##### 3.4.1.2. NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO Y ANSIEDAD RASGO

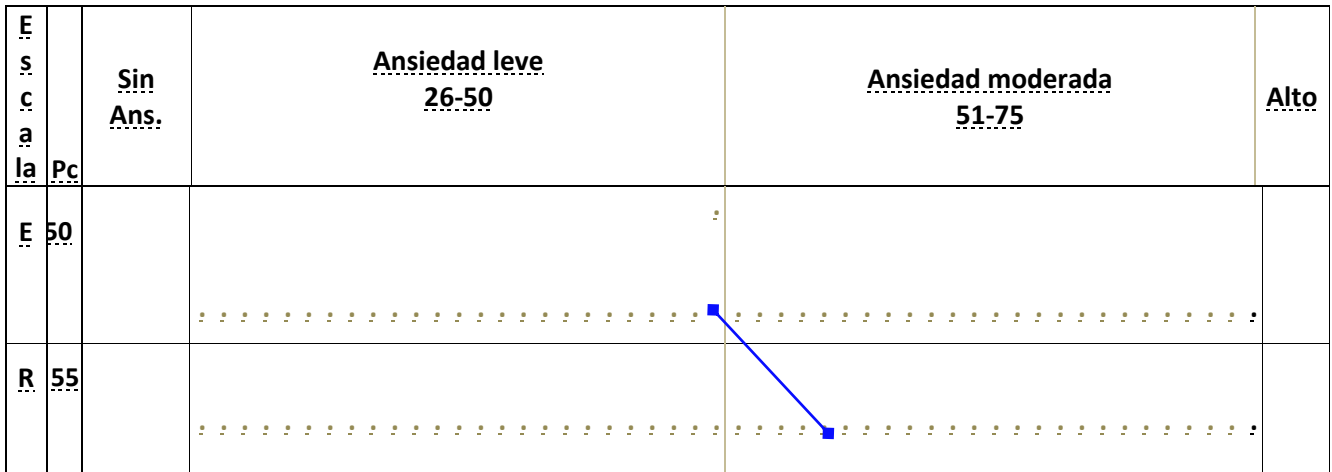
En la tabla 14, se muestra los resultados del nivel de ansiedad estado y ansiedad rasgo, en una muestra constituida por 132 pacientes atendidas en la clínica de control de peso; observando que los promedios corresponden a un nivel leve, en ansiedad estado y a un nivel moderado en ansiedad rasgo, presentando mayor promedio en ansiedad rasgo. Respecto a la variabilidad de las puntuaciones respecto a su media aritmética, se observa que presentan un menor alejamiento de su promedio las puntuaciones en ansiedad rasgo que en ansiedad estado, por presentar menor coeficiente de variación. El grupo puede ser descrito como un grupo no clínico, puesto que su puntuación estandarizada corresponden a valores en percentiles menores que el percentil 75.

Tabla 14

*Estadísticos descriptivos y nivel de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

	n	$\bar{x}$	DS	CV%	Pc	Nivel
Ansiedad estado	132	44.9	7.1	15.8	50	Leve
Ansiedad rasgo	132	47.0	6.9	14.7	55	Moderado

**Nota:** PC= Percentil N = Número de sujetos  $\bar{x}$ = media DS = Desviación Estándar  
CV= Coeficiente de varianza / Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Castro, I. 2016)



**Figura 1.-** Perfil de la puntuación media en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo

Apreciando el perfil de la puntuación media podemos ver que los pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital presentan un puntaje medio de 50 perteneciente a un nivel leve en Ansiedad Estado y un puntaje de 55 perteneciente a un nivel moderado en Ansiedad Rasgo.

# **CAPÍTULO IV**

## **DISCUSIÓN**

Los resultados mostrados en el presente trabajo de investigación denotan la importancia de establecer los procesos psicométricos del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) aplicados en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo.

En tal sentido se pudo determinar las propiedades psicométricas de la misma; a través de la validez de contenido por el método de criterio de jueces (9 expertos) del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE); quienes dieron su opinión informada estableciendo que en la escala de Ansiedad – Estado la mayoría de ítems tienen un porcentaje de adecuados, tanto en claridad como en relevancia entre un 88.89% y 100%. Solo el ítem 1 arrojó en claridad y relevancia un porcentaje de acuerdos de 77.78% y el ítem 11 arrojó un 77.7% de acuerdos en relevancia; del mismo modo en coherencia se evidencia un índice de Aiken con un valor que oscila entre .89 y 1; así también el índice de acuerdos se encuentra entre el .89 y 1. De igual modo en la escala de Ansiedad – Rasgo la mayoría de ítems tienen un porcentaje de adecuados, tanto en claridad como en relevancia entre un 88.89% y 100%. Solo el ítem 30 arrojó en claridad y relevancia un porcentaje de acuerdos de 77.78% y el ítem 23 arrojó un 77.78% de acuerdos en relevancia; del mismo modo en coherencia se evidencia un índice de Aiken con un valor que oscila entre .89 y 1; así también el índice de acuerdos se encuentra entre el .89 y 1. Bajo estos argumentos expuestos podemos decir que el Inventario Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) posee una Validez de Contenido según el método de criterio de Jueces, confirmando así que los ítems que conforman el instrumento representan el contenido que el test IDARE objetivamente quiere valorar. En tal sentido bajo la validez de contenido el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) denota precisión en la definición y en grado de suficiencia. (Escrura, 1988)

Referente a la validez de constructo por el método de correlación ítems, a través del índice de homogeneidad ítem-test corregido calculado con el coeficiente de correlación de Pearson, señalan que el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado es válido, debido a que los cuarenta ítems que forman parte del inventario, correlacionan de manera directa y muy significativamente ( $p < .01$ ) con la puntuación total en el instrumento. En tal sentido nos demuestra garantía psicométrica de las escalas. De igual manera respecto a la dimensión de Ansiedad Rasgo, presenta los índices de homogeneidad, percibiendo que los referidos índices son altamente significativos ( $p < .01$ ); Presentando ocho ítems un nivel de discriminación muy bueno; un nivel de discriminación bueno los ítems 22, 26 y 27 y solamente el ítem 34 muestra un nivel de discriminación deficiente. Así también respecto a la dimensión Ansiedad Estado, se observa que presentan nivel muy bueno de discriminación, diecinueve de los veinte ítems que constituyen la escala y el ítem 8, muestra un



nivel de discriminación bueno. Asimismo se aprecia que las correlaciones son altamente significativas ( $p < .01$ ); Por lo que se podría afirmar que los ítems tienden a diferenciar a estos pacientes y que los mismos apuntan a medir la ansiedad Rasgo-Estado y los resultados obtenidos indican garantía psicométrica de la escala (Arias Pittman, J. 2013).

Por otra parte para examinar la validez de constructo por el método bifactorial del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado obtenida en el análisis exploratorio por los autores del instrumento, se aplicó análisis factorial confirmatorio con una rotación varimax, cuyos resultados permitieron ratificar el modelo propuesto por los autores (referente a la estructura en dos factores: ansiedad estado y ansiedad rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) en la población en estudio. En tal sentido los resultados demuestran que el modelo propuesto presenta diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ), indicando que los ítems de cada una de las escalas estarían correlacionadas entre sí. Esto confirma la verosimilitud de una relación pre-especificada dando estabilidad al instrumento (Bollen, 1989).

En cuanto a la validez concurrente, se correlacionaron los resultados del Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Test de ansiedad (ZUNG) mediante el estadígrafo de Pearson estableciendo que ambas escalas tienen correlación muy significativa ( $p < .01$ ), en nivel moderado con la escala de ansiedad (ZUNG); presentando la ansiedad Estado una correlación ligeramente más alta que la correlación de ansiedad Rasgo. En tal sentido, la fuente de validación existe cuando se contempla la relación de los puntajes de un instrumento; con otro que mide el mismo constructo (Prieto y Delgado, 2010). Bajo estos argumentos podemos determinar que existe una validez concurrente.

Respecto a la validez clínica se analizaron los resultados entre pacientes con presencia de ansiedad y ausencia de ansiedad mostrando que el modelo propuesto presenta un 94% de sensibilidad indicando la capacidad que tiene el instrumento de diagnosticar a un grupo enfermo "ansioso" y un 100% de especificidad lo cual podemos decir que la prueba permite reconocer a un grupo "no ansioso". En tal sentido se puede argumentar que la Validez Clínica es objetiva con credibilidad en los resultados para detectar pacientes ansiosos y no ansiosos. Estos datos son respaldados por Pérez (2012) quien refiere que una forma de medir esa precisión es mediante un cociente entre los aciertos conseguidos respecto al total. O sea, se trata de hacer un cociente

entre los verdaderos positivos (pacientes no sanos) y los verdaderos negativos (pacientes sanos) respecto del total. En realidad, se trata de un promedio entre Sensibilidad y Especificidad.

En lo que refiere a la confiabilidad por consistencia interna del inventario de ansiedad Rasgo-Estado obtenida mediante (Alpha de Cronbach), los resultados arrojaron un índice de confiabilidad de .87 lo cual lo ubica en un nivel muy bueno en la escala de ansiedad-Rasgo asimismo en la escala ansiedad – estado lo ubica en un índice de confiabilidad de .90 ubicándolo en un nivel elevado. Estos resultados coinciden con Domínguez, S., Villegas,G., Sotelo,N. & Sotelo,L.(2012) quien en su investigación de propiedades psicométricas del Inventario Ansiedad Estado-Rasgo(IDARE) hallaron indicadores de confiabilidad aceptables a través del método de consistencia interna también con el método alpha de Crombach concluyendo que IDARE es un instrumento válido y confiable para evaluar ansiedad.

Por otro lado los resultados de la confiabilidad por estabilidad mediante el método de test-retest utilizando el estadígrafo de Pearson, determinó alta estabilidad, tanto para la escala ansiedad Estado como para la escala ansiedad Rasgo; por tanto el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) posee una adecuada confiabilidad en términos de estabilidad. Por ello se puede decir que en esencia la confiabilidad de un instrumento; en este caso a través del método test retest, es el grado de congruencia con la que mide el atributo que se supone evalúa. Es decir cuanto menor variación produzca un instrumento de mediciones repetidas de un atributo, mayor será su confiabilidad, de este modo, la confiabilidad puede equiparse con la estabilidad congruencia o confiabilidad de un instrumento de medición (Arias Pittman, J. 2013).

Respecto a las normas percentilares se muestran las normas generales en percentiles para cada una de las escalas del IDARE (Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado). El motivo de elaborar normas generales se debe a que la prueba de Kruskal-Wallis no encontró evidencia de diferencia significativa según grupo de edades (20 a 29, 30-39, y 40-60, años de edad), de las pacientes atendidas en la clínica de control de peso Isell Figura Vital. De igual modo se estableció los percentiles en escalas: alta, moderada, leve y sin ansiedad. En tal sentido bajo los resultados mostrados; estos resultados coinciden con Galloso Baca, S. (2014) quien en su tesis “propiedades psicométricas del invento de ansiedad rasgo-estado” en la que del mismo modo obtuvo baremos generales ya que no encontró diferencias significativas entre edades y/o sexo en la unidad de investigación establecida.

Bajo las argumentaciones mostradas, el uso del inventario de ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) será útil en pacientes con sobrepeso, teniendo en cuenta que ahora se podrá diferenciar entre pacientes con ansiedad propia de su personalidad (Rasgo) y pacientes con ansiedad, producto de la circunstancia en la que se encuentre (Estado). Esta diferenciación como parte del diagnóstico permitirá orientar al paciente de manera específica según sus características personales, consiguiendo así una mayor efectividad en la reducción de peso en estos pacientes, contribuyendo a su salud física como a su imagen corporal y autoestima.

Por todo lo mencionado y de acuerdo a las evidencias mostradas, se puede concluir que el Inventario de ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) aplicado a pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo es válido y confiable. Dado que cuenta con características psicométricas apropiadas.

# **CAPÍTULO V**

## **CONCLUSIONES**

Las propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo son consistentes, significativas y objetivas en su validez de contenido, validez de constructo, validez concurrente, validez Clínica, así también son fiables o dignos de fe en su confiabilidad por consistencia interna, confiabilidad por estabilidad y en sus normas percentilares se ajustan a los estándares establecidos.

En la validez de contenido por el método de criterio de jueces que avalan el uso del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE). En la escala de Ansiedad – Estado la mayoría de ítems tienen un porcentaje de adecuado, tanto en claridad como en relevancia y en coherencia el índice de acuerdos se encuentra entre el .89 y 1. De igual modo en la escala de Ansiedad – Rasgo la mayoría de ítems tienen un porcentaje de adecuado, tanto en claridad como en relevancia y en coherencia el índice de acuerdos se encuentra entre el .89 y 1. Bajo estos argumentos expuestos podemos decir que el Inventario Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) establece una Validez de Contenido.

En la validez de análisis de ítems, a través del índice de homogeneidad ítem-test corregido, se establece que el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado es válido, debido a que los cuarenta ítems que forman parte del inventario, se correlacionan de manera directa y muy significativamente ( $p < .01$ ) con la puntuación total en el instrumento. En tal sentido nos demuestra garantía psicométrica de las escalas. Respecto a la dimensión de Ansiedad Rasgo, presenta índices altamente significativos ( $p < .01$ ). Respecto a la dimensión Ansiedad Estado, presenta nivel muy bueno de discriminación; Asimismo se aprecia que las correlaciones son altamente significativas ( $p < .01$ ). Los resultados obtenidos indican garantía psicométrica de la escala.

En la estructura bifactorial del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado los resultados demuestran que el modelo propuesto por los autores (respecto a ansiedad estado y ansiedad rasgo) presenta diferencia altamente significativa ( $p < .01$ ) respecto al modelo nulo; lo que indicaría que los ítems que constituyen cada una de las escalas estarían correlacionados entre sí.

La validez concurrente se establece que ambas escalas tienen correlación muy significativa ( $p < .01$ ), en nivel moderado con la escala de ansiedad (ZUNG); presentando la ansiedad Estado una correlación ligeramente más alta que la correlación de ansiedad Rasgo.

En la Validez clínica se analizaron los resultados presentando un 94% de sensibilidad indicando la capacidad que tiene el instrumento de diagnosticar a un grupo enfermo “ansioso” y un 100% de especificidad lo cual podemos decir que la prueba permite reconocer a un grupo “no ansioso”.

En la validez por consistencia interna del inventario de ansiedad Rasgo-Estado, los resultados arrojaron un índice de confiabilidad de .83 lo cual lo ubica en un nivel muy bueno en la escala de ansiedad-Rasgo asimismo en la escala ansiedad – estado lo ubica en un índice de confiabilidad de .90 ubicándolo en un nivel elevado.

Los resultados de la correlación, mediante el método de test-retest, determinó alta estabilidad, tanto para la escala ansiedad Estado como para la escala ansiedad Rasgo; por tanto el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) posee una adecuada confiabilidad en términos de estabilidad.

En las normas percentilares se estableció los percentiles generales en escalas: alta, moderada, leve y sin ansiedad.

# **CAPÍTULO VI**

## **RECOMENDACIONES**

- El uso del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) en pacientes del sexo femenino con sobre peso para fines de identificación de su estado o rasgo de ansiedad en la provincia de Trujillo.
- Realizar los procesos psicométricos del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) en pacientes varones con sobre peso para fines de identificación de su estado o rasgo de ansiedad.
- Realizar propuestas preventivas y asistenciales en pacientes con sobre peso del sexo femenino con ansiedad Estado como medio de intervención psicoterapéutica.
- Ampliar la población muestral en el proceso psicométrico del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) con el fin de reafirmar sus niveles de normalización y baremos respectivamente.



# **CAPÍTULO VII**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Washington, D.C.: Asociación Americana de Psiquiatría.

Arcas-Guijarro, S., & Cano-Vindel, A. (1999). *Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información*. Los procesos cognitivos Generalizados

Arias Pittman, J. (2013). Confiabilidad y Validez para evaluar los instrumentos de medición. Recuperado de:

<https://docs.google.com/document/d/10ECoSNkohHF50qE1s1axrujaDawaNPyG2iv677tCKJs/edit>

Asociación Psiquiátrica Americana (APA), (1975). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª edición). Masson, Barcelona.

Auerbach, S.m. (1969). *La ansiedad y la estimación del tiempo*. Tesis de maestría no publicada, Florida state University, EE.UU.

Belloch, A. & col (1995). *Psicopatología y Normalidad*. España: Mc. Graw Hill/Interamericana de España. S.A.U.

Bados López, A. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Sustraído de la página:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>

Beltrán Deza, V (2013). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado en antecedentes universitarios del Distrito de Guadalupe*. Tesis Obtener el grado de Licenciatura en psicología Perú – Guadalupe

Bollen, K. A. (1989). *Ecuaciones estructurales con variables latentes*. New York, NY: John Wiley & Sons.

Cano, V. & Miguel, T. (2001). *Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional*. El inventario de situaciones y de respuestas de ansiedad-ISRA. Málaga: Arguval

Cano, V. (2002). *La ansiedad. Claves para vencerla*. (1ra edición). Málaga: Arguval

Caballero Martínez, L. (2008). *Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. Monográfico* : Sustraído de la página:

[http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/15/00150029\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/15/00150029_LR.pdf)

Carámbula, P. (2010). La ansiedad en números. Sustraído de la página

<http://www.sanar.org/salud-mental/estadisticas-ansiedad>

Castrillón, D. & Borrero, P. (2005). *Validación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años*. Acta Colombiana de Psicología.

Collado, L (2014). *Niveles de ansiedad rasgo – estado de los estudiantes de la universidad nacional Y particular de lima*. Tesis para optar el grado de licenciatura en psicología. Perú- Lima

Collins, R. (2004). *Los movimientos sociales y el foco de atención emocional*. En J. Goodwin, J.M. Jasper y F. Polletta (Ed.), *Passionate Politics* (pp. 27-44). Chicago: University Chicago Press

Coon (2004). *Introducción a la Psicología: el acceso a la mente y la conducta* Ed. CENGAGE Learning México.

David A. Clark y Aaron T. Beck (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad*. España. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

David D. Burns (1998). *Adiós, Ansiedad “Cómo superar la timidez, miedos, fobias y las situaciones de pánico*. México: Paidós.

Diane E.Papalia y Sally Wendkos Olds (2001). *El Desarrollo Humano*. Editorial MC Graw Hill.

Domínguez, S; Villegas, G; Sotelo, L (2012). *Propiedades psicométricas del inventario de Ansiedad*. Tesis para optar el Título profesional de Licenciatura en psicología Perú.

Domínguez Vergara, J. (2012). *Propiedades Psicométricas del inventario de ansiedad Rasgo -*

*Estado en estudiantes de secundaria del Distrito de Florencia de Mora.* Tesis Obtener el Título profesional de Licenciatura en psicología Perú – Trujillo.

Domínguez, S.; Villegas G.; Sotelo N.; Sotelo L. (2012). *Revisión Psicométrica del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) en una Muestra de Universitarios de Lima Metropolitana.* Para optar el título profesional de Licenciado en psicología. Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social 2012, Volumen 1- N° 1: 45-54. Lima, Perú. Sustraído de la página:  
[http://web.uigv.ni7.co/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/revista\\_2012\\_1\\_completa.pdf#page=44](http://web.uigv.ni7.co/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/revista_2012_1_completa.pdf#page=44)

DSM IV-TR. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson

Estado – Rasgo (IDARE) en estudiantes universitarios del primer año de la carrera de Psicología de la Universidad Estatal de Lima Metropolitana “tesis para Obtener el grado de Licenciatura en psicología Perú – Lima.

Escurra L. (1988). *Cuantificación de la Validez de contenido por criterio de Jueces.* Vol. 6, Núm. 1-2. Sustraído de la página:

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>

Esparza D. (2003). Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. Revista de psicología.com. Valencia España. Sustraído de la página:

<http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/>

Echeburúa, E. (2002). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad.* Madrid: Pirámide.

Fuentes Fernandez, S. (2011). *Análisis Factorial, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.* Universidad Autónoma de Madrid, España.

Galloso Baca , S (2014). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado en alumnos universitarios de la ciudad de Chimbote.* Tesis Obtener el título profesional de Licenciatura en psicología Perú – Chimbote

García y Magaz (1998). *Supera la ansiedad y la depresión.* Edt. Hispano Europea. Barcelona.

Gerhard Heinze, M. (2010). *Guía Clínica para el manejo de la ansiedad.* Sustraído de la página:

[http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo\\_ansiedad.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo_ansiedad.pdf)

González Ramírez, M. (2009). Relación entre la ansiedad, depresión y síntomas psicosomáticos.

Sustraído de la página:

<http://75.102.22.228/uploads/1239371721.pdf>

Gobierno General de México (2010). Diagnóstico y tratamiento de la ansiedad en el adulto

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)

Goldstein (1939). *Organismo: un enfoque holístico a la Biología Derivado de Patológica de datos en el hombre*. Nueva York: American Book Company.

Gorsuch, R.L. (1969). Changes in trait anxiety as a function of recent states of anxiety. Manuscrito no publicado, George Peabody College for teacher.

Gorsuch, R. L. (1969). Cambios de ansiedad de rasgo como una función de los estados recientes de ansiedad. EE.UU: Unpublished manuscript

Graham. (1969). Los efectos de dos tipos de entrevista sobre la ansiedad estatal de pacientes recién admitidos esquizofrénicos. EE.UU-Florida: Unpublished manuscript

Guillen, A. & Buela, G. (2011). *Actualización Psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)*. *Psicotherma*, Vol. 23, N°3, pp. 510-515.

Hall, B. (1969). Anxiety, stress, task difficulty and achievement via programmed instruction.

Disertación doctoral no publicada, Florida State University, EE.UU.

Hodges, W.F. (1967). The effects of success, threat of shock and failure on anxiety. Disertación doctoral no publicada, Vanderbilt University Ann Arbor, Mich, EE. UU. (Microfilmes de la universidad, No. 68-5388).

Hodges w.f. & Felling, J.P. (1970). Types of stressful situations and their relation to trait anxiety and sex. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 333-337.

- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi (2002 a 2006). Estudios epidemiológicos de salud mental. Sustraído de la página <http://www.insm.gob.pe/oficinas/epidemiologia/sssm/sssm.html>
- Lamb, D,H.(1969). The effects of public speaking on self-report, physiological, and behavioral measure of anxiety. Disertación doctoral no publicada, Florida State University, EE.UU.
- Lang (2002). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J.U.H. Shilen (ed.), *Research in psychotherapy*, vol. 3 (pp. 90-102). Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, R. (1966). *Ansiedad psicológica y el proceso de adaptación*. México: McGraw-Hill
- Lazarus (1976). Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspective in interactional psychology* (pp.287-237). New York: Plenum Press.
- Lazarus, R. (1984). *On the primacy of cognition*. Ciudad: New York
- López , N (2010) Tesis “Factores odontológicos que contribuyen a la presencia de ansiedad en el pcte, atentado en el servicio De operativa dental del departamento de estomatología del hospital militar central Luis Arias Shereiber” Tesis para optar el grado de licenciatura en psicología Lima – Perú
- Maldonado, R. (2008). *Test Psicológicos. Guía Didáctica*. Instituto Universitario de Iberoamérica para el Desarrollo del Talento y la creatividad I-UNITAC. Módulo II. Ecuador. Primera edición ISBN-978-9942-00-371-3. Sustraído de la página:  
  
<http://www.thevalle323.xtrweb.com/test-psicologia-valle-vallester/Test%20Psicologicos%20By%20Luis%20Vallester.pdf>
- Martínez, V. (2015). *Módulo de Conceptos básicos de nutrición y alimentación humana, características, ventajas y desventajas de las dietas para bajar de peso*. Diplomado de obesidad y nutrición. Universidad de la Salle. Colegio Mexicano de la Obesidad y Nutrición.
- Mc Adoo, W.G. (1969). The effects of success and dailure feedback on A State for subjects who differ in A-Trait . Disertación doctoral no publicada, Florida State University, EE. UU.
- Mischel, W. (1968). *Personalidad y evaluación*. Nueva York: John Wiley (trad Trillas, 1973.).
- Pérez (2012). *La Estadística: Una Orquesta Hecha Instrumento*. Sustraído de la página: <https://estadisticaorquestainstrumento.wordpress.com/2012/12/21/sensibilidad-especificidad-valor-predictivo-positivo-y-valor-predictivo-negativo/>

- Tobal, J. (1990). La ansiedad. En J.L. Pinillos y J. Mayor (Eds.), Tratado de Psicología General. Vol: Motivación y Emoción. Madrid: Alhambra.
- Tobal, J. y Cano, A. (1991). Anxiety and problem solving in normal and psychophysiologically disordered subjects. II European Congress of Psychology. Budapest (Hungría), 8-12 de Julio.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3ª Ed.) ISBN10: 6074811253. México: Cengage Learning.
- O´Neil, H.F., Jr. (1969). Effects of stress on state anxiety and performance in computer-assited learning. Disertación doctoral no publicada, Florida State University, EE.UU.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria – estudio*. \_Sustraído de la página: <http://www.who.int/bulletin/releases/NFM0715/es/>
- Papalia, D. & Wenkdos, S. (1993). Psicología. México: Mc. Graw-Hill
- Papalia , D. & wenkdos, S. (2001) Psicología México: Mc. Graw-Hill
- Parrino, J.J. (1969). The effects of pre-therapy information on learning in psychotherapy. Disertación doctoral no publicada, Louisiana State University, EE. UU.
- Rank, O. (1952). El trauma de nacimiento. EE.UU-New York: Robert Brunner.
- Reyes, A. -Ticas (Revisado 2015). Trastorno de Ansiedad. Sustraído de la página: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Reyes, C. (s. / f.) Fisiología de la ingesta de alimentos, facultad de medicina UNAM.
- Rodríguez, f. & cuevas, I. (1995). Psicología diferencial lecturas para una disciplina. Oviedo: universidad de Oviedo.

Rozas, M., Soto, Y., Vera, M. (1999) Niveles de Ansiedad y Factores asociados en Gestantes Adolescentes y Adultas que acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la Ciudad del Cusco. SITUA 2001.

Saavedra, J. (2012). Un estudio sobre la situación de salud mental en el país, realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. Sustraído de la página:

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QuwfLitCqCcj:www.rpp.com.pe/2012-05-26-alta-prevalencia-de-trastornos-de-ansiedad-en-limeno-dice-estudio-noticia\\_486130.html+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QuwfLitCqCcj:www.rpp.com.pe/2012-05-26-alta-prevalencia-de-trastornos-de-ansiedad-en-limeno-dice-estudio-noticia_486130.html+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe)

Sierra, J.; Virgilio, O.; Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Mal Estar e Subjetividade. España. ISSN 1518-6148. Sustraído de la página:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000100002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000100002&script=sci_arttext)

Sikes, S. (1978). Relación de la Ansiedad y la lectura en niños de 1er grado de primaria. Unpublished Mast's Thesis, University.

Sochs, D.A. (1969). The relationship between state and trait anxiety and the perception Of embedded figures and hidden patterns. Manuscrito no publicado, New México State University, las Cruces, Nuevo México, EE. UU.

Spielberger, C. (1966). Tensión y Ansiedad. México: Hamper & Row latinoamericana S.A de C.V.

Spielberger, Gorsuch y Lusheme (1967). State-trat Anxiety inventory. Ciudad: Palo Alto California

Spielberger, C. (1972). Ansiedad como un estado emocional. México: tendencias corrientes en la teoría e investigación.

Spielberger (1980). Test Anxiety Inventory Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. & Díaz Guerrero, R. (2006). Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado IDARE. México. Editorial Manual Moderno.

Tapia, A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. Rev Chil Nutr Vol. 33, Suplemento Nº2, pags: 352-357. Recuperado de:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182006000400003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000400003)



- Torrejón, C (2011) “ Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes “ . Tesis para  
Obtener el grado de Licenciatura en psicología Perú – Lima
- Vera, P., Atenas, K., Córdoba, N., & Buela, G. (2007). Análisis premilinar y datos normativos del  
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Adolescentes y Adultos de la Ciudad de Santiago  
de Chile. Revista de Terapia Psicológica, Vol. 25, N° 2, 155-162
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), Manual de  
modificación de conducta. Madrid: Alhambra.
- Vindel, C. & Tobal, Miguel (2001). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria ARTICLE in  
Ansiedad y Estrés. Complutense University of Madrid
- Virues Elizondo, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. Revista psicológica científica. Universidad  
Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. ISSN: 2322-8644/ Volumen 17. Sustraído  
de la página:  
<http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
- Virgen Montelongo, R. (2005). Trastorno de Ansiedad, Revista digital Universitaria. Sustraído de la  
página:  
[http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov\\_art109.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf)
- Wolpe, J. (1981). Práctica de la Terapia de la conducta. México: Ediciones Trillas S.A.
- Zung, W. (1965). "A self-rating depression scale". Archives of General Psychiatry 12: 63–  
70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008. PMID 14221692.

# **CAPÍTULO VIII**

## **ANEXOS**

IDARE  
(Inventario de Autoevaluación)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea la frase y llene en el círculo numerado que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor deseen a sus sentimientos ahora.

	N O E N L O  A B S O L U T O	U N P O C O	B A S T A N T e	M U C H O
--	--	----------------------------	--------------------------------------	-----------------------

1. Me siento calmado (a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso (a)	①	②	③	④
4. Estoy contraído (a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado (a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado (a) actualmente por un posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
9. Me siento Ansioso (a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo (a)	①	②	③	④
11. Me siento en confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso (a)	①	②	③	④
13. Me siento Agitado (a)	①	②	③	④
14. Me siento “a punto de explotar”	①	②	③	④
15. Me siento reposado (a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado (a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado (a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE  
(Inventario de Autoevaluación)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea la frase y llene en el círculo numerado que indique como se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

C     A     F     C  
A     L     R     A  
S     G     E     S  
I     U     C     I  
N     A     E     S  
U     S     N     I  
N     T     E  
C     V     T     M  
A     E     E     P  
          C     E     R  
          E     N     E  
          S     T     E

- |  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| 21. Me siento Bien   | ① |  |  | ④ |
| 22. Me canso rápidamente   | ① |  |  | ④ |
| 23. Siento ganas de llorar   | ① |  |  | ④ |
| 24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo                                | ① |  |  | ④ |
| 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente                        | ① |  |  | ④ |
| 26. Me siento descansado (a)   | ① |  |  | ④ |
| 27. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”                                 | ① |  |  | ④ |
| 28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder superarlas       | ① |  |  | ④ |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia                                | ① |  |  | ④ |
| 30. Soy Feliz  | ① |  |  | ④ |
| 31. Tomo las cosas muy a pecho   | ① |  |  | ④ |
| 32. Me falta confianza en mí mismo (a)   | ① |  |  | ④ |
| 33. Me siento seguro (a)   | ① |  |  | ④ |
| 34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades                         | ① |  |  | ④ |
| 35. Me siento melancólico (a)  | ① |  |  | ④ |
| 36. Me siento satisfecho (a)   | ① |  |  | ④ |
| 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan                | ① |  |  | ④ |
| 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza        | ① |  |  | ④ |
| 39. Soy una persona estable  | ① |  |  | ④ |
| 40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a) | ① |  |  | ④ |

## DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN LAS ESCALAS DE ANSIEDAD ESTADO Y ANSIEDAD RASGO

Para conocer la distribución de las puntuaciones en las escalas de ansiedad estado y ansiedad rasgo de una muestra de 132, pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo (Tabla 1A), se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, la misma que establece que la distribución de las puntuaciones en ansiedad estado no difiere significativamente de la distribución normal; mientras que las puntuaciones en ansiedad rasgo, en los grupos de edad de 20 a 29 años y de 30 a 39 años presentan diferencia altamente significativa con la distribución normal. A partir de este resultado se deduce que para comparar los promedios en ambos tipos de ansiedad en los diferentes grupos de edad se usará la prueba F del análisis de varianza en ansiedad estado y la prueba de Kruskal-Wallis en ansiedad rasgo.

**Tabla 1A**

*Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov, según grupos de edad del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

	Edad (años)	n	K-S	Sig.	
<b>Ansiedad estado</b>	20 – 29	67	.086	.200	
	30 – 39	66	.092	.200	
	40 - 60	67	.093	.200	
<b>Ansiedad rasgo</b>	20 – 29	67	.155	.000	**
	30 – 39	66	.129	.008	**
	40 - 60	67	.088	.200	

\*\*p<.01

p>.05

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Castro, I. 2016)

En la Tabla 2A, se presenta la comparación de los promedios en las escalas de ansiedad estado y ansiedad rasgo de la población de 200, pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo (Tabla 1A), se utilizó la prueba paramétrica F del análisis de varianza en ansiedad estado y la prueba de Kruskal-Wallis en ansiedad rasgo, determinándose que no existía diferencia significativa ( $p > .05$ ), en la puntuación promedio obtenida por las integrantes de los diferentes grupos de edad, en ansiedad estado y ansiedad rasgo

**Tabla 2A**

*Comparación de las de las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, según grupos de edad, en pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo*

	Edad (años)	n	Media	Ds	Prueba	Sig.
Ansiedad Estado	20 – 29	67	45.0	8.0	F= 1.21	p= .300
	30 – 39	66	46.1	6.0		
	40 - 60	67	44.3	5.4		
	Total	200	45.1	6.6		
Ansiedad Rasgo	20 – 29	67	47.2	6.3	$\chi^2= 1.84$	p= .399
	30 – 39	66	47.7	7.1		
	40 - 60	67	46.0	6.8		
	Total	200	46.9	6.8		
$p \geq .05$						

Fuente: Datos alcanzados en el estudio (Castro, I. 2016)



## DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Cumpleaños: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Centro Laboral: \_\_\_\_\_

Llega a nosotros por:

Volantes  Prensa  Radio  Recomendaciones  Otros

### ANTECEDENTES CLINICOS

Ácido Úrico <input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/>	Insomnio <input type="checkbox"/>
Colesterol <input type="checkbox"/>	Retiene líquidos <input type="checkbox"/>	Estrés <input type="checkbox"/>
Colitis <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/>
Gastritis <input type="checkbox"/>	Estreñimiento <input type="checkbox"/>	Presión Baja <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

Consume: Alcohol  Tabaco  Café

¿Actualmente toma medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Practica algún deporte? \_\_\_\_\_

¿Ha llevado otro tratamiento de reducción de peso? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

ESTIMADO PACIENTE: TOMAR SU CONSULTA SEMANALMENTE AYUDARÁ A QUE SU TRATAMIENTO TENGA RESULTADOS SATISFATORIOS Y PERMANENTES.

Estoy de acuerdo que pasado un mes que deje de seguir el tratamiento, perderé mi(s) paquete(s) cancelado por adelantado.

Acepto recibir asesoría, orientación y vigilancia para bajar de peso con el tratamiento de Auriculoterapia, 100% natural y sin medicamentos, proporcionados por ISELL.

Una vez cancelada la sesión y/o paquete(s), no se acepta reembolso alguno.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso Ideal: \_\_\_\_\_ Peso Deseado: \_\_\_\_\_

Fecha	Peso	P.A.	Guía	Cintura	% Grasa	Peso Perdido	Bal.	Fecha	Peso	P.A.	Guía	Cintura	% Grasa	Peso Perdido	Bal.

Perímetro muñeca	Inicio	Término
Perímetro braquial		





# INDICE DE MASA CORPORAL PARA MUJERES ADULTAS

## - Tallas Altas, de 1,50 a 1,90 m -

De conformidad con los lineamientos de la NOM-174-SSA1-2000. Para el manejo integral de la obesidad

		NORMALIDAD					SOBREPESO					OBESIDAD				OBESIDAD SIGNIFICATIVA				
IMC>		19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	32	34	36	38	40	45	50
TALLAS EN m	1.500	42.8	45.0	47.3	49.5	51.8	54.0	56.3	58.5	60.8	63.0	65.3	67.5	72.0	76.5	81.0	85.5	90.0	101.3	112.5
	1.525	44.2	46.5	48.8	51.2	53.5	55.8	58.1	60.5	62.8	65.1	67.4	69.8	74.4	79.1	83.7	88.4	93.0	104.7	116.3
	1.550	45.6	48.1	50.5	52.9	55.3	57.7	60.1	62.5	64.9	67.3	69.7	72.1	76.9	81.7	86.5	91.3	96.1	108.1	120.1
	1.575	47.1	49.6	52.1	54.6	57.1	59.5	62.0	64.5	67.0	69.5	71.9	74.4	79.4	84.3	89.3	94.3	99.2	111.6	124.0
	1.600	48.6	51.2	53.8	56.3	58.9	61.4	64.0	66.6	69.1	71.7	74.2	76.8	81.9	87.0	92.2	97.3	102.4	115.2	128.0
	1.625	50.2	52.8	55.5	58.1	60.7	63.4	66.0	68.7	71.3	73.9	76.6	79.2	84.5	89.8	95.1	100.3	105.6	118.8	132.0
	1.650	51.5	54.5	57.2	59.9	62.6	65.3	68.1	70.8	73.5	76.2	79.0	81.7	87.1	92.6	98.0	103.5	108.9	122.5	136.1
	1.675	53.3	56.1	58.9	61.7	64.5	67.3	70.1	72.9	75.8	78.6	81.4	84.2	89.8	95.4	101.0	106.6	112.2	126.3	140.3
	1.700	54.9	57.8	60.7	63.0	66.5	69.4	72.3	75.1	78.0	80.9	83.8	86.7	92.5	98.3	104.0	109.8	115.6	130.1	144.5
	1.725	56.5	59.5	62.5	65.5	68.4	71.4	74.4	77.4	80.3	83.3	86.3	89.3	95.2	101.2	107.1	113.1	119.0	133.9	148.8
	1.750	58.2	61.3	64.3	67.4	70.4	73.5	76.6	79.4	82.7	85.8	88.8	91.9	98.0	104.1	110.3	116.4	122.5	137.8	153.1
	1.775	59.9	63.0	66.2	69.3	72.5	75.6	78.8	81.9	85.1	88.2	91.4	94.5	100.8	107.1	113.4	119.7	126.0	141.8	157.5
	1.800	61.6	64.8	68.0	71.3	74.5	77.8	81.0	84.2	87.5	90.7	94.0	97.2	103.7	110.2	116.6	123.1	129.6	145.8	162.0
	1.825	63.3	66.6	69.9	73.3	76.6	79.9	83.3	86.6	89.9	93.3	96.6	99.9	106.6	113.2	119.9	126.6	133.2	149.9	166.5
	1.850	65.0	68.5	71.9	75.3	78.7	82.1	85.6	89.0	92.4	95.8	99.3	102.7	109.5	116.4	123.2	130.1	136.9	154.0	171.1
	1.875	66.8	70.3	73.8	77.3	80.9	84.4	87.9	91.4	94.9	98.4	102.0	105.5	112.5	119.5	126.6	133.6	140.6	158.2	175.8
1.900	68.6	72.2	75.8	79.4	83.0	86.6	90.3	93.9	97.5	101.1	104.7	108.3	115.5	122.7	130.0	137.2	144.4	162.5	180.5	

PESO EN Kg