



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“PREVALENCIA DE DESORDENES EMOCIONALES RELACIONADOS CON
ANSIEDAD EN NIÑOS DE LA ESCUELA CAZADORES DE LOS RÍOS CUENCA
MARZO – JULIO DEL 2016”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS: DUCHI GUASHAMBO GLORIA VERÓNICA
TENESACA CAMPOVERDE MARIA DEL CARMEN

DIRECTORA: Lcda. CARMEN LUCIA CABRERA CARDENAS

ASESORA: Lcda. SUSANA RAQUEL TORRES NAVAS

CUENCA- ECUADOR

2016



RESUMEN

Los trastornos de ansiedad (TA) constituyen uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños ya que al no tratarse en el momento indicado podría incidir en el comportamiento de la persona, por este motivo se realizó la presente investigación.

Objetivo: Determinar la prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con ansiedad en niños mayores a 8 años de la Escuela Cazadores de los Ríos de la ciudad de Cuenca.

Metodología: la presente investigación fue de tipo cuantitativa descriptiva de corte transversal, el universo estuvo conformado por 130 estudiantes de 8 a 12 años que están matriculados.

Material y método: Se obtuvo la información mediante la aplicación del test Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) CHILD, y una encuesta sociodemográfica.

Los datos fueron analizados en el programa Microsoft Excel mediante la realización de tablas con frecuencias y porcentajes para describir la información encontrada.

Resultados: predominan los niños de 10 años de edad con 26,67%, de sexo femenino con 56,30%, de procedencia urbana con 77, 78%, de residencia urbana con 52%. Según los puntajes del cuestionario la ansiedad por separación fue la más elevada con 28,34% del total, seguido del trastorno de ansiedad social con 22,58% y del trastorno de pánico con 17,51%. Los resultados que se presentaron con menos frecuencia fueron fobia escolar con 15,90% y trastorno de ansiedad generaliza con 15,67%.

Conclusiones: la investigación muestra que la prevalencia de trastornos o desórdenes emocionales es alta, la residencia y procedencia son considerados como un factor protector para trastornos afectivos.

PALABRAS CLAVES: PREVALENCIA, TRASTORNOS DE ANSIEDAD, TRASTORNOS EMOCIONALES, NIÑOS, ESCUELA CAZADORES DE LOS RIOS, CUENCA.



ABSTRACT

Anxiety disorders (AD) are one of the most common psychiatric disorders in children as they are not treated at the right time, it could affect the behavior of the person, for this reason this was done investigation.

Objective: To determine the prevalence of emotional disorders related to anxiety in older children 8 years in “Cazadores de los Rios” school, which is located in Cuenca city, during period from March to July 2016.

Methodology: This research was descriptive quantitative type of cross section and the universe was made up of 130 students from 8 to 12 years who are enrolled in the educational institution.

Material and Methods: The information was obtained by applying the test Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) CHILD, and a demographic survey. The data were analyzed in Microsoft Excel by performing frequency tables and percentages to describe the information found.

Results: Predominate children 10 years old with 26.67%, female children with 56.30%, from urban with 77, 78%, urban residence with 52%. According to questionnaire scores separation anxiety was the highest with 28.34% of the total, followed by social anxiety disorder with 22.58% and panic disorder with 17.51%. Which they occurred less with school phobia were 15.90% and generalized anxiety disorder with 15.67%.

Conclusion: The research shows that the prevalence of disorders or emotional disorders is high, residence and precedence are considered as a protective factor for affective disorders, is related to characteristics of the environment surrounding children.

KEYWORDS: PREVALENCE, ANXIETY DISORDERS, EMOTIONAL DISORDERS, CHILDREN, SCHOOL CAZADORES DE LOS RIOS, BASIN.



ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE CONTENIDO	4
CAPITULO I.....	13
1.1 Introducción.....	13
1.2 Planteamiento del problema.....	15
1.3 Justificación.....	17
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Antecedentes	19
2.2 Prevalencia de la ansiedad y trastornos emocionales	20
2.3 Trastornos de ansiedad.....	20
2.4 Epidemiología	21
2.5 Factores de riesgo o determinantes	25
2.6.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	34
2.6.2 Trastorno de Pánico.....	38
2.6.3 Trastorno de Ansiedad Social	40
2.6.4 Trastorno de Ansiedad por Separación.....	42
2.6.5 Fobia Escolar.....	44
CAPITULO III.....	47
3 OBJETIVOS.....	47
3.1 Objetivo general	47
3.2 Objetivos específicos.....	47
CAPÍTULO IV	48
DISEÑO METODOLÓGICO.....	48
4.1 Tipo de estudio.....	48
4.2 Área de estudio	48
4.3 Universo y muestra	48
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	48
4.4.1 Criterios de inclusión.....	48
4.4.2 Criterios de exclusión.....	49
4.5 Operacionalización de variables.....	49
4.6 Métodos, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.	49
4.6.1 Métodos y técnicas.	49
4.6.2 Instrumentos	49
4.7 Procedimientos.....	50
4.7.1 Autorización	50
4.8 Plan de análisis de datos.....	50
4.9 Aspectos Éticos.....	50
CAPÍTULO V	51
RESULTADOS	51
5.1 Cumplimiento del estudio	51
Tabla 1	51
Gráfico 1.	52
Gráfico 2.	52



Gráfico 3.	53
Gráfico 4.	54
Gráfico 5.	55
Gráfico 6.	55
Gráfico 6.	56
Gráfico 7.	57
Gráfico 8.	57
Gráfico 9.	58
CAPÍTULO VI.	59
6. DISCUSIÓN.	59
CAPÍTULO VII.	62
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	62
7.1 Conclusiones.	62
7.2 Recomendaciones.	63
8.- CITAS BIBLIOGRAFICAS.	64
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	69
10.- ANEXOS.	73
10.1 Anexo: 1_Operacionalización de variables.	73
10.2 Anexo: 2_Test para Niños.	76
10.3 Anexo: 3_CONSENTIMIENTO INFORMADO.	80
10.4 Anexo: 4_ASENTIMIENTO INFORMADO.	81
10.5 Anexo: 5 Solicitud de autorizo para investigar en la Unidad Educativa Cazadores de los Ríos.	82



DERECHO DE AUTOR

Yo, Gloria Verónica Duchi Guashambo , autora del proyecto de investigación **“PREVALENCIA DE DESORDENES EMOCIONALES RELACIONADOS CON ANSIEDAD EN NIÑOS DE LA ESCUELA CAZADORES DE LOS RÍOS CUENCA MARZO – JULIO DEL 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 7 de Octubre de 2016

Gloria Verónica Duchi Guashambo

0107331720



DERECHO DE AUTOR

Yo, María del Carmen Tenesaca Campoverde, autora del proyecto de investigación **“PREVALENCIA DE DESORDENES EMOCIONALES RELACIONADOS CON ANSIEDAD EN NIÑOS DE LA ESCUELA CAZADORES DE LOS RÍOS CUENCA MARZO – JULIO DEL 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 7 de Octubre de 2016

María del Carmen Tenesaca Campoverde

0104838503



CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD

Yo, Gloria Verónica Duchi Guashambo, autora del proyecto de investigación; **“PREVALENCIA DE DESORDENES EMOCIONALES RELACIONADOS CON ANSIEDAD EN NIÑOS DELA ESCUELA CAZADORES DE LOS RÍOS CUENCA MARZO – JULIO DEL 2016”**, certifico que todos los contenidos, ideas y opiniones expuestos en el presente estudio son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca, 7 de Octubre de 2016

Gloria Verónica Duchi Guashambo

0107331720



CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD

Yo, María del Carmen Tenesaca Campoverde, autora del proyecto de investigación; **“PREVALENCIA DE DESORDENES EMOCIONALES RELACIONADOS CON ANSIEDAD EN NIÑOS DE LA ESCUELA CAZADORES DE LOS RÍOS CUENCA MARZO – JULIO DEL 2016”**, certifico que todos los contenidos, ideas y opiniones expuestos en el presente estudio son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca, 7 de Octubre de 2016

María del Carmen Tenesaca Campoverde

0104838503



DEDICATORIA

Primeramente a DIOS por regalarme la vida, a mis padres y ser el inspirador de mi vocación hacia la Enfermería, por darme fortaleza y levantarme en mis continuos tropiezos, por la fortaleza y capacidad para alcanzar mi meta anhelada.

Con mucho amor a mis padres Luis Duchi y Rosa Guashambo por ser mis mejores amigos y mejores padres por brindarme su confianza, cariño, amor y sobre todo comprensión, por todo el sacrificio y trabajo que realizaron para poderme dar la educación gracias a ustedes he llegado hasta aquí gracias a sus consejos y su apoyo ustedes son mi mayor ejemplo de lucha y dedicación.

A mis hermanos/as, mis sobrinos/as gracias por su apoyo y amor incondicional, por ser mi inspiración por estar ahí cuando más los necesito, por ser mis amigos y demostrarme lo bueno que es tener hermanos.

A un angelito que desde el cielo me está cuidando y protegiendo, una motivación muy grande que a pesar de haberle perdido muy pronto ha estado siempre presente en mis pensamientos y sobretodo en mi corazón mi mayor inspiración este logro va por ti mi "DAVID".

VERÓNICA DUCHI



DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con mucho amor y cariño a todas las personas que pusieron su granito de arena en mi proyecto de alguna manera en especial:

Al creador de todas las cosas, al que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer estado; por ello con toda mi humildad dedico este trabajo a dios.

A mis padres y hermanos que siempre han estado conmigo y confiaron en mi capacidad de profesionalismo con su apoyo incondicional.

A mi hija que es mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día más.

A mis amigos y compañeros presentes y pasados quienes sin esperar nada a cambio compartieron conocimientos, alegrías, tristezas y a todas esas personas que en estos cinco años apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

Gracias a todos de corazón.

**MARÍA DEL CARMEN TENESACA
CAMPOVERDE**



AGRADECIMIENTO

***“Todos nuestros sueños se pueden volver realidad, si tenemos el coraje de perseguirlos y luchar por ellos”.
Walt Disney (1901- 1966).***

Hemos llegado al fin de un largo camino recorrido, nuestra carrera universitaria no sin antes agradecer a todas las personas que participaron e hicieron posible la realización y culminación de esta tesis.

En primer lugar, a DIOS por darnos sabiduría, fortaleza y permitir que cada día vivamos experiencias diferentes, porque sin el nada es posible.

A la Universidad de Cuenca, Escuela de Enfermería por abrirnos sus puertas a través de sus autoridades y permitir que nos eduquemos en sus aulas y formarnos como grandes profesionales.

También expresamos nuestro sentido de gratitud hacia nuestra directora de tesis Lcda. Carmen Cabrera y de igual manera a nuestra asesora Lcda. Raquel Torres por su apoyo, motivación, dedicación, paciencia y experiencia gracias a ello nosotras hemos podido terminar con gran satisfacción nuestro estudio universitario con éxito.

Agradecemos también a todas nuestras docentes quienes con sus exigencias, consejos y motivación lograron educarnos durante el trayecto de nuestra carrera, a cada una que puso su granito de arena en nuestra formación son muchas las personas que formaron parte de nuestra vida profesional unos siguen con nosotras y otras ya no, pero de todo corazón GRACIAS a todas ustedes estén en donde estén por aportar a nuestra meta.

LAS AUTORAS



CAPÍTULO I

1.1 Introducción

Son varios los estudios realizados en la actualidad que demuestran en la última década el incremento de la frecuencia de: “los cuadros clínicos correspondientes al grupo de los trastornos de las emociones en la infancia y la adolescencia (...). Los estudios epidemiológicos en otros países estiman entre un 10 a un 20% la prevalencia de psicopatología infantil” (1).

Tal es el caso del de Aurora García Morey que expone como el Dr. Harold S. Koplewicz, presidente del Instituto de Salud Mental Infantil de los Estados Unidos, institución encargada de brindar información acerca de la atención psicológica reconoce que los trastornos emocionales son patologías que suelen presentarse con frecuencia durante la infancia y adolescencia pues afirmó que: “el setenta y cinco por ciento de todas las enfermedades de psiquiatría ocurren antes de los veinticuatro años de edad, y el 50% ocurren antes de los catorce años” (1).

Específicamente los trastornos de ansiedad (TA), son los trastornos psiquiátricos que más se presentan en la infancia, mostrando una prevalencia según investigaciones alrededor del 9-21%, lo cual le muestra siendo un problema de salud de gran significancia en este grupo etéreo (2), debido a las repercusiones negativas para el funcionamiento académico, social y familiar de los niños que pueden ocasionar alteraciones en su desarrollo presente y futuro al convertirse en adultos.

Estos suelen manifestarse marcadamente en el núcleo familiar y en el contexto escolar donde transcurre gran parte de la vida de los infantes después de alcanzar la edad preescolar e impacta negativamente en su proceso de aprendizaje ya que reducen la eficiencia en el aprendizaje, también disminuyen la atención, la concentración y la retención con el consecuente deterioro en el rendimiento escolar, pues como menciona Serrano “De 35 a 70% de los niños y adolescentes que presentan rechazo escolar padecen simultáneamente trastornos afectivos y/o de ansiedad [...] a mayor “escolarización” del cuadro, más probabilidades de que vaya acompañado por algún trastorno afectivo, especialmente en épocas prepuberales y puberales” (3) por esta razón el presente estudio tiene como objetivo determinar mediante un estudio descriptivo transversal la prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con la



ansiedad en niños de 8 a 12 años de la Escuela Cazadores de los Ríos de la ciudad de Cuenca.

La tesis está estructurada en varios capítulos:

Capítulo I: consta de la introducción, planteamiento del problema y justificación, donde resalta la situación del problema de investigación, su importancia e impacto en el proceso de aprendizaje, se realiza una descripción del problema y se resalta la importancia y relevancia del estudio.

Capitulo II: consta de marco teórico que aborda los antecedentes con estudios nacionales e internacionales, con temas relacionados a nuestro estudio y su sustento teórico; en donde se realizó una revisión bibliográfica de las categorías conceptuales de trastornos de ansiedad, prevalencia de la ansiedad y trastornos emocionales, factores de riesgo o determinantes, clasificación de desórdenes emocionales.

Capitulo III: describe los objetivos de nuestro estudio, los cuales están dirigidos a determinar la prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con la ansiedad en niños de 8 a 12 años de edad de la escuela Cazadores de los Ríos de la ciudad de Cuenca.

Capitulo IV: observamos el diseño metodológico en donde esta descrito el tipo de metodología, técnicas e instrumentos que se hizo uso en la presente investigación y variables, procedimientos y autorización que se realizó para la misma.

Capítulo V: procesamiento y análisis de los resultados obtenidos del test aplicado, observación y grupo focal, en el utilizamos tablas estadísticas, gráficos y medidas estadísticas descriptivas como porcentajes.

Capítulo VI: contiene la discusión de los datos de la investigación en donde se realiza una confrontación y comparación de los resultados de la investigación con otros estudios.

Capitulo VII: consta de conclusiones y recomendaciones, en donde se resaltan los hallazgos de la investigación y sus relaciones internas y externas que determinaron sus características mostrando la relación que tiene con el problema de investigación.

Capítulo VIII: se presentan la Bibliografía. Capítulo IX: se presenta los Anexos.



1.2 Planteamiento del problema

Dentro del espectro de los desórdenes emocionales los trastornos de ansiedad (TA) “son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%. Actualmente son tan frecuentes en la infancia que en la atención primaria de salud se calcula que uno de cada diez pacientes atendidos diariamente, lo padecen (2).

Las emociones son un pilar fundamental para entender la conducta humana, ya que si se expresa de forma negativa pueden ser perturbadoras y provocan graves trastornos y padecimientos que en casos mayores empiezan en la infancia.

Las alteraciones emocionales son consideradas como un evento estresante en el periodo de crecimiento y desarrollo del niño y son expresadas a través de la tristeza, miedo, inquietud, rabia, preocupación, entre otras en los cuales también intervienen varios factores asociados tales como los familiares, personales y ambientales en los cuales están expuestos día a día.

Las manifestaciones ansiógenas en la escuela pueden causar en los estudiantes “alteraciones en procesos cognitivos como la atención, la memoria y la concentración, hasta el punto que puede interferir significativamente con el funcionamiento académico” impactando desfavorablemente el desenvolvimiento académico de los infantes afectados (4).

Esto demuestra como la presencia de desórdenes emocionales durante la infancia deben ser resueltos considerando lo referido por Mestre cuando expone que “la inestabilidad emocional constituye un factor de riesgo que se relaciona positivamente con la agresividad física y verbal, y negativamente con la disposición a establecer relaciones empáticas y pro sociales con el entorno” (5).

La ansiedad tiene repercusión importante en la vida de los niños afectados, que experimentan constantes temores irracionales que los inmovilizan convirtiéndose en obstáculo y freno de su normal desarrollo en los diferentes ámbitos de actuación en que se desenvuelven, especialmente en la escuela. Además de las nefastas consecuencias para la personalidad en formación del menor que de no recibir el



tratamiento de manera oportuna y adecuada podría derivar en problemas más serios al llegar a la adultez.

Algunos de los síntomas que suelen manifestar los niños con dichos trastornos son: “dificultad para concentrarse, pérdida de peso inexplicable, abuso de sustancias tóxicas, cambios de comportamiento, cambios en estado de ánimo, sentimientos extremos e infligirse daño físico” (1).

Las magnitudes antes expuestas de la presencia de desórdenes emocionales en la infancia relacionados con los trastornos de ansiedad en la población infantil y las posibles repercusiones del mismo demuestran la existencia de un problema de salud mental que debe ser atendido desde las instituciones escolares pues estas como agentes de socialización y formación integral del individuo son responsables de garantizar el estado óptimo de desarrollo biopsicosocial de los alumnos.



1.3 Justificación

Considerando que entre los desórdenes emocionales los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes se han convertido en un problema frecuente que se presenta “entre el 5% y el 18% en Latinoamérica”, se asocian a elevados grados de morbilidad significativa y deterioro de la vida social y académica de los niños, con repercusiones importantes incluso en la adultez si no son detectados y atendidos a tiempo, causando “depresión, intentos de suicidio, abuso de sustancias, y dificultad para relacionarse con los demás” (6).

Se han realizado varios estudios a nivel nacional para determinar su prevalencia en la población infantil, pero aún son escasos e insuficientes como refieren los autores Caicedo Romero, Verónica Carchi Pugo, Sandra Chuquimarca Guartambel en su investigación efectuada en Cuenca y titulada, Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en la parroquia el vecino de la ciudad de Cuenca 2011, cuando plantean que “se observa gran vacío que existe sobre el tema en nuestro país” (6).

Por lo que es necesario el desarrollo de la presente investigación con el objetivo de determinar mediante un estudio descriptivo transversal la prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con la ansiedad en niños mayores a 8 años de la escuela Cazadores de los Ríos de la ciudad de Cuenca, durante período comprendido entre marzo – julio 2016, pues en dicha institución educativa aún no se ha efectuado ningún estudio al respecto.

Esta será de gran importancia ya que la temática de los análisis de los trastornos afectivos de los niños, merece un tema de estudio a nivel de nuestra localidad, por todo lo que conlleva e involucra los problemas emocionales para este grupo etario, ya que existen pocos estudios que intentan describir la presencia de dicho fenómeno en nuestro entorno, pues esto constituirá un referente investigativo para posteriores estudios acerca de la temática y contribuirá decisivamente a mejorar el estado de salud de los niños al socializar los resultados encontrados e identificar los casos en riesgo de desarrollar algún desorden emocional relacionado con ansiedad con el propósito de recomendar valoración médica pertinente si fuese necesario, por lo que el trabajo tendrá un enfoque preventivo con impacto positivo en el desarrollo



emocional y social de los niños, siendo estos, los principales beneficiados de modo directo.

Esperamos que esta investigación produzca un aporte científico, ya que se considera patologías mentales en la población infantil que hoy en día se manifiesta como un problema principal a nivel mundial, sin hacer distinción de edad, sexo, entorno y condición económica.

Se entregará un informe final a las autoridades de la institución en la que se realizó el estudio, para así poder dar a conocer a los representantes de los estudiantes involucrados resultados de la investigación.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En el Ecuador se han realizado varios estudios acerca de la temática, específicamente en el Cantón de Cuenca se encuentra el realizado por Palacio & Merchán, en esta se persigue determinar la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en los estudiantes del Colegio Técnico Cumbe del Cantón Cuenca durante el año 2013. Determinándose que de la población objeto de estudio la prevalencia de depresión se mostraba en un 11.6%, para la ansiedad en 20.94%, y para consumo de alcohol 18.59%. Ansiedad y depresión son frecuentes en el sexo femenino, mientras que el sexo masculino se aprecia mayor consumo de alcohol, mostrándose que la edad de consumo presenta prevalencia entre los 12 a 15 años, la depresión es más frecuente en niños de 15 años de edad y los trastornos de ansiedad son más frecuentes en la edad de 16 años (7).

Otra investigación de similitud es la efectuada por Venegas, Velecela & Yanza, cumpliendo con el objetivo de determinar la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos en los estudiantes del ciclo básico del Colegio Técnico Daniel Córdova Toral, en la ciudad de Cuenca durante el año 2011, alcanzándose resultados como un 14.8% de depresión, un 25.4% de angustia, un 47.3% de psicosis, de consumo de alcohol un 17.8% y un 41.3% de conducta antisocial, con mayor frecuencia en edades de 15 a 17 años (8).

Los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a finales de 2007 indican que en España existen más de cinco millones de personas afectadas por ansiedad, depresión u otros trastornos mentales, lo que representa un 10% sobre la población. Según la "Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad" (2008), entre el 15 y el 20% de la población española podría sufrir un episodio de ansiedad anualmente, y entre el 25 y el 30% lo padecerían al menos una vez a lo largo de su vida (9).

En el III Congreso Nacional de Ansiedad y Trastornos Comórbidos celebrado en Barcelona el 2006 se arrojó a la conclusión que el número de casos de ansiedad en



España había aumentado en los últimos años en paralelo a los casos de depresión, dado que entre un 50% y un 90% de los enfermos con depresión presentan síntomas de ansiedad (9).

Dentro del espectro de los desórdenes emocionales los trastornos de ansiedad (TA) “son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%. Actualmente son tan frecuentes en la infancia que en la atención primaria de salud.

2.2 Prevalencia de la ansiedad y trastornos emocionales

La valoración existente de prevalencia de la ansiedad en la infancia ha sido algo variable en los distintos estudios realizados en diversos países a causa de aspectos diferentes, entre estos destacan las variaciones en los criterios diagnósticos, los instrumentos empleados para evaluar y el modo de selección de las muestras.

En general, aproximadamente el 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastorno de ansiedad durante un período determinado en la población occidental. Es importante precisar que en la mayoría de los estudios la prevalencia resulta más elevada en el caso de la fobia específica y moderada en los casos de ansiedad tanto por separación como generalizada. “Se registran tasas considerablemente más bajas para el trastorno obsesivo compulsivo, y para el trastorno de estrés postraumático se registran tasas aún más bajas” (10).

2.3 Trastornos de ansiedad

Desórdenes emocionales

Para alcanzar un desarrollo normal los niños precisan satisfacer sus necesidades emocionales y sociales que les permitirán establecer relaciones adecuadas con los que le rodean y adaptarse a las situaciones que acontecen en la medida que se socializa. En los niños que por alguna razón esto no ocurre, muestran dificultades al momento de manifestar, regular y usar sus emociones llegando a evidenciar síntomas que devienen en trastornos que entorpecen y laceran su salud mental.

Algunos de las manifestaciones en la infancia de alteraciones de la esfera emocional que pueden ser identificadas por maestros y familiares para la detección precoz son:



- Dificultad para concentrarse.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Abuso de sustancias tóxicas.
- Cambios de comportamiento.
- Cambios en estado de ánimo.
- Sentimientos extremos.
- Infligirse daño físico (1).

Ansiedad.

Una de las principales manifestaciones de los desórdenes emocionales suele ser la ansiedad que es inherente al desarrollo humano como un mecanismo de supervivencia que activa una alerta en el organismo para defenderse ante la ocurrencia de eventos que representan amenazas para la conservación de la especie. Esta suele ser perjudicial cuando se convierte en irracional y desmedida.

Los síntomas más frecuentes con los que se manifiesta en los niños son: “la intranquilidad, los trastornos del sueño, agresividad, miedo, distractibilidad, preocupación, taquicardia, cefalea, tristeza, onicofagia y la disminución del rendimiento intelectual” (11).

2.4 Epidemiología

Los estudios epidemiológicos conllevan un arduo trabajo, ya que implican la recopilación de muestras en un amplio universo de investigaciones, realizadas por muchos especialistas en el área del psicodiagnóstico, (convenientemente relacionados por emplear criterios similares). Implicando un gasto de recursos económicos, pero sobre todo humano (12).

Aun así, una vez ejecutada la investigación, pueden desecharse varios trabajos, al encontrarse criterios diagnósticos diferentes con el objeto de estudio abordado.



A pesar que, a primera vista, los resultados que se recaben de las diferentes investigaciones no muestren similitud, debe de profundizarse en diferentes factores comparativos frente a otros trabajos pues existen elementos que pueden aportar valiosos datos a la investigación que se desarrolla.

Es necesario recalcar que ha existido un gran progreso en el diagnóstico de desórdenes mentales, pero a pesar de esto pueden presentarse dificultades, ejemplo, “en los trastornos de ansiedad nos encontramos con un grave problema, como es la alta comorbilidad, de manera que se estima que tan sólo uno de cada tres pacientes presenta un único trastorno. Los otros dos (de cada tres) presentan más de un trastorno” (12).

Relacionados los factores que intervienen en los estudios epidemiológicos, se puede tener más claridad a la hora de establecer comparaciones, posibilitando encontrar muchas más coincidencias y sobre todo de manera más acertada. Por lo que en el presente caso se relacionará primeramente de manera general investigaciones que abordan los trastornos de ansiedad, particularizando posteriormente en los criterios objeto de estudio en el presente trabajo.

Como primer caso, se tendrá presente un estudio realizado en Estados Unidos con 8.098 sujetos, en el que se encontró que el 17,2% de la población había padecido algún trastorno de ansiedad en el último año (12).

Datos epidemiológicos de los trastornos de ansiedad en USA.

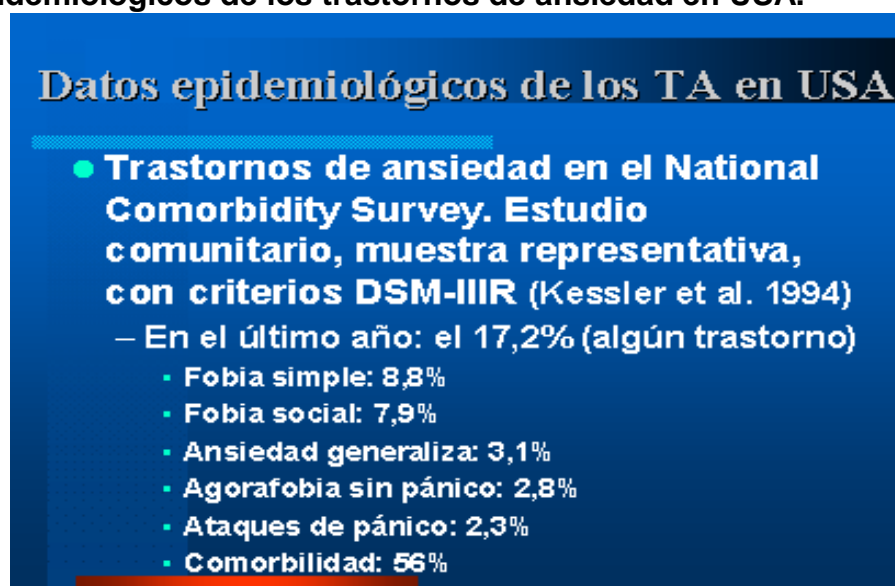


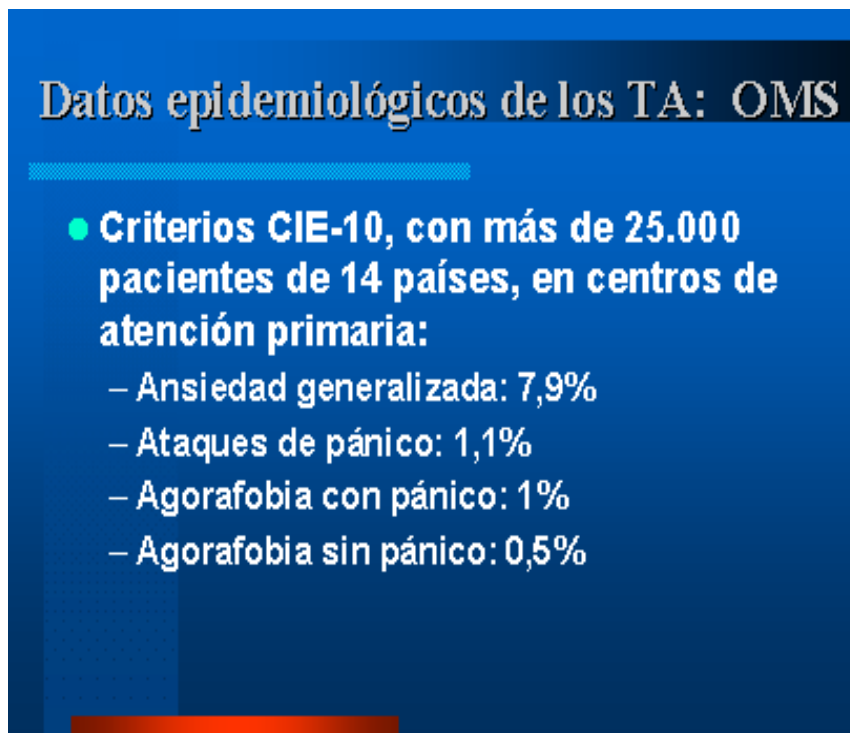
Figura 1: Datos epidemiológicos de los Trastornos Ansiosos en USA



Fuente: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/epidemi/index.htm>. La figura 1, muestra como un 8,8% de la población ha presentado en el último año de su vida uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes, generalmente no muy severo, como es el caso de la fobia simple, el 7,9% de la población ha mostrado un trastorno de ansiedad mucho más negativo como es la fobia social, el 2,3% de las personas ha presentado ataques de pánico, el 2,8% ha desarrollado agorafobia sin pánico, mientras que el 56% presentó más de un trastorno de ansiedad.

Otro estudio fue coordinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), este abarcó a 25.916 individuos en centros de atención primaria de 14 países, los cuales fueron entrevistados, los datos recopilados se muestran en la figura 2 (12).

Datos epidemiológicos de los trastornos de ansiedad según la Organización



Mundial de la Salud.

Figura 2: Datos epidemiológicos de los Trastornos Ansiosos según OMS

Fuente: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/epidemi/index.htm>.

La investigación no tuvo como guía los Criterios Diagnósticos de Trastornos Mentales (DSM), de la Asociación de Psiquiatras Americanos, sino los Criterios de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud, sin

alcanzar muestras poblacionales, sino muestras de pacientes que acuden a su médico de Atención Primaria. Permitiendo apreciar que del total de pacientes entrevistados el 7,9% estaba relacionado con Ansiedad Generalizada, el 1,1% ha presentado Ataques de Pánico, el 1% Agorafobia con pánico y solo un 0,5% Agorafobia sin pánico (12).

En 1995, fue realizado otro estudio muy similar al anterior, pero específicamente en España, por Chocrón y colaboradores (1995), los datos sobre el mismo se muestran en la figura 3.

Datos epidemiológicos de los trastornos de ansiedad en España



Figura 3: Datos epidemiológicos de los Trastornos Ansiosos en España

Fuente: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/epidemi/index.htm>.

En España, se tiene presente los Criterios Diagnósticos de Trastornos Mentales (DSM-III), encontrando resultados de una prevalencia de 13.8% para trastornos de ansiedad, viéndose en síndromes más específicos cifras de ansiedad generalizada en un 7.3%, un 3% de trastorno de pánico y un 3% de trastorno obsesivo compulsivo.

Según Horwath y Weissman, (1995) citado por Cano A. “no todo el mundo tiene la misma probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad, sino que existen



claramente una serie de factores de riesgo que pueden ser diferentes según cada trastorno”

- Ataques de pánico: sexo femenino, edad media
- Agorafobia: sexo femenino, raza afro-americana, (entorno rural-urbano, datos contradictorios)
- Fobia social: sexo femenino, 18-29 años, educación baja, solteros, clase baja
- Ansiedad generalizada: sexo femenino, edad menor 30, raza afro-americana
- Trastorno obsesivo-compulsivo: no diferencias sexo. (12)

Particularmente en España, varias son las investigaciones que abordan la temática de los Trastornos de Ansiedad, tal es el caso de la realizada por Vila AC, este investigador muestra que, en el 2005, el Consenso Español sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada informaba que un 20% de la población adulta española se encontraba afectada por algún tipo de trastorno de la ansiedad, es decir (casi 2 de cada 10 españoles), siendo las mujeres españolas las más afectadas (hasta casi el doble). La mayoría de estudios estadísticos concluyen que la ansiedad, juntamente con la depresión, es el trastorno clínico más frecuente en la población en general.

2.5 Factores de riesgo o determinantes

Edad y sexo

Las estadísticas de desórdenes emocionales detectados entre la población infantil oscilan entre el 8-10%, coincidiendo en varios estudios. Algunos autores identifican al sexo femenino más asociado al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años. Antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos (13).

Por su parte Sandez plantea una tasa general de prevalencia de los Trastornos Ansiosos durante la infancia en un 18%, no identificando diferencias entre sexos. No es hasta la adolescencia, que las chicas alcanzan índices más altos que los chicos en



este tipo de problemática, distribuyéndose así los porcentajes de forma más semejante a los observados en la población adulta (14).

“Al analizar estos factores de riesgo Magaz, García y Del Valle encontraron en su estudio que las diferencias entre chicos y chicas en ansiedad y estrés, son estadísticamente significativas. En todos los casos las chicas presentan puntuaciones superiores, la ansiedad aumenta con la edad, excepto en el grupo de chicos de 18 años donde es inferior al resto de grupos” (15).

Por último, se puede plantear que los autores coinciden en que las diferencias en función del sexo y la edad de los niños influye en la presencia de determinados Trastornos de Ansiedad. Se encuentra en el sexo femenino una mayor prevalencia a la ansiedad, con respecto a la edad esta se incrementa según crecen los niños y adolescentes.

Residencia y Procedencia

Un estudio sobre la depresión infantil dirigido por Cabaco (1995), donde analiza la influencia del ambiente de residencia, encontrando diferencias significativas a favor de un perfil mejor en el medio urbano (16).

Por otro lado, Fava y Kendler proponen una serie de factores de riesgo cuya jerarquía causal no es muy significativa. Por ejemplo: clase social baja, residencia urbana, escaso soporte social y pertenencia a las generaciones nacidas más recientemente (17).

Como indican estudios aplicados que en el área urbana existe mayor riesgo de estados depresivos y ansiosos en la población escolar. Lederbogen y colaboradores en su estudio publicado en la revista Nature (2011) aseguran que: “más de la mitad de la población del mundo vive en el área urbana en la actualidad, creando un ambiente urbano próspero. Las ciudades presentan riesgos y ventajas en salud, pero la patología mental es afectada negativamente: trastornos del humor y ansiedad son más habituales en la ciudad y el índice de la esquizofrenia es incrementado enérgicamente en personas nacidas y criadas en el área urbana” (18).

Según las autoras de esta investigación han podido constatar que las condiciones de vida en zonas rurales sitúan a los niños y adolescentes en una posición de



vulnerabilidad que los hace más propensos a manifestar ansiedad en comparación con los residentes en zonas urbanas.

Transmisión familiar

Se ha demostrado que la ansiedad es hereditaria, parientes del primer grado de consanguinidad con trastornos de ansiedad poseen un riesgo significativamente más elevado que el resto de padecer también algún trastorno de ansiedad o ánimo, esto ocurre de igual forma con las manifestaciones de ansiedad en niños y adolescentes (10).

Los niños ansiosos están más expuestos a tener figuras paternas con trastornos de ansiedad por lo que los adultos con trastornos de ansiedad están más expuestos a que sus niños sean ansiosos. Una relación parecida se manifiesta en lo que respecta de forma más general al temperamento vinculado con la ansiedad (10).

Un valioso hallazgo en cuanto al tema es que en numerosas investigaciones se ha podido determinar como la transmisión familiar de la ansiedad parece ser específica, es decir, que los infantes con un trastorno de ansiedad particular, como puede ser la fobia escolar, son más vulnerables a tener parientes de primer grado con el dicho trastorno, más que con otros tipos de trastorno de ansiedad cualquiera.

Esto se diferencia de los hallazgos encontrados en otros estudios sobre los factores genéticos que no han evidenciado especificidad. “La transmisión familiar puede reflejar influencias tanto genéticas como ambientales, por lo que es tentador especular que la transmisión genética confiere un riesgo general, amplio, mientras que el entorno familiar puede moldear ese riesgo en manifestaciones específicas” (10).

Factores genéticos y biológicos

No existen dudas de que los trastornos de ansiedad se transmiten genéticamente pues las principales estimaciones muestran que aproximadamente el 40% de la varianza en los síntomas de ansiedad y los diagnósticos de trastorno de ansiedad está influido por factores genéticos. Esta estimación es más elevada si se considera la estabilidad de la ansiedad en el tiempo. “Se han obtenido resultados similares, aunque



con menor investigación, sobre la ansiedad específicamente durante los años de la infancia” (10).

Estudios de ansiedad en gemelos muestran que aproximadamente del 30% al 40% de la varianza en los síntomas y trastornos se puede imputar a la heredabilidad, aunque hay evidencia con limitaciones, de que las evaluaciones de heredabilidad del riesgo temperamental para la ansiedad, como es la inhibición son levemente superiores (19). Como se expuso antes, el riesgo genético para los trastornos de ansiedad presupone que se asocia a un factor muy extenso como el neuroticismo general.

Los estudios acerca de los genes específicos que subyacen a los trastornos de ansiedad es menos extensa y, hasta la fecha, no existe evidencia que asocie cualquier gen individual específicamente con la ansiedad, siendo significativo que se ha indagado muchos genes, específicamente a profundidad los de la región promotora del gen transportador de serotonina (5HTTLPR), no obstante, los polimorfismos en este gen se han relacionado con diferentes trastornos y es escasamente probable que puedan jugar un papel específico en la ansiedad. También en la revisión de la literatura se han encontrado criterios acerca la posible presencia de un desequilibrio químico que se puede presentar a nivel cerebral entre dos tipos de sustancias que son la norepinefrina y la serotonina, este podría ser la causa de desórdenes ansiosos.

Factores temperamentales

El temperamento como factor de riesgo para la ansiedad es uno de los factores más estudiados y notoriamente establecidos, de modo que se ha relacionado una diversidad de temperamentos comunes con la ansiedad de los niños, considerando: “la inhibición del comportamiento, el retraimiento, la timidez y el temor” (10). A continuación, se hará referencia a estos diversos temperamentos en especial a la inhibición.

Diversos estudios muestran que los niños muy pequeños que suelen ser reconocidos como elevadamente inhibidos tienen un mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad posteriormente. Como se expuso con anterioridad, la investigación también ha vinculado la inhibición con los trastornos de ansiedad en parientes consanguíneos de primer grado. La evaluación de la inhibición frecuentemente se emplea en niños de



2 y 5 años, mediante la utilización de cuestionarios u observación directa. Las características usuales de manifestación de la inhibición son: retraimiento frente a lo nuevo, demora en entrar en confianza con extraños o pares, no sonríen, manifiestan mucha proximidad con una de sus figuras de apego, no les gusta conversar, suelen evitar las miradas.

Es importante señalar que cuando los niños muestran estas características en la edad preescolar o antes están de 2 a 4 veces más expuestos a cumplir los criterios para diagnóstico de trastornos de ansiedad en la niñez media, demostrándose que dicho aumento de riesgo se mantendrá por lo menos hasta llegar a la adolescencia (10).

Algunos hallazgos indican además que los infantes (de 3-6 meses) con manifestaciones elevadas de excitación y emotividad tienen mayor riesgo de revelar alta inhibición a los 2 a 5 años de edad, por lo que, se considera posible identificar el riesgo alto para padecer de ansiedad en la infancia desde que se tienen meses de edad (10).

Aunque desde la perspectiva teórica, la principal complicación de la investigación antes descrita es el amplio solapamiento que existe entre los aspectos de los trastornos de inhibición y de ansiedad, de ahí que uno pudiera fundamentar que la inhibición no es más que una manifestación temprana de un trastorno de ansiedad, pero las evidencias de que la inhibición y el trastorno poseen algunas características distintivas y por ende son constructos distintos, aún no se ha establecido (19).

Factores parentales y familiares

Por la evidencia antes expuesta acerca de la transmisión de la ansiedad en el núcleo familiar, usualmente se ha considerado que las figuras paternas y el ambiente familiar deben favorecer el desarrollo de trastornos de ansiedad, pero, ha sido muy difícil conseguir esta evidencia pues los datos obtenidos han carecido de total consistencia, centrándose el mayor número de investigaciones en la crianza y las interacciones de los progenitores con su descendencia (10).

En la actualidad no existen casi dudas acerca de que la crianza de niños ansiosos se caracteriza por la sobreprotección, el intrusismo y la negatividad, en menor medida. “Si esta relación es causal es difícil de determinar y hasta la fecha ha habido muy poco



análisis sobre esta cuestión. Las teorías argumentan que es probable que la relación padre-hijo refleje interacciones cíclicas” (10), por lo que los niños inhibidos son tendentes a causar sobreprotección por parte de sus progenitores en la misma medida que la crianza sobreprotectora conduce a más ansiedad.

Son pocas las investigaciones que han tenido como propósito el estudio de dicha relación, aunque es relevante mencionar que por lo menos se posee evidencia consistente de la teoría (20). Además, se tiene alguna evidencia de que “una interacción entre el gen transportador de la serotonina y la crianza predice más ansiedad en los niños pequeños” (10).

Con frecuencia se ha considerado que cuando los padres son ansiosos se eleva el riesgo de ansiedad en sus niños como consecuencia de formarlos con sus propios miedos y estrategias de afrontamiento, esto procede de investigaciones de laboratorio realizadas con niños muy pequeños.

Aunque de forma general se muestra que el abuso sexual y el maltrato físico y la violencia familiar, en menor medida pueden causar incremento de la ansiedad en los infantes. “Sin embargo, es probable que este aumento sea temporal y no está claro si estos factores contribuyen significativamente al desarrollo de los trastornos de ansiedad a más largo plazo. Más importante aún, es evidente que estos factores son inespecíficos y aumentan el riesgo de variada psicopatología infantil, probablemente menos que los trastornos de ansiedad” (10).

Eventos vitales

Son diferentes las investigaciones que indagan acerca de las implicaciones de los eventos vitales negativos que se suceden en la vida con la aparición y desarrollo de trastornos de ansiedad en el adulto aunque existen escasas investigaciones que se hayan ocupado del estudio de dichos eventos de la vida en la ansiedad infantil, lo que puede ser resultado de que la ansiedad infantil con frecuencia se desarrolla en un entorno de temperamento inhibido y es relativamente raro con una aparición repentina y clara.

Los hallazgos encontrados indican que los infantes ansiosos han vivenciado mayor cantidad de acontecimientos negativos en su vida, aunque es posible que dicha



diferencia manifieste los sesgos cognitivos y de información, por lo menos un trabajo realizado ha mostrado dicha diferencia mediante las entrevistas aplicadas a los padres y la identificación de evidencia para confirmarla.

Aun así, se demuestra que “el hecho de que los niños ansiosos tengan más eventos negativos que los niños sin ansiedad no quiere decir que estos eventos necesariamente causen o desencadenen su ansiedad. De hecho, los datos sugieren que la mayor diferencia se encuentra en los llamados eventos “dependientes” de la vida” (10).

“Los eventos dependientes son aquellos que podrían ser el resultado de la conducta del niño (p. ej.: sacar mala nota en una prueba podría ser el resultado de que el niño no estudió). Por lo tanto, es muy posible que la ansiedad infantil conduzca a eventos más negativos de la vida, tal vez debido a la preocupación y la evitación asociada con la ansiedad”. Además, es importante mencionar que el incremento de la tensión favorezca o incremente la ansiedad (10).

Hay eventos específicos en la vida que se han convertido en objeto de especial atención como es el bullying y las burlas, pues se tienen evidencias importantes de que los infantes ansiosos tienen más posibilidades de ser objeto de burlas y bullying que los niños que no presenten el trastorno, siendo incluso con frecuencia ignorados y/o rechazados por su grupo de iguales (10).

Trabajo infantil

El trabajo infantil profundiza la desigualdad, viola los derechos humanos fundamentales de la infancia y adolescencia, acelera los procesos de maduración, impide o limita el adecuado proceso educativo, enfrenta a los niños a un ambiente adulto y a veces hostil, produce pérdida de la autoestima, problemas de adaptación social y traumas.

Según Melo-Vega en el Perú encontró en un estudio que los niños de la muestra presentaban niveles elevados de sintomatología depresiva al estar vinculados laboralmente. También se mencionan diferentes variables que pueden sustentar los resultados, como el bajo nivel socioeconómico y las situaciones que se presentan dentro de la dinámica familiar (21).



“Dentro de las consecuencias psíquicas que deben de afrontar los niños trabajadores, se encuentran una serie de síntomas tales como tristeza, cólera, ansiedad, nerviosismo, preocupación, apatía y aburrimiento” (22); que conllevan a un posible trastorno depresivo.

En el Ecuador desde el comienzo de la Revolución Ciudadana se han tomado fuertes medidas para erradicar el trabajo infantil. El mismo que además de ser una fuente de explotación genera en los niños muchos trastornos pues a su temprana edad tienen que asumir roles de responsabilidad ante su familia y en muchas ocasiones son víctimas de maltrato sino cumplen con sus obligaciones.

Disfuncionalidad familiar

La disfuncionalidad familiar está relacionada fundamentalmente con los problemas de comunicación intrafamiliar, manifestaciones de maltrato y violencia o el alcoholismo. “Un 73,86% de psicólogos alude a ello como causal de la depresión en los niños” (23).

La familia como núcleo fundamental para el desarrollo del niño juega un rol predominante en el desarrollo del futuro hombre o mujer. El apego con el que la madre y el hijo se brindan mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño.

Maltrato infantil

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y familias, y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato es un causante del estrés y se asocia además a trastornos de desarrollo cerebral temprano, además trae consigo problemas o trastornos mentales.

Este fenómeno acrecentado en la modernidad tiene sus repercusiones a largo plazo, muchas veces no es denunciado o tratado a tiempo lo que repercute en el bienestar del niño y la familia provocando trastornos como la depresión entre otros (24).



Bal S, identifica una diversidad de síntomas que suelen manifestarse en los niños cuando son víctimas de maltrato “tales como la ansiedad, la depresión, los síntomas disociativos o los relacionados con el estrés postraumático y problemas sexuales, agresividad o la realización de conductas antisociales” (25).

Se ha demostrado que el maltrato puede ser tanto psicológico como físico, provocando diversos trastornos que dejan sus secuelas en el individuo. La ansiedad también ha sido identificada como una consecuencia del maltrato que pueden sufrir los niños y adolescentes.

Migración

La relación entre diferentes trastornos emocionales y el fenómeno de la migración también ha sido tratada por varios investigadores. Un estudio en México reflejó que el 63% de los hijos de migrantes presentan depresión y un 15% ansiedad entre otros trastornos (26).

Por otro lado, en China se encontró en los hijos de un grupo emigrantes que el 16,6% manifestaron sentirse abandonados y un 6.5% presentan ansiedad (27).

En una investigación realizada en Cuenca por Santiago Ron manifiesta que en un grupo de niños de 6 a 10 años lo que se encontraban relacionados con la migración tenían 1.9 veces más posibilidad de tener algún trastorno ansioso que los demás. (28)

El fenómeno de la migración puede provocar trastornos de ansiedad pues los niños y adolescentes son separados del ambiente en el cual nacieron y venían creciendo y pudieron haber desarrollado cierta dependencia al mismo. Por otro lado, en el nuevo medio suelen ser víctimas de burlas y el proceso de adaptación suele ser algo prolongado.

Otro aspecto a señalar es que, durante los procesos migratorios, sobre todo cuando se producen a otros países, los niños en ocasiones son víctimas de maltrato y abandono, sufriendo de ansiedad ante la incertidumbre que se les presenta.



2.6 Clasificación de desórdenes emocionales

2.6.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

El Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por manifestaciones como:

- (a) Experimenta ansiedad y preocupación excesivas, asociadas a síntomas somáticos como impaciencia, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas de concentración y/o de sueño,
- (b) Eventos y actividades que suelen ser preocupaciones acerca del rendimiento escolar, el perfeccionismo, el estado de salud propio, el de la familia o amigos íntimos, y las relaciones sociales.
- (c) Duración de tiempo mínimo de seis meses (29).

Epidemiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada según Cárdenas; Feria; Palacios & De La Peña “es una patología común y con gran frecuencia se encuentra en comorbilidad con otros trastornos mentales que pueden o no ser del espectro de los trastornos de ansiedad, como la fobia social, la fobia específica, el trastorno de angustia o del espectro depresivo. De 100 personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada, más del 50% tendrán un diagnóstico psiquiátrico comórbido” (30).

La proporción mujer-hombre en adultos de población de manera general es de 2:1; sin embargo, esto cambia cuando se habla de población clínica, donde se iguala la proporción 1:1. La edad de inicio es difícil de determinar, pues la mayor parte de los individuos atendidos con este trastorno indican que están ansiosos desde que son capaces de recordar. Es de resaltar en cuanto a su afectación que se muestra mayor proporción en niños que niñas en la población pediátrica. Usualmente los pacientes con Trastornos de ansiedad generalizada asisten al médico para el tratamiento de síntomas físicos, pero sólo un tercio de los pacientes buscan ayuda psiquiátrica (30).

Otro estudio fue coordinado por la OMS (Organización Mundial de la Salud), este abarcó a 25.916 individuos en centros de atención primaria de 14 países, los cuales fueron entrevistados (12).



La investigación no tuvo como guía los criterios de diagnósticos de trastornos mentales (DSM), de la Asociación de Psiquiatras Americanos, sino que se basó en los criterios de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud. No recabando muestras poblacionales, ya que tuvo presente muestras de pacientes que asisten a su médico de Atención Primaria. Permitiendo apreciar que del total de pacientes entrevistados el 7,9% estaba relacionado con Ansiedad Generalizada (12).

En 1995, fue realizado otro estudio muy similar al anterior, pero específicamente en España, por Chocrón y colaboradores (1995), citado por Cano A. donde, teniendo presente los criterios de diagnósticos de trastornos mentales (DSM-III-R), se encontraron resultados de una prevalencia de 13.8% para trastornos de ansiedad. Viéndose en síndromes más específicos cifras de ansiedad generalizada en un 7.3% (12).

Según Horwath y Weissman, la probabilidad de desarrollar un Trastorno de Ansiedad no se presenta de igual manera en todo el mundo, ya que existen una serie de factores de riesgo que se manifiestan de distintas maneras en cada trastorno.

Particularmente en España, varias son las investigaciones que abordan la temática de los Trastornos de Ansiedad, tal es el caso de la realizada por Vila, este investigador muestra que, en el 2005, un censo español sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada informaba que un 20% de la población adulta española se encontraba afectada por algún tipo de trastorno de la ansiedad, es decir (casi 2 de cada 10 españoles), mostrando a las mujeres españolas como las más afectadas (hasta casi el doble). La mayoría de estudios estadísticos concluyen que la ansiedad, juntamente con la depresión, es el trastorno clínico más frecuente en la población en general (9).

Por su parte Alda Diez establece una prevalencia de 2.7 al 4.6 %, edad media 9 y 13 años, con mayor frecuencia en niveles socioeconómico medios-altos.

Etiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Las investigaciones sugieren que existen factores biológicos, psicológicos y sociales con importante papel predisponente en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada. Los factores biológicos están relacionados con la probable disfunción



de distintos sistemas de neurotransmisores, fundamentalmente el de la dopamina y la serotonina, conocidos reguladores del estado de ánimo y el comportamiento.

Dichas alteraciones se manifiestan o se desencadenan por estresores en aquellos individuos con susceptibilidad biológica y que se encuentran expuestos a elevados niveles de ansiedad.

En la pretensión de entender de manera íntegra el fenómeno de la enfermedad mental, es prácticamente imposible su separación del ambiente que le rodea. Ya que los factores sociales inciden directamente en la psiquis de las personas. Estudios revelan que la exposición a eventos traumáticos durante la vida de una persona, es factor favorable en la vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad. El actuar de la familia, la manera de crianza, el ambiente socio-familiar y cultural son otros factores determinantes para el desarrollo de Trastorno de Ansiedad Generalizada (30).

En las dos últimas décadas se han evidenciado las mayores precisiones al diagnóstico de los trastornos ansiosos como se manifiesta en la publicación Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico teniendo como sustento principal que la causa del desarrollo del Trastorno de Ansiedad Generalizada en una persona “no está basado en un solo elemento, en la etiología del trastorno confluyen factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos” (31).

En esta publicación se exponen desde la revisión teórica, los aportes recientes que han sido realizados en varias investigaciones acerca de las características generales y criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) a partir de la publicación de la cuarta versión de los Criterios de Diagnósticos Mentales (DSM-IV) así como los datos epidemiológicos y las variables cognitivas y somáticas relacionadas con el mismo, ofreciendo un análisis actual de la concepción psicopatológica del trastorno.

Criterios para el diagnóstico del Trastornos de Ansiedad Generalizada:

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.



- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (12).

En la Guía Clínica, propuesta por Cárdenas y colaboradores se sugieren algunos pasos a seguir. Cuando se trata de un menor de 12 años se debe entrevistar primero a los padres mientras que con un adolescente es a la inversa.

No es recomendable compartir la información confiada por el paciente a otras personas sin su consentimiento.

Se identifican dos tipos de tratamiento: la terapia cognitivo conductual (TCC) y las intervenciones farmacológicas. También se han aplicado técnicas de relajación con buenos resultados (30).



2.6.2 Trastorno de Pánico

Las crisis de pánico suelen ocurrir cuando se experimentan sensaciones de terror que aparecen de manera repentina y frecuentemente sin esperarse. Estas no pueden anticiparse cuando va a suceder un ataque y “muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque” (32).

Epidemiología de los trastornos de pánico

En el estudio realizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) se detectó que el 1,1% ha presentado Ataques de Pánico, el 1% Agorafobia con pánico y solo un 0,5% Agorafobia sin pánico (12).

En la investigación Chocrón y colaboradores (1995), se encontró que un 3% la población había presentado trastorno de pánico.

Alda Diez establece una prevalencia 2.9 al 4.5% en individuos no expuestos y del 6.3% en individuos expuestos, la edad media identificada es entre los 17 a 18 años (33).

Etiología de los trastornos de pánico

En cuanto a los trastornos de pánico es común el aplanamiento de la respuesta de la hormona de crecimiento tras la administración de clonidina que sugiere una regulación a la baja de los receptores adrenérgicos alfa-2 postsinápticos (34).

La influencia de la serotonina en el pánico también ha sido comprobada con la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en su tratamiento. Otros candidatos son el sistema GABA por la eficacia de los benzodiazepinas, habiéndose detectado una hiposensibilidad en el complejo GABA-benzodiazepina o la colecistocinina, un octapéptido que induce ansiedad y se encuentra en concentraciones elevadas en regiones implicadas en esta emoción como el hipocampo y la amígdala (35).



Criterios para el diagnóstico de los trastornos de pánico.

Para realizar el diagnóstico se han de identificar al menos 4 síntomas de una lista de 13 posibles, unido además a la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos. Estos síntomas se inician bruscamente y pueden llegar a su máxima expresión durante los primeros diez minutos.

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. des-realización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones (12).

Según Rapee existen varios síntomas somáticos tales como: palpitaciones, mareos, temblores y dolor precordial (dolor de pecho). Algunos de los ataques ocurren inesperadamente o “de la nada” (10).



2.6.3 Trastorno de Ansiedad Social

El trastorno de ansiedad social: “se caracteriza por el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas” (36).

Epidemiología del trastorno de ansiedad social

En la investigación citada por Cano A, de Horwath y Weissman se expresa que este trastorno es más común en sexo femenino, en cuanto a la edad prevalece entre los 18-29 años, y poblaciones con educación baja, solteros, clase baja (12).

Etiología del trastorno de ansiedad social

En cuanto a la ansiedad social existen varios estudios que apoyan un componente genético. Este componente es denominado inhibición conductual, considerado un factor de riesgo elevado en el desarrollo de fobia social. Los niños y adolescentes conductualmente inhibidos se molestan fácilmente o temen a situaciones o cosas no familiares. Por otro lado, estudios de imagen cerebral demuestran una mayor activación de la amígdala (estructura cerebral que controla las respuestas al miedo) y menor actividad en las regiones frontales de la corteza cerebral. Bioquímicamente también se ha asociado a desequilibrio de sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, el dopaminérgico y el gabaérgico (30).

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad social:

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis



- de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.
 - D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
 - E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
 - F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
 - G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
 - H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa) (12).



2.6.4 Trastorno de Ansiedad por Separación

El trastorno de ansiedad por separación (TAS) generalmente se presenta en niños y adolescentes, caracterizado por una ansiedad excesiva al momento de estar alejados de las personas que les sean más allegados (30).

Epidemiología del trastorno de ansiedad por separación

El Trastorno de ansiedad por separación es un problema común, con frecuencia aparece en la historia familiar este trastorno, demostrándose en distintos estudios epidemiológicos mediante el cálculo una prevalencia que va del 0.6% al 6%. Lo cual muestra que, a pesar de no existir diferencias significativas por sexo, si se muestra un ligero predominio en las niñas. Se ha observado que más de 90% de los estudiantes con esta afectación pueden manifestar un historial de esencia escolar, aunque no se encuentran investigaciones a gran escala sobre ello desde el punto de vista psiquiátrico” (30).

En otros estudios citados por Vanegas G, se ha establecido una prevalencia del 3.5 al 5.4% en niños con 7 a 9 años de edad, en cuanto al sexo no manifiestan diferencias (33).

Etiología del trastorno de ansiedad por separación

Como ocurre en otros trastornos mentales, el Trastorno de ansiedad por separación es multicausal. Referente a los factores biológicos, varios estudios han expuesto la existencia de cierto desequilibrio en dos neurotransmisores principalmente: la norepinefrina y la serotonina. Estudios realizados en gemelos monocigotos han evidenciado un importante componente genético desencadenante de trastornos de ansiedad, siendo manifiesto igualmente en hijos de padres con trastornos de ansiedad, donde el diagnóstico del espectro ansioso se presenta con mayor frecuencia. Por ejemplo, hijos de padres con agorafobia tienen especial riesgo de desarrollar Trastorno de ansiedad por separación (30).

Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad de separación:

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes



está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

1. malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
 2. preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
 3. preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
 4. resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
 5. resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
 5. negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
 6. pesadillas repetidas con temática de separación
 7. quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pos psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia (12).

Manejos de criterios para el trastorno de ansiedad por separación

Según la Guía Clínica propuesta por Cárdenas y colaboradores al existir la sospecha de un Trastorno de ansiedad por separación es necesario comentarle al paciente los síntomas para que los identifique como algo anormal. Se han de realizar preguntas sencillas y fáciles de entender para evaluar cada uno de los criterios diagnósticos y la información debe ser manejada con mucha discreción (30).



Al igual que en el trastorno de ansiedad por separación, la información obtenida del niño o del adolescente es complementaria con la de los padres. En el caso del trastorno de ansiedad por separación, los padres pueden ofrecer información importante, en situaciones que el niño o el adolescente se pase a dormir a la cama de los padres, no pueda dormir con la luz apagada o bien busque dormir con alguien más en la habitación, incluso con mascotas (30).

2.6.5 Fobia Escolar

Se presenta “cuando el niño tiene: miedo irracional y desproporcionado a asistir a la escuela o al colegio; es un miedo persistente y que provoca un grave malestar en el niño al interferirse en el desarrollo normal en las actividades escolares cotidianas” (37).

Epidemiología de la fobia escolar

La fobia escolar reportada en la literatura varía según los indicios empleados para identificar aspectos de deterioro causados por el trastorno. Pues de manera general en la población, se presenta una prevalencia anual de aproximada 9%, mientras que la prevalencia con el de cursar de la vida se reporta entre el 10 y el 11.3%. La frecuencia según el sexo varía según el tipo de fobia específica. El sexo femenino se muestra con mayor incidencia de fobia escolar (30).

Como primer caso, se tendrá presente un estudio realizado en Estados Unidos con 8.098 sujetos, en el que se encontró que el 17,2% de la población había presentado a lo largo de su último año de vida algún tipo de trastorno de ansiedad. Muestra que un 8,8% de la población ha presentado en el último año de su vida uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes, generalmente no muy severo, como es el caso de la fobia simple. Un 7,9% de la población ha mostrado un trastorno de ansiedad mucho más negativo como es la fobia social (12).

Etiología de la fobia escolar

El origen exacto de los distintos tipos de fobias es hoy en día desconocido, siendo los supuestos más aceptados los relacionados a la interacción entre factores biológicos, genéticos y psicosociales.



Factores biológicos: la vulnerabilidad biológica asociada a altos niveles de estrés resulta en la manifestación de los síntomas. Hay individuos más resistentes al estrés que otros, y probablemente este umbral está reducido en los individuos que presentan un tipo de fobia, lo cual está determinado biológicamente. También se ha observado un patrón familiar, lo que puede orientar a un componente genético.

Factores psicosociales: un miedo ilógico a cierta situación u objeto físico como en la fobia escolar se puede presentar a través de la asociación de una experiencia temerosa con un objeto o situación en particular. Puede ser adquirida por medio de no evitar constantemente el miedo irracional para no enfrentarse con un objeto o una situación temida, existen investigaciones que evidencian que puede tratarse de una conducta aprendida por observación y relación en la sociedad que experimenta igual ansiedad. A su vez otro factor de riesgo se muestra en los padres controladores y sobreprotectores, ya que probablemente estos no son capaces de distinguir la ansiedad que experimentan sus hijos, llegando a ser considerada como normal. Hay estudiantes que han desarrollado fobia social posterior a una experiencia social vergonzosa pública. “Otros factores psicosociales como la concomitancia tales como problemas de lenguaje, conflictos familiares o presencia de abuso de cualquier tipo” (30).

Criterios de diagnóstico de la fobia escolar

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de enfermedades (CIE) requieren la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas de ansiedad, de los mismos citados para las crisis de angustia, además de limitarse a la situación temida. Los criterios diagnósticos para la Fobia según el diagnóstico de trastornos mentales (DSM-IV-TR) son los siguientes:

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación determinada.



Nota: En los niños, la ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La situación fóbica se evita o se soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la situación temida interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. (30)

Manejos de criterios de trastornos mentales de la fobia escolar

Normalmente los pacientes pueden manifestar llanto, tartamudez, parálisis, aferramiento a parientes muy allegados, negativa a mantener contacto con los demás o se niegan a comunicarse con cualquier persona. Además, los niños suelen disminuir su rendimiento académico al evadir el contacto con sus compañeros (30).

“Es muy importante comentarle al paciente, y a las personas que le rodean que para atender una fobia en un trastorno de ansiedad, es necesario ayudar al paciente a identificar qué le está afectando en su vida cotidiana y que el tratamiento consta de varias intervenciones: farmacológicas, psicoterapéuticas y educativas, a nivel individual y generalmente familiar” (30).

Además, es necesario establecer contacto con la institución educativa para compartir con el maestro sobre las estrategias a seguir en el aula para ampliar el apoyo al niño.



CAPÍTULO III

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con la ansiedad en niños mayores a 8 años de la Escuela Cazadores de los Ríos de la ciudad de Cuenca, durante período comprendido entre marzo – julio 2016.

3.2 Objetivos específicos

1. Realizar una descripción sociodemográfica general de la población en estudio.
2. Identificar los casos en riesgo de desarrollar un desorden emocional relacionado con ansiedad con el fin de recomendar valoración médica pertinente.
3. Describir la frecuencia de presentación de cada uno de los desórdenes emocionales relacionados con ansiedad los mismos que incluyen trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, crisis de pánico, ansiedad social y fobia escolar.



CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

La presente investigación se basó en el paradigma descriptivo cuantitativo de corte transversal que nos permitió recolectar datos en un momento y un tiempo único, para así determinar la prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con la ansiedad en niños mayores a 8 años de la Escuela Cazadores de los Ríos de la Ciudad de Cuenca.

De igual manera se aplicó el modelo transversal debido a que la presente investigación es un tipo de estudio que mide al mismo tiempo la prevalencia de la problemática en la población

4.2 Área de estudio

En la Escuela Cazadores de los Ríos ubicado en las calles Panamericana Norte, Joaquina Galarza, Portete Tarqui y Victoria del Portete.

4.3 Universo y muestra

Se trabajó con un universo finito conformado por 130 niños pertenecientes a las edades de ocho a doce años de edad de la Escuela “Cazadores de los Ríos” durante el periodo de investigación, Cuenca 2016.

No se trabajó con muestra por cuanto se tenía un universo finito de 130 niños/as.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión.

- Niños/as mayores de 8 años que estén matriculados en la Escuela Cazadores de los Ríos.



- Niños/as cuyos padres firmaron el consentimiento informado.
- Niños/as que hayan firmado el asentamiento informado

4.4.2 Criterios de exclusión.

- Niños/as que al momento de levantar la información no se encuentren presentes, se encuentren enfermos/as, o sus padres se opongan a la investigación.
- Niños/as que no deseen firmar el asentamiento informado.

4.5 Operacionalización de variables

Ver anexo 1

4.6 Métodos, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

4.6.1 Métodos y técnicas.

Se usó el método descriptivo; para contribuir con el proceso investigativo se procedió a aplicar la técnica de observación directa, la cual consistió en llevar un registro sistemático, válido y confiable de la información para posteriormente llevar a cabo un análisis minucioso.

4.6.2 Instrumentos

El instrumento empleado fue el Test para niños, Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) CHILD (to be filled out by the CHIL), el cual consta de 41 ítems, subdivididos en 5 trastornos ansiosos, seguidos por una encuesta sociodemográfica que permitió conocer las condiciones de los estudiantes. Los datos obtenidos permitieron responder a los objetivos planteados al igual que nos permitieron elaborar las debidas conclusiones y recomendaciones.



4.7 Procedimientos

4.7.1 Autorización

Para llevar a cabo la presente investigación se solicitó la debida autorización a la Lcda. Olga Gonzales Rojas Directora de la institución educativa.

4.8 Plan de análisis de datos

El análisis estadístico de la información obtenida se realizó en Microsoft Excel, programa a partir del cual se generaron tablas y gráficos que expresan en frecuencia y porcentajes las puntuaciones obtenidas con el test aplicado para determinar la prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con la ansiedad en niños mayores a 8 años de la Escuela Cazadores De Los Ríos de la ciudad de Cuenca.

4.9 Aspectos Éticos

Los datos obtenidos de la investigación fueron manejados única y exclusivamente por las autoras del trabajo de investigación, respetando la autonomía de los estudiantes y sus familias, se realizó una reunión con padres de familia de los escolares para socializar proyecto, se solicitó el consentimiento y asentimiento informado a representantes legales y estudiantes; la recolección de la información incluyo un formulario anónimo, los resultados no incluyeron información personal y los datos pueden ser revisados por la Universidad de Cuenca.



CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

La recolección de información se dio según lo establecido en la planificación se recolecto 130 encuestas realizadas a los estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado, y el análisis de los resultados se exponen a continuación.

Tabla 1: Distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según Edad. Cuenca 2016.

CRITERIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 AÑOS	30	22,22%
9 AÑOS	21	15,56%
10 AÑOS	36	26,67%
11 AÑOS	24	17,78%
12 AÑOS	24	17,78%
TOTAL	135	100,00%

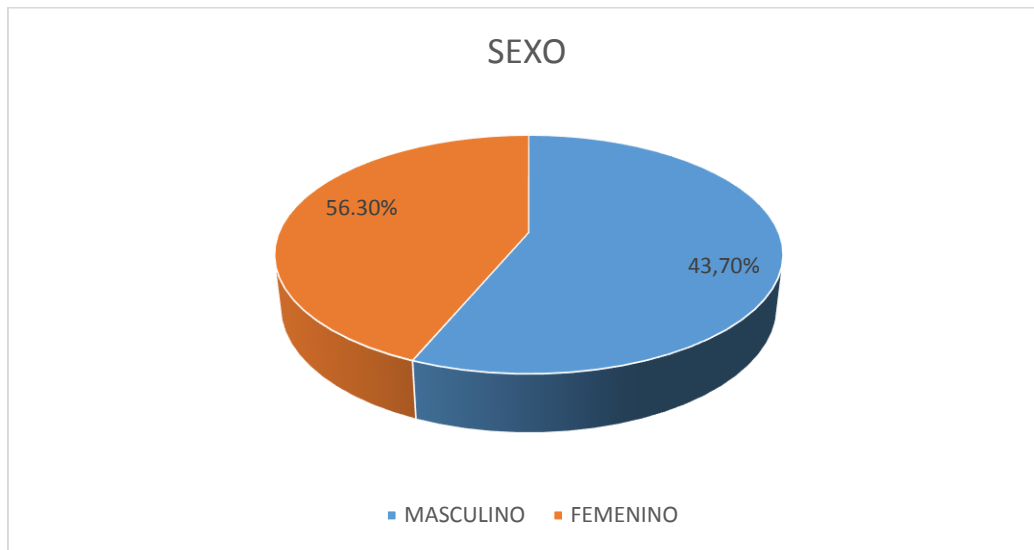
Fuente: Investigación

Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca.

ANÁLISIS

Con respecto a la edad se pudo determinar que la mayor población que predomina son los niños de 10 años de edad con un 26,67%, y la minoría la ocupa los niños de 9 años con un 15,56%. Sabiendo que la ansiedad forma parte de numerosos cuadros clínicos en la infancia y constituyen una de las categorías diagnósticas más prevalentes de la psiquiatría del niño.

Gráfico 1: Distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según Sexo. Cuenca 2016.



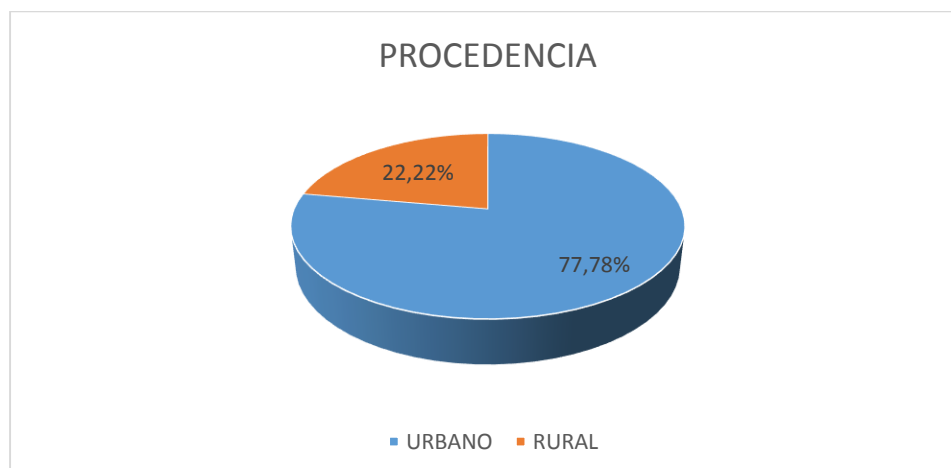
Fuente: Investigación

Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca.

ANÁLISIS

En cuanto al sexo se pudo determinar que predomina el sexo femenino con un 56,30% ya que el sexo masculino ocupa el 43,70%. Algunos autores identifican al sexo femenino más asociado al incremento de la probabilidad de desarrollar ansiedad, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños.

Gráfico 2: Distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según Procedencia. Cuenca 2016.

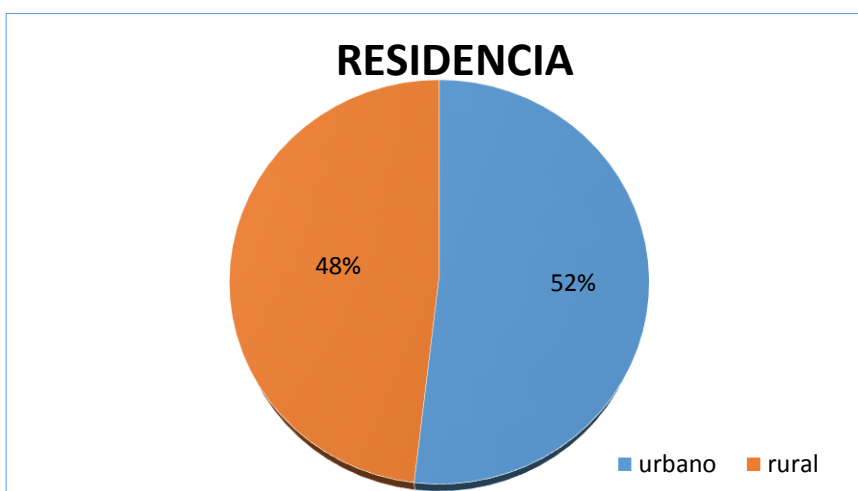


Fuente: Investigación

Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca. **ANÁLISIS**

La procedencia de la mayoría de los escolares evaluados es urbana con un 77,78% mientras que la minoría es rural con un 22,22%; estas diferencias son estadísticamente significativas además encontramos que proceder de una zona urbana disminuye el riesgo de ansiedad en comparación con los que proceden de un área rural.

Gráfico 3: Distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según Residencia. Cuenca 2016.



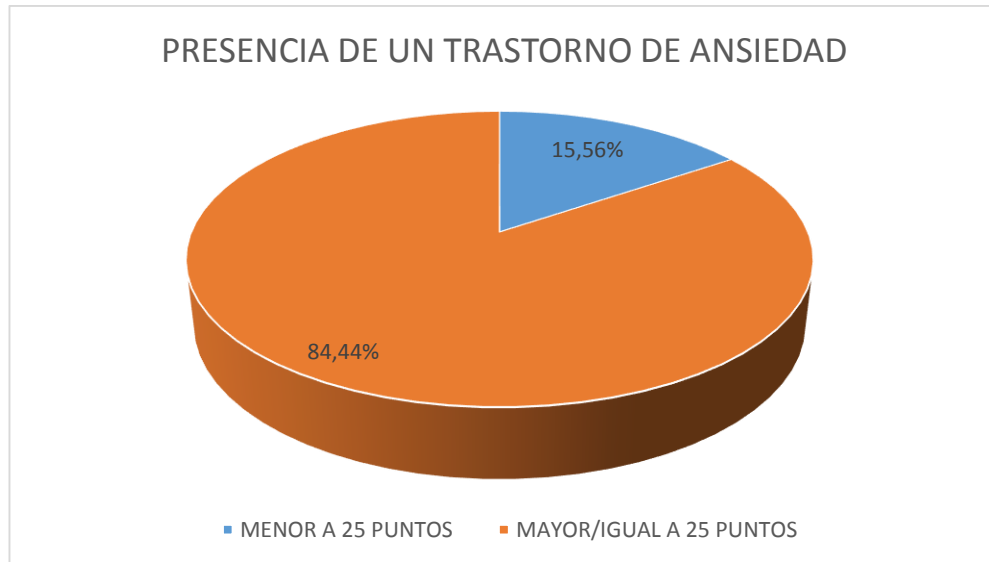
Fuente: Investigación

Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca.

ANÁLISIS

Se observa que la residencia del 52% de los escolares es urbana, es decir de la mayoría, mientras que el 48% tiene residencia rural. Se demuestra que residir en la zona rural aumenta el riesgo de ansiedad, el lugar de residencia se comporta como un factor protector, porque disminuye la presencia de ansiedad en este grupo de estudio.

Gráfico 4: Distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según Presencia de un trastorno de ansiedad. Cuenca 2016.



Fuente: Investigación

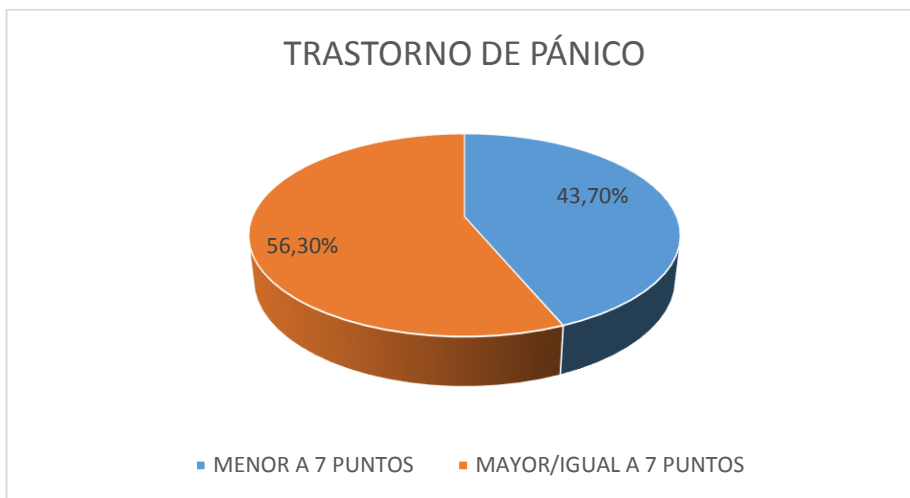
Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca.

ANÁLISIS

Al evaluar la presencia de ansiedad se encontró que el 84,44% de los niños/as estudiados tienen algún trastorno de ansiedad y el 15,56% no presenta. La presencia de ansiedad en niños afecta su rendimiento en alguna o varias áreas de su vida: personal, familiar, académica y social, además, la ansiedad como síntoma forma parte de un gran número de cuadros clínicos en la infancia.



Gráfico 5: Distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según trastorno de pánico. Cuenca 2016.



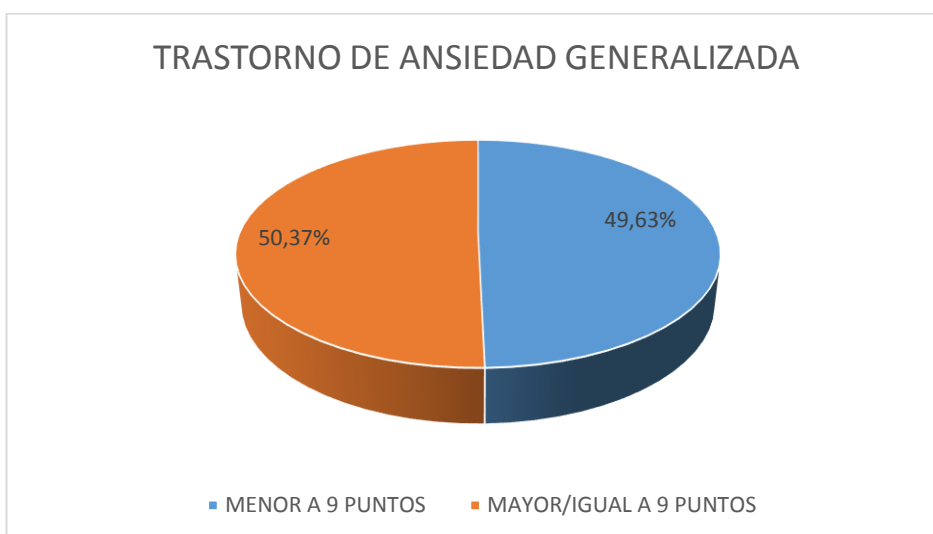
Fuente: Investigación

Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca.

ANÁLISIS

Se identifica que presentan trastorno de pánico el 53,30% de los estudiantes, el 43,70% no lo presenta, algunos estudios demuestran que este tipo de trastorno empieza en la niñez y se puede presentar de forma inesperada y espontánea.

Gráfico 6: Distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según trastorno de ansiedad generalizada. Cuenca 2016.



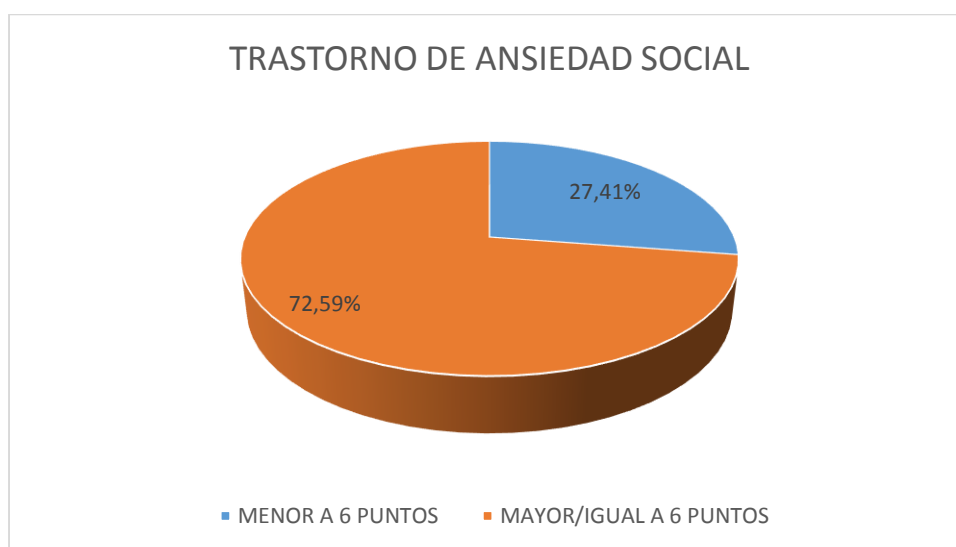
Fuente: Investigación

Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca.

ANÁLISIS

Se observa que el 50,37% presentan ansiedad generalizada, el 49,63% no presenta el trastorno, este tipo de trastorno afecta al niño en su vida social, escolar y familiar, volviéndolos inseguros, insatisfechos, retraídos y la mayoría de tiempo preocupados volviéndolos poco capaces de realizar sus actividades diarias.

Gráfico 6: Distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según trastorno de ansiedad social. Cuenca 2016.



Fuente: Investigación

Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca.

ANÁLISIS

Se observa que de los estudiantes evaluados el 72,59% presenta trastorno de ansiedad social, y el 27,47% no lo presentan, por lo que analizando podemos darnos cuenta que la mayoría de niños lo padecen, siendo este un trastorno frecuente que interfiere con la vida diaria limitándolos a interactuar con la sociedad por temor a sentir vergüenza o timidez excesiva.



Gráfico 7: distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según trastorno por separación. Cuenca 2016.



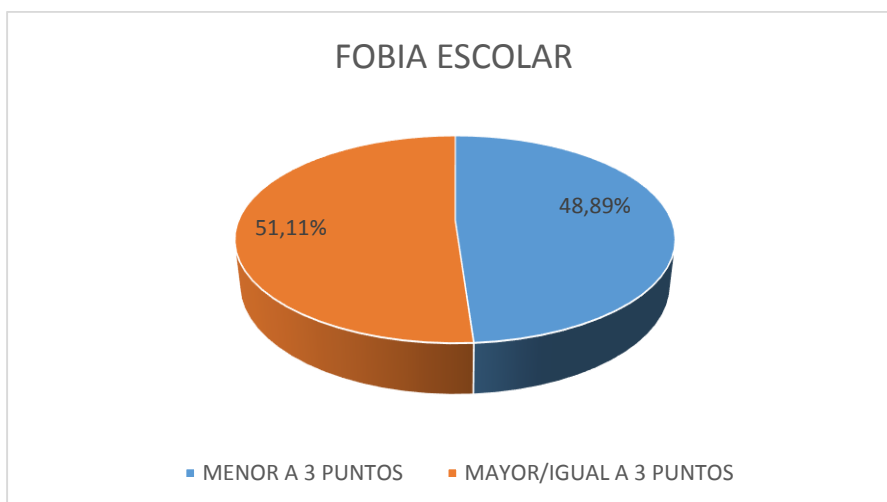
Fuente: Investigación

Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca.

ANÁLISIS

Por el trastorno de separación resultaron afectados el 91,11% de los estudiantes y el 8,89% no presentó, siendo este el trastorno que más sufren los escolares, ya sea porque tiene que separarse de sus progenitores a causa de migración o abandono de su cuidador.

Gráfico 8: Distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según fobia escolar. Cuenca 2016.



Fuente: Investigación

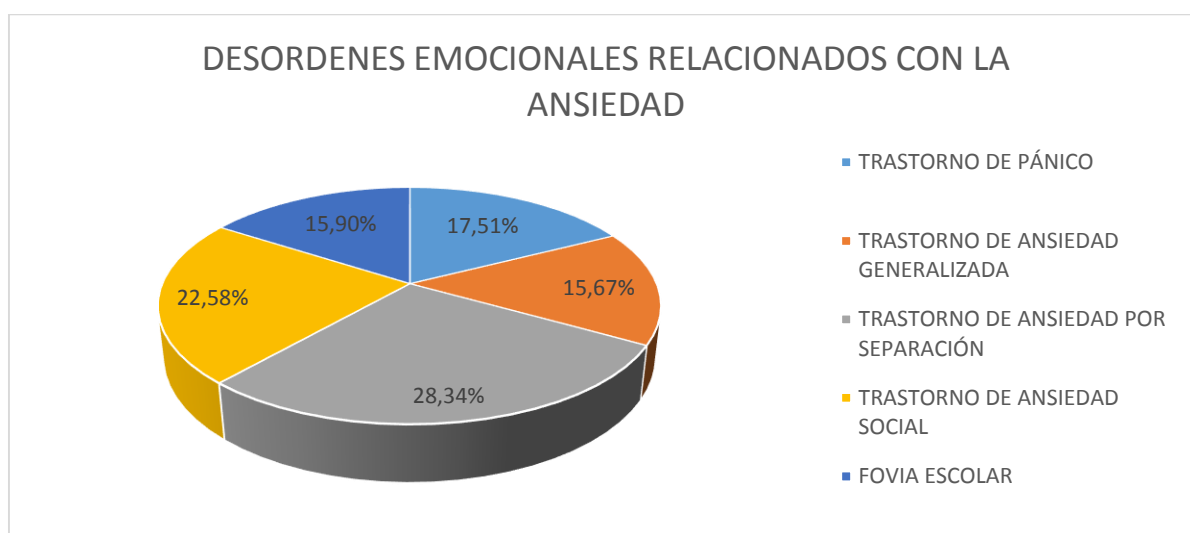
Gloria Verónica Duchi Guashambo
Ma. Del Carmen Tenesaca Campoverde

Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca.

ANÁLISIS

Se puede identificar que el 51,11% de los estudiantes presentan fobia escolar, el 48,89% de los estudiantes no presenta, este tipo de trastorno interfiere en el desarrollo normal y en las actividades escolares diarias del niño, debido al miedo irracional y desproporcionado a asistir a la escuela que provoca un grave malestar en el niño.

Gráfico 9: Distribución de 130 niños/as de la Escuela Cazadores de los Ríos, según desordenes emocionales relacionados con la ansiedad. Cuenca 2016



Fuente: Investigación

Elaborado por: Gloria Verónica Duchi y María del Carmen Tenesaca.}

ANÁLISIS

El desorden emocional que más predomina en la población estudiada es el trastorno de ansiedad por separación con un 28,34%, siendo este considerado como uno de los trastornos más prevalentes y comunes entre todos los que ocurren durante la infancia, apareciendo con frecuencia en la historia familiar; también el trastorno de ansiedad generalizada siendo de menor incidencia se presenta en un 15,67%, siendo este el que se presenta con menor incidencia.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

El estudio de la población de 130 escolares de la Escuela Cazadores de los Ríos del Cantón Cuenca sobre los Desórdenes Emocionales y Ansiedad utilizando el test Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) Child y una encuesta sociodemográfica se encontró que 26,67% tienen una edad de 10 años, el sexo principalmente repercute en el femenino con el 56,30%, el sexo masculino representó el 43,70% de la población, estudios mencionan que los niños se afectan más que las niñas de trastornos emocionales. En la procedencia la prevalencia es el área urbana con un 77,78% y en la residencia, el área de mayor prevalencia es la urbana con 52%.

En cuanto a los trastornos emocionales en la mayoría de estudios la prevalencia “es más alta para las fobias, y moderada para la ansiedad por separación, ansiedad generalizada y fobia social, se registran tasas considerablemente más bajas para el trastorno obsesivo compulsivo y tasas aún más bajas para el trastorno de estrés postraumático” (10), lo que se contradice con los resultados encontrados en la investigación; donde el trastorno que más afecta a los niños/as mayores a 8 años de la Escuela Cazadores de los Ríos de la Ciudad de Cuenca es el trastorno de ansiedad por separación con un 28,34% del total, seguido del trastorno de ansiedad social con un 22,58% y del trastorno de pánico con un 17,51%, presentándose con menos frecuencia la fobia escolar con un 15,90% y el trastorno de ansiedad generalizada con un 15,67%.

Los puntos de coincidencia son las manifestaciones de alteraciones de la esfera emocional en la infancia que pueden ser identificadas por maestros y familiares para la detección precoz como se expone en la investigación de Morey, Aurora García, caracterizada por cambios en el comportamiento, cambios en estado de ánimo y sentimientos extremos (1).

Además la investigación realizada a los niños/as mayores a 8 años de la Escuela Cazadores de los Ríos de la Ciudad de Cuenca, muestra que la característica principal de los trastornos de ansiedad es la evitación, coincidiendo con lo encontrado en varios estudios que expone como signos la evitación de situaciones específicas, estímulos, pero también formas sutiles de evitación, como la indecisión, la incertidumbre, el



retramiento o actividades ritualizadas de acuerdo al trastorno específico, ya sea pánico, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social y/o fobia escolar (10).

Se muestra que en los niños/as evaluados de acuerdo al instrumento aplicado en los ítems del 14 al 22 exponen algunas características que indican la sintomatología del trastorno ansioso generalizado, tales como preocupación excesiva, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, entre otros. La influencia de dichos trastornos tiene una alta incidencia porque este influye negativamente en el estudiante provocando problemas en el aprendizaje, falta de concentración y desarrollo emocional inestable.

Con respecto a la presentación del trastorno de ansiedad por separación se encontró que en el 91.11% de casos detectados se manifiestan los principales síntomas relacionados con la separación de sus padres u otra persona allegada, ya sea por causa de migración o abandono familiar, se manifiestan también pesadillas y aislamiento (38).

En cuanto a la presentación de la fobia social se encontró que los niños evaluados cumplían con varios de los criterios para el diagnóstico expuestos por Cano A, en su investigación. De acuerdo a la investigación realizada en la escuela muestra que la característica principal es el temor a actuar en público, en las que el estudiante se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar (12).

A la vez que coincide con lo dicho por García EG, con respecto al trastorno de ansiedad social cuando expone que: “se caracteriza por el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas” (36) y por Rapee, Ronald M que al explicitar la sintomatología de los infantes con fobia social refiere que estos experimentan aumento en las expectativas de amenaza social “(p. ej.: “los otros niños no me van a querer”); los niños con ansiedad de separación experimentan un aumento de expectativas de amenaza física (p. ej.: “mis padres resultarán heridos”), etc.” (10).

En cuanto a la fobia escolar se demuestra lo planteado por González menciona que se presenta en los niños/as evaluados cuando tienen miedo irracional y desproporcionado a asistir a la escuela o al colegio; es un miedo persistente y que



provoca un grave malestar en el niño al interferirse en el desarrollo normal en las actividades escolares cotidianas (37).

Con respecto a las manifestaciones del trastorno de pánico se encontró coincidencia con lo expuesto por Alférez, Irvin Elide, cuando expone que estas ocurren al experimentar: “sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque” (32).

También coincide en otros estudios que señalan indicadores del trastorno, la presentación de sintomatología tales como: palpitaciones, sudoración, temblores, malestar torácico, elevación de la frecuencia cardíaca, mareo o desmayo, náuseas, inestabilidad, parestesias, escalofríos, etc. (12).



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Objetivos	7.1 Conclusiones
<p>1. Realizar una descripción sociodemográfica general de la población en estudio.</p>	<p>Los niños/as mayores a 8 años de la Escuela Cazadores de los Ríos de la ciudad de Cuenca objeto de estudio, fueron en su mayoría de sexo masculino con un predominio de edad de 10 con un 26,67% y 8 años con un 22,22% respectivamente; en cuanto a la procedencia el 77,78% son de área urbana. La residencia con un 52% con el área urbana.</p>
<p>2. Identificar los casos en riesgo de desarrollar un desorden emocional relacionado con ansiedad con el fin de recomendar valoración médica pertinente.</p>	<p>El 84,44% de los niños/as mayor a 8 años de la Escuela Cazadores de los Ríos de la ciudad de Cuenca está en riesgo de desarrollar un desorden emocional relacionado con ansiedad pues en el test aplicado obtuvieron una puntuación total ≥ 25 lo que es un indicador para la presencia de trastorno de ansiedad.</p>
<p>3. Describir la frecuencia de presentación de cada uno de los desórdenes emocionales relacionados con ansiedad los mismos que incluyen trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, crisis de pánico, ansiedad social y fobia escolar</p>	<p>La frecuencia de presentación de los desórdenes emocionales relacionados con ansiedad por separación afecta al 28,34% de estudiantes, seguido del trastorno de ansiedad social con un 22,58%, luego el trastorno de pánico con un 17,51%, la fobia escolar con un 15,90% y con menor incidencia el trastorno de ansiedad generalizada en un 15,67%.</p>



7.2 Recomendaciones

1. Socializar con docentes y familia de los niños/as mayores a 8 años de la Escuela Cazadores de los Ríos de la ciudad de Cuenca los resultados obtenidos en la investigación.
2. Sugerir la valoración psicológica de los estudiantes que están en riesgo de desarrollar desorden emocional relacionado con ansiedad para un tratamiento oportuno y eficaz.
3. Realizar un programa educativo en la institución sobre prevención de los desórdenes emocionales relacionados con la ansiedad, disminuir la prevalencia y promocionar la salud mental.



8.- CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Morey AG. LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. IDENTIFICACIÓN. Alternativas Cubanas en Psicología Vol 1. Núm 3.. 2013.
2. Sancho AMR, Lago Pita B. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria(AEPAP). 2011. p. 265-280.;; p. 265-280.
3. Serrano C. Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 2013 enero-junio,; vol. 15(núm. 1).
4. Martínez , Gaeta. Entornos escolares saludables. Prevención de riesgos psíquicos y promoción de la salud mental. REVISTA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN. 2014 Septiembre-Diciembre;(Número 66).
5. Mestre V. Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. Universitas Psychologica. 2012 Octubre-diciembre; 11(4).
6. Caicedo Romero V, Carchi Pugo S, Chuquimarca Guartambel. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO EDUCACIÓN BÁSICA EN LA PARROQUIA EL VECINO DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011. CUENCA;; 2012.
7. Palacio PA, Merchán MA. Prevalencia de trastornos psicopatológicos en los estudiantes del Colegio Técnico Nacional de Cumbe del Cantón Cuenca, 2013. Tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
8. Venegas GA, Velecela JV, Yanza ÁG. Prevalencia de trastornos ansioso-depresivos en estudio del ciclo básico del Colegio Técnico Daniel Córdova Toral, en la ciudad de Cuenca durante el año 2011. Tesis. Universidad de Cuenca, Facultad e Ciencias Médicas; 2013.



9. Vila AC. La ansiedad infantil desde el Análisis Transaccional. Tesis Doctoral. Barcelona: UDED, Psicología de la Personalidad; 2013.
10. Rapee R. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención. Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes ed. Adolescentes AldPyPAdNy, editor. Geneva: Rey JM; 2016.
11. Gutierrez CSO. FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS QUE ACUDEN A UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. Lima;; 2011.
12. Cano A. Sociedad Española para el Estudio de la ansiedad y el Estrés. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE OTROS DESÓRDENES EN LOS QUE LA ANSIEDAD ESTÁ PRESENTE. [Online].; 2013 [cited 2016 Junio 23. Available from: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/index.htm>.
13. Hernández E. La depresión infantil. Psicoterapia conductual Infantil. Venezuela. [Online].; 2010 [cited 2016 05 21. Available from: <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>.
14. Sandez A. Ansiedad infantil. Información e investigación en trastornos de ansiedad. [Online].; 2011 [cited 2016 05 21. Available from: <http://infoansiedad.org/trastornos-de-ansiedad-2/ansiedad-infantil/>.
15. Magaz A, García M, Del Valle M. Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años. Revista papeles del Psicólogo. 1998 Noviembre.
16. Cabaco AS. Indicadores de riesgo y estrategias de prevención en la adolescencia. Tesis Doctoral. Salamanca: UPSA; 1995.
17. Fava M, Kendler K. Major depressive disorder. Neuron. 2000;(28): p. 335-341.
18. Lederbogen F, Kirsh P, Haddad L. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. Nature. 2011 Junio 23;(474): p. 498–501.
19. Rapee R, Coplan R. Conceptual relations between anxiety disorder and fearful temperament. In H Gazelle & KH Rubin. 127th ed. San Francisco, CA: Social



Anxiety in Childhood: Bridging Developmental and Clinical Perspectives. New Directions for Child and Adolescent Development. ; 2010.

20. Edwards S, Rapee R, Kennedy S. Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives.: Journal of Child Psychology & Psychiatry; 2010.
21. Melo-Vega C. Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana. Pontificia Universidad Católica del Perú. [Online].; 2009 [cited 2016 04 18. Available from: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/1234>.
22. Silva G. Percepciones y vivencias de los niños trabajadores acerca del trabajo infantil. Lima: Fundación Telefónica. [Online].; 2008 [cited 2016 04 18. Available from: <http://www.fao.org/Participation/espanol/DaSilva-lessons.html>.
23. Loubat M, Aburto ME, Vega M. Aproximación a la Depresión Infantil por parte de Psicólogos que trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. Ter Psicol. 2008 Diciembre; 26.
24. Haquin C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Rev. chil. pediatr. 2004 Octubre; 75(5): p. 425-433.
25. Bal S, Crombez G, Van Oost P, De Bourdeadhuij I. The role of social support in well-being and coping with the self-reported stressful events in adolescents. Child Abuse & Neglect. 2003;(27): p. 1377-1395.
26. Vargas J, Aguilar J, García H, Romero E. Migración, Salud mental y disfunción familiar II: Familia del migrante urbano oaxaqueño. El nivel económico como variable. Centro Regional de Investigación den Psicología. 2008; 2(1): p. 63-66.
27. Yeoh B, Lam T. Children left behind and children who migrate with a parent. Children left behind face tough road. Souce daily. [Online].; 2007 [cited 2016 03 27. Available from: http://english.peopledaily.com.cn/200406/02/eng20040602_145140.html.



28. Ron, Santiago. Impacto de la migración en la Salud Mental en niños y adolescentes. Cuenca: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca; 2010.
29. Díaz CP. Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 1. Nº. 2 - Julio 2014. 2014;: p. 157-163.
30. Cárdenas EM, Fera M, Palacios , De La Peña F. Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2010.
31. Rovella A, González Rodríguez M. Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. Fundamentos en Humanidades, vol. IX, núm. 17. 2008;: p. 179-194.
32. Alférez IE. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA POBLACION ADULTA QUE CONSULTA LA UNIDAD DE SALUD LAS FLORES, EN EL DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO, ENERO A DICIEMBRE 2010. ; 2011.
33. Alda Diez JÁ, Gabaldón Fraile S. Urgencias Psiquiátricas en el niño y el adolescente. Primera ed. Barcelona; 2008.
34. Silva DS. Trastornos de ansiedad y su asociación con estados de sobrepeso y obesidad (según IMC) en estudiantes del colegio técnico Huasipamba del cantón Pelileo y la unidad educativa Liceo Policial Bilingue Myr. Galo Miño J. en el periodo octubre - diciembre 2013. Disertación previa a la obtención del título de Médico Cirujano. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2014.
35. Sandín B, Valiente RM, Chorot P. Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2009; 14(3): p. 193-206.
36. García EG. realidad virtual y nuvas tecnologías en le trastorno de ansiedad social: un estudio meta-analítico. Murcia; 2012.



37. González MES. ANSIEDAD INFANTIL Y COMPORTAMIENTO EN EL AULA. Quetzaltenango;; 2014.
38. Sailema Hurtado AM. LA SOBREPOTECCIÓN INFANTIL Y SU INFLUENCIA EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LOS NIÑOS DE PRIMERO Y SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA. Ambato – Ecuador;; 2015.



9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alda Diez, J., & Gabaldón Fraile, S. (2008). *Urgencias Psiquiátricas en el niño y el adolescente* (Primera ed.). Barcelona.
- Alfárez, I. E. (2011). *TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA POBLACION ADULTA QUE CONSULTA LA UNIDAD DE SALUD LAS FLORES, EN EL DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO, ENERO A DICIEMBRE 2010*. UNAN.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P., & De Bourdeadhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with the self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*(27), 1377-1395.
- Cabaco, A. (1995). *Indicadores de riesgo y estrategias de prevención en la adolescencia*. Tesis Doctoral, UPSA, Salamanca.
- Caicedo Romero, V., Carchi Pugo, S., & Chuquimarca Guartambel, M. (2012). *PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE OCTAVO, NOVENO Y DÉCIMO EDUCACIÓN BÁSICA EN LA PARROQUIA EL VECINO DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2011*. CUENCA: UNIVERSIDAD DE CUENCA.
- Cano, A. (2013). Recuperado el 23 de Junio de 2016, de Sociedad Española para el Estudio de la ansiedad y el Estrés. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DE OTROS DESÓRDENES EN LOS QUE LA ANSIEDAD ESTÁ PRESENTE: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/index.htm>
- Cárdenas, E., Fera, M., Palacios, L., & De La Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Díaz, C. P. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 1. Nº. 2 - Julio 2014*, 157-163.
- Edwards, S., Rapee, R., & Kennedy, S. (2010). *Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives*. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*.
- Fava, M., & Kendler, K. (2000). Major depressive disorder. *Neuron*(28), 335-341.
- García, E. G. (2012). *realidad virtual y nuevas tecnologías en el trastorno de ansiedad social: un estudio meta-analítico*. Murcia: Universidad de Murcia.
- González, M. E. (2014). *ANSIEDAD INFANTIL Y COMPORTAMIENTO EN EL AULA*. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Gutierrez, C. S. (2011). *FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS QUE ACUDEN A UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.



- Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, J. (Octubre de 2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev. chil. pediatr*, 75(5), 425-433. doi:10.4067/S0370-41062004000500003
- Hernández, E. (2010). *Hernández, E, La depresión infantil. Psicoterapia conductual Infantil. Venezuela 2010.* <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>. Recuperado el 21 de 05 de 2016, de La depresión infantil. Psicoterapia conductual Infantil. Venezuela: <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>
- Lederbogen, F., Kirsh, P., & Haddad, L. (23 de Junio de 2011). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*(474), 498–501. doi:10.1038/nature10190
- Loubat, M., Aburto, M., & Vega, M. (Diciembre de 2008). Aproximación a la Depresión Infantil por parte de Psicólogos que trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Ter Psicol*, 26(2). doi:10.4067/S0718-48082008000200005
- Magaz, A., García, M., & Del Valle, M. (Noviembre de 1998). Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años. *Revista papeles del Psicólogo*(1). Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=796>
- Martínez, V., & Gaeta, L. (Septiembre-Diciembre de 2014). Entornos escolares saludables. Prevención de riesgos psíquicos y promoción de la salud mental. *REVISTA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN*(Número 66).
- Melo-Vega, C. (2009). Recuperado el 18 de 04 de 2016, de Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana. Pontificia Universidad Católica del Perú: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/1234>
- Mestre, V. (Octubre-diciembre de 2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 11(4).
- Morey, A. G. (2013). LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. IDENTIFICACIÓN. *Alternativas Cubanas en Psicología Vol 1. Núm 3.* .
- Palacio, P. A., & Merchán, M. A. (2013). *Prevalencia de trastornos psicopatológicos en los estudiantes del Colegio Técnico Nacional de Cumbe del Cantón Cuenca, 2013.* Tesis, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Cuenca.
- Rapee, R. (2016). *Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención* (Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes ed.). (A. I. Adolescentes, Ed., M. Irrázaval, & M. Stefan, Trads.) Geneva: Rey JM. Obtenido de <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.1-Anxiety-Disorders-SPANISH-2016.pdf>
- Rapee, R., & Coplan, R. (2010). *Conceptual relations between anxiety disorder and fearful temperament. In H Gazelle & KH Rubin* (Vol 127 ed.). San Francisco,



- CA: Social Anxiety in Childhood: Bridging Developmental and Clinical Perspectives. *New Directions for Child and Adolescent Development*. .
- (2010). *Ron, Santiago. Impacto de la migración en la Salud Mental en niños y adolescentes*. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Rovella, A., & González Rodríguez, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, vol. IX, núm. 17, 179-194.
- Sailema Hurtado, A. M. (2015). *LA SOBREPOTECCIÓN INFANTIL Y SU INFLUENCIA EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LOS NIÑOS DE PRIMERO Y SEGUNDO GRADO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA*. Ambato – Ecuador: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.
- Sancho, A. M., & Lago Pita, B. (2011. p. 265-280.). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. *Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria(AEPAP)*, 265-280.
- Sandez, A. (2011). Recuperado el 21 de 05 de 2016, de Ansiedad infantil. Información e investigación en trastornos de ansiedad: <http://infoansiedad.org/trastornos-de-ansiedad-2/ansiedad-infantil/>
- Sandín, B., Valiente, R., & Chorot, P. (2009). Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206.
- Serrano, C. (enero-junio, de 2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* , vol. 15(núm. 1).
- Silva, D. S. (2014). *Trastornos de ansiedad y su asociación con estados de sobrepeso y obesidad (según IMC) en estudiantes del colegio técnico Huasipamba del cantón Pelileo y la unidad educativa Liceo Policial Bilingüe Myr. Galo Miño J. en el periodo octubre - diciembre 2013*. Disertación previa a la obtención del título de Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito.
- Silva, G. (2008). Recuperado el 18 de 04 de 2016, de Percepciones y vivencias de los niños trabajadores acerca del trabajo infantil. Lima: Fundación Telefónica: <http://www.fao.org/Participation/espanol/DaSilva-lessons.html>
- Vargas, J., Aguilar, J., García, H., & Romero, E. (2008). Migración, Salud mental y disfunción familiar II: Familia del migrante urbano oaxaqueño. El nivel económico como variable. *Centro Regional de Investigación den Psicología*, 2(1), 63-66.
- Venegas, G. A., Velecela, J. V., & Yanza, Á. G. (2013). *Prevalencia de trastornos ansioso-depresivos en estudio del ciclo básico del Colegio Técnico Daniel Gloria Verónica Duchi Guashambo*



Córdova Toral, en la ciudad de Cuenca durante el año 2011. Tesis, Universidad de Cuenca, Facultad e Ciencias Médicas.

Vila, A. C. (2013). *La ansiedad infantil desde el Análisis Transaccional.* Tesis Doctoral, UDED, Psicología de la Personalidad, Barcelona.

Yeoh, B., & Lam, T. (2007). Recuperado el 27 de 03 de 2016, de Children left behind and children who migrate with a parent. Children left behind face tough road. Souce daily:
http://english.peopledaily.com.cn/200406/02/eng20040602_145140.html



10.- ANEXOS

10.1 Anexo: 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo en años	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • 8 años • 9 años • 10 años • 11 años • 12 años
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina conocidas como sexos	Biológica	Fenotipo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Procedencia	Punto de partida que tiene un individuo.	Demográfica	Lugar de nacimiento	Urbano Rural
Residencia	Lugar de domicilio habitual de una persona	Demográfica	Domicilio	Urbano Rural
Desordenes	Son patologías asociadas	Trastorno de Ansiedad	Se expresa mediante manifestaciones	Puntaje $\geq 9/18$, del bloque de 9 preguntas



Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
emocionales	a disfunciones del estado de ánimo	Generalizada	s expuestas en el test.	correspondientes a esta patología en el Test.
		Trastorno de Ansiedad por Separación	Se manifiesta mediante los síntomas expuestos en el test.	Puntaje $\geq 5/16$, del bloque de 8 preguntas correspondientes a esta patología en el Test.
		Crisis de pánico	Se presenta por sensaciones de terror que les llegan repentinamente y repetidamente sin previo aviso.	Puntaje $\geq 7/26$, del bloque de 13 preguntas correspondientes a esta patología en el Test.
		Trastorno de	Se caracteriza por el miedo persistente y	Puntaje $\geq 8/14$, del bloque de 7 preguntas



Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
		Ansiedad Social	acusado a situaciones sociales.	correspondiente a esta patología en el Test.
		Fobia escolar	Se manifiesta por miedo irracional y desproporcionado a asistir a la escuela	Puntaje $\geq 3/8$, del bloque de 4 preguntas correspondiente a esta patología en el Test.
Ansiedad	Es una emoción negativa que se vive como amenaza, como anticipación cargada de malos presagios, de tonos difusos, desdibujados, poco claro	Biológica	Signos y síntomas expresados en el presente test SCARED.	Puntaje $\geq 25/82$, en la aplicación del Test SCARED



10.2 Anexo: 2

Test para Niños.

Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) Child. Cribado de desórdenes emocionales relacionados con la ansiedad en niños.

Lea cada frase e indique si es " No o CASI NUNCA " o " A veces " o " Muy Cierto o SI " para cada oración coloque una X a la respuesta con la que se identifica.	0 No	1 A veces Cierto	2 Muy cierto o si
TRASTORNOS DE PANICO			
1. Cuando siento miedo, es difícil respirar			
2. Cuando me asusta, me siento que me desmayo.			
3. La gente me dice que me veo nervioso.			
4. Cuando me asusta, me siento como que estoy volviendo loco.			
5. Cuando me asusta, me siento como si las cosas no son reales.			
6. Cuando llego asustada, mi corazón late rápido.			
7. me pongo inestable			
8. Cuando me asusto, sudo mucho.			
9. Realmente no soy asustado por ninguna razón en absoluto.			
10. Cuando me asusto , siento como que me estoy ahogando			
11. Tengo miedo de tener ansiedad (o pánico) ataques			
12. Cuando me asusto , siento ganas de vomitar			
13. Cuando me asusta , me siento mareado			
TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA			
14. Me preocupo de otra gente que me gusta.			
15. Estoy nervioso.			
16. Me preocupo por ser tan bueno como otros niños.			



17. Me preocupa resolver las cosas por mí.			
18. Yo soy un angustiado.			
19. La gente me dice que me preocupo demasiado.			
20. Me preocupa lo que va a suceder en el futuro.			
21. Me preocupa lo bien que hago las cosas			
22. Me preocupo por las cosas que ya han sucedido.			
ANSIEDAD POR SEPARACIÓN			
23. Me asusto si duermo fuera de casa			
24. Sigo a mi madre o padre en cualquier parte donde ellos vayan.			
25. Me preocupo del dormir solo.			
26. Tengo pesadillas con que algo malo ocurra a mis padres			
27. Tengo pesadillas sobre algo malo que me pasa.			
28. Tengo miedo de estar sola en la casa.			
29. No me gusta estar lejos de mi familia.			
30. Me preocupa que algo malo podría pasarle a mis padres			
FOBIA SOCIAL			
31. No me gusta estar con la gente que no conozco bien.			
32. Me siento nervioso con gente que no conozco bien.			
33. Es difícil para mí hablar con gente que no conozco bien.			
34. Me siento tímido con gente que no conozco bien.			
35. Me siento nerviosa cuando estoy con otros niños o adultos , y tengo que hacer algo mientras me miran (por ejemplo: leer en voz alta , hablar, jugar un juego, jugar un deporte)			
36. Me siento nervioso cuando voy a fiestas, bailes, o cualquier lugar donde habrá gente que no conozco bien.			
37. Yo soy tímido.			
FOBIA ESCOLAR			



38. obtengo dolores de cabeza cuando estoy en la escuela.			
39. Yo obtengo dolores de estómago en la escuela			
40. Me preocupo de ir a la escuela.			
41. Tengo miedo de ir a la escuela			

A continuación, se muestra una lista de frases que describen cómo la gente se siente. Lea cada frase y decidir si es " No es cierto o casi nunca " o " Algo Verdadero o A veces cierto " o "Muy Cierto o frecuencia " para usted. Luego, para cada oración, coloque una X a la respuesta con la que se identifica.

INTERPRETACION: Una puntuación total de ≥ 25 puede indicar la presencia de un trastorno de ansiedad. Las puntuaciones iguales a 30 son más específicas.

TOTALES

Una puntuación de 7 para las preguntas 1, 6 , 9, 12, 15 , 18, 19 , 22, 24 , 27, 30 , 34, 38 pueden indicar el trastorno de pánico.

Una puntuación de 9 para las preguntas 5 , 7, 14 , 21, 23 , 28, 33, 35 , 37 puede indicar trastorno de ansiedad generalizada.

Una puntuación de 5 de las preguntas 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 puede indicar ansiedad por separación.

Una puntuación de 6 para las preguntas 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 puede indicar el Trastorno de Ansiedad Social.

Una puntuación de 3 para las preguntas 2, 11, 17, 36 puede indicar significativo evitación escolar o fobia escolar.



DATOS DE FILIACION

EDAD:	
SEXO:	
PROCEDENCIA:	
RESIDENCIA:	



10.3 Anexo: 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

“PREVALENCIA DE DESORDENES EMOCIONALES RELACIONADOS CON ANSIEDAD EN NIÑOS DE LA ESCUELA CAZADORES DE LOS RIOS DE LA CIUDAD DE CUENCA 2016”

Nosotras, Verónica Duchi portadora de la CI 0107331720 y María del Carmen Tenesaca portadora de la CI 0104838503 egresadas de la carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca, solicitamos su autorización para que su representado forme parte del presente estudio, el mismo que tratara sobre trastornos de ansiedad ya que este es uno de los trastornos psiquiátricos que más se presenta en la infancia.

El propósito de dicho estudio es determinar la prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con la ansiedad, una vez identificados los casos se procederá a recomendar valoración médica pertinente.

Esta investigación nos permitirá acceder a la obtención del título de grado como Licenciada/s en Enfermería, además en este estudio se garantizara la reserva de la identidad de sus representados a los cuales se le aplique un test.

Al firmar este documento doy el consentimiento para que mi hijo/a participe en el estudio de investigación, he comprendido que la participación es voluntaria, no se recibirá ninguna recompensa por ser encuestado/a solo se contribuirá con la información aportada al desarrollo de la investigación.

Firma del representante



10.4 Anexo: 4

ASENTIMIENTO INFORMADO.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Investigadora: Gloria Verónica Duchi Guashambo y María Del Carmen Tenesaca

Título: “Prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con ansiedad en niños de la Escuela Cazadores de los Ríos de la ciudad de Cuenca, 2016”

Propósito del estudio:

Hola----- mi nombre es Gloria Verónica Duchi y Ma. Carmen Tenesaca Campoverde estamos realizando un estudio para determinar la prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con la ansiedad en niños mayores a 8 años de la escuela Cazadores de los Ríos de la ciudad de Cuenca. Si decides participar en este estudio en una fecha coordinada con tu profesor de aula, deberás completar un formulario con preguntas. No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás dinero, únicamente la satisfacción de colaborar en la investigación con tu participación. No tienes que colaborar si no deseas. Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar a: Gloria Verónica Duchi - Ma. Del Carmen Tenesaca.

Teléfono 4177787 - 0989465243

Teléfono: 0986122354

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas colaborar?

SI () NO ()



10.5 Anexo 5:

Solicitud de autorizo para investigar en la Unidad Educativa Cazadores de los Ríos.

Cuenca 24 de febrero del 20015.

Lcda. Olga González Rojas.

Directora de U.E. Cazadores de los Ríos.

Presente

Nosotras, Gloria Verónica Duchi Guashambo y María del Carmen Tenesaca Campoverde, egresadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, nos dirigimos a su persona para solicitarle de la manera más comedida se nos permita desarrollar la siguiente investigación dentro del plantel escolar que se encuentra a su dirección; “prevalencia de desórdenes emocionales relacionados con la ansiedad en niños mayores de 8 años.”

Dicha investigación nos permitirá acceder a la obtención del título de grado como Licenciada/s en Enfermería, además en este estudio se garantizara la reserva de la identidad de cada uno de los individuos a los cuales se le aplique un test, presentando un consentimiento informado por parte de los padres, con la ayuda de los profesores realizaremos el resultado del mismo.

Por la favorable acogida que dará a la presente nos suscribimos con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente

Gloria Verónica Duchi

María del Carmen Tenesaca