



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Educativa

**NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y NIÑAS PREESCOLARES DE 4 A 5 AÑOS
DE EDAD EN TRES INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL
PERIODO LECTIVO 2020-2021**

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Psicóloga
Educativa.

Autora:

Michelle Alexandra Sigcha Orbes

CI: 0107128761

michelle.sigcha97@gmail.com

Tutora:

Mgs. María Fernanda Cordero Hermida

CI: 0105118749

Cuenca, Ecuador

24-09-2021



Resumen:

El trastorno de ansiedad en la infancia es un fenómeno que se investiga recientemente a nivel mundial, a causa de los efectos negativos que genera en el funcionamiento familiar, social, escolar y personal de niños y niñas. La presente investigación tuvo como objetivo general describir los niveles de ansiedad preescolar y sus dimensiones en niños y niñas de 4-5 años de edad en tres instituciones de la ciudad de Cuenca en el periodo lectivo 2020-2021, a su vez, los objetivos específicos fueron: identificar los niveles de ansiedad preescolar acorde con la caracterización de la población, examinar las dimensiones de ansiedad preescolar en relación con las variables sociodemográficas. El estudio planteó una metodología cuantitativa, de diseño no experimental, de tipo transversal, con un alcance exploratorio y descriptivo. Los participantes del estudio fueron 56 padres de familia/cuidadores principales quienes brindaron información de niños y niñas con edades entre cuatro años (48 meses) y cinco años y medio (66 meses). Para la recolección de información se ocupó la escala de ansiedad preescolar de Spence (PAS) y una ficha sociodemográfica. El análisis de datos se realizó mediante Google Forms y el programa SPSS. Los resultados indicaron que 52 preescolares se ubican en una categoría de ansiedad normativa, siendo cuatro los que exhiben una categoría de ansiedad elevada. Además, se encontró un nivel de ansiedad total elevada en el grupo de: cuatro años de edad, en el grupo de niños en comparación con niñas, zona rural del centro educativo y en quienes viven en una familia extendida. Finalmente, las dimensiones predominantes fueron el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Palabras claves: Niveles. Ansiedad Infantil. Preescolar. PAS.



Abstract:

Childhood anxiety disorder is a phenomenon that is recently investigated worldwide because of the negative effects it has on the family, social, school and personal functioning of children. The general objective of this research was to describe the levels of pre-school anxiety and their dimensions in children aged 4-5 years in three institutions in the city of Cuenca during the school period 2020-2021, in turn, the specific objectives were identify preschool anxiety levels according to the characterization of the population, examine the dimensions of preschool anxiety in relation to sociodemographic variables. The study proposed a quantitative, non-experimental, cross-sectional methodology with an exploratory and descriptive scope. The study participants were 56 parents/primary caregivers who provided information on children between the ages of four years (48 months) and five and a half years (66 months). Preschool anxiety scale of Spence's (PAS) and a sociodemographic file were used for information collection. Data analysis was performed using Google Forms and the SPSS program. The results indicate that 52 preschoolers are in the low category of anxiety, with four exhibiting a dawn anxiety category. In addition, a high level of total anxiety was found in the group of: Four years of age, in girls compared with boys, rural location and those living in an extended family. Finally, the predominant dimensions were obsessive-compulsive disorder (OCD) and generalized anxiety disorder (GAD).

Keywords: Levels. Child Anxiety. Preschool. PAS.



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

MICHELLE ALEXANDRA SIGCHA ORBES en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y NIÑAS PREESCOLARES DE 4 A 5 AÑOS DE EDAD EN TRES INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL PERIODO LECTIVO 2020-2021”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 24 de septiembre del 2021

Michelle Alexandra Sigcha Orbes.

C.I: 0107128761



Cláusula de Propiedad Intelectual

MICHELLE ALEXANDRA SIGCHA ORBES, autora del trabajo de titulación “NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y NIÑAS PREESCOLARES DE 4 A 5 AÑOS DE EDAD EN TRES INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL PERIODO LECTIVO 2020-2021”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 24 de septiembre del 2021.

Michelle Alexandra Sigcha Orbes.

C.I: 0107128761



Índice de contenido

Fundamentación teórica	7
Proceso metodológico	15
Presentación y análisis de resultados	19
Conclusiones	28
Referencias citadas	31
Anexos	36
Anexo 1. Ficha Sociodemográfica	36
Anexo 2. Escala de ansiedad preescolar de Spence (PAS)	38
Anexo 3. Formulario de consentimiento informado	42

Índice de tablas

Tabla 1. Caracterización de la población según la edad, sexo y ubicación del centro educativo.	19
Tabla 2. Niveles de ansiedad total, frecuencias y estadísticas descriptivas.	20
Tabla 3. Niveles de ansiedad total según sexo y edad	22
Tabla 4. Niveles de ansiedad total según ubicación del centro educativo y quien respondió el cuestionario	23
Tabla 5. Nivel de ansiedad según con quién viven los preescolares	24
Tabla 6. Frecuencias, medias, estadísticas descriptivas y desviaciones estándar de las dimensiones TOC, TAG, TAS, MLF, FS.	24
Tabla 7. Dimensiones de ansiedad elevada según sexo, edad, y ubicación del centro educativo	25
Tabla 8. Dimensiones de ansiedad elevada según con quienes viven los preescolares	26



Fundamentación teórica

Los trastornos de la salud mental constituyen una problemática generalizada a nivel mundial que se ha agudizado en los últimos años a causa de los conflictos que se generan en el desenvolvimiento de diversas actividades de la vida contemporánea (Parrado, 2008). Entre los distintos tipos de enfermedades mentales que existen, los más comunes son los trastornos de ansiedad (TA) (Whalen, Sylvester y Luby, 2017) que incluyen diversos parámetros estudiados con frecuencia en adolescentes, adultos y adultos mayores.

Los preescolares, entre dos a seis años, son un grupo etario que se ha investigado de manera reciente ya que se consideraba que debido a su inmadurez cognitiva no presentaban enfermedades de índole mental (Rappe, 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) ha encontrado diversos tipos de manifestaciones de ansiedad a nivel mundial; sin embargo, en la infancia estas son difusas y poco identificables por el entorno cercano, surgiendo así la necesidad de una mayor socialización de esta problemática en la población.

En el marco de la realidad actual, al no disponer de mayor información (diagnóstico del impacto de TA en preescolares) se han realizado numerosas investigaciones orientadas a evidenciar su presencia y conocer sus causas. A nivel mundial un 72% de niños no acceden a los servicios de salud mental pública (OMS, 2020); y, únicamente un 17.5% de esta población ha recibido atención psicológica en la región de Las Américas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013).

La tendencia se mantiene a nivel nacional, el Ecuador se ubica entre los países con un mayor índice de ansiedad (OMS, 2010). A esta situación se suma una política pública deficiente (normativas, protocolos y lineamientos) sin una asignación presupuestaria que permita cubrir las necesidades básicas de la población, lo que en conjunto constituye una serie de barreras de acceso a una atención de salud digna (Analuisa, 2016), dando como resultado el incremento de enfermedades mentales sin diagnóstico en preescolares.

Por otra parte, la complejidad de identificar síntomas ansiosos, los inconvenientes en obtener información precisa de los niños; y, la relación inequívoca que se asume con problemas de conducta o bajo rendimiento académico, impiden distinguir los problemas de ansiedad, repercutiendo en la imposibilidad de generar diagnósticos y tratamientos



oportunos, situación que va en perjuicio del desarrollo adecuado de los preescolares (Roncal, 2019; Yanchaliquin, 2017; Peredo, 2009).

En la literatura, el término ansiedad ha sido tema de estudio a lo largo de los años en todas las edades y nacionalidades. Su enfoque está orientado desde diversas perspectivas y significados; sin embargo, existen muchos puntos de concordancia: respuesta emocional compleja, que se adapta y que coexiste con el ser humano a lo largo de la vida (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Para varios autores, la ansiedad es sinónimo de malestar psicofisiológico que genera una respuesta anticipada de alerta con características como inquietud, inseguridad, intranquilidad, temor desagradable y constante; manifestándose como un trastorno neurológico y subjetivo (Fradejas, 2016; Torres y Chávez, 2013; American Psychiatric Association [APA], 2014; Parrado, 2008). Se relaciona con la anticipación de peligros probables futuros, indefinibles e imprevisibles, generando un estado de tensión, temor, inhibición corporal e incluso evitación de la situación (Peredo, 2009; Becerra et al., 2007).

Resulta fundamental diferenciar cuando la ansiedad, como estado normativo, se convierte en patológica. Para Roncal (2019) y Parrado (2008) se trata de una respuesta emocional incomprensible en su intensidad y duración, una característica importante es que no se puede determinar con claridad el estímulo o situación que genera esta reacción en la persona. Al respecto, Whalen et al. (2017) menciona que no se debe confundir un TA en la infancia con los miedos propios de la edad, puesto que el primero se caracteriza por un elevado nivel de estrés y una incapacidad funcional; mientras que, el temor es únicamente una respuesta adaptativa.

En la misma línea, es necesario distinguir el estrés y el miedo de la ansiedad. El primero es un estado de tensión que aparece cuando se somete a una persona a altos niveles de presión o ante situaciones cambiantes en el día a día (Peredo, 2009). Para Sierra et al. (2003) la perspectiva fisiológica es la que mejor permite diferenciarlos, siendo el estrés el resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del entorno y la ansiedad una reacción emocional frente a la amenaza manifiesta, a nivel cognitivo. Al contrario, el miedo es circundante con la ansiedad siendo una manifestación normativa e inmediata ante las



amenazas que se perciben del entorno (Rodríguez et al., 2011; Sierra et al., 2003; Peredo, 2009). Para Clark y Beck (2012) es un estado neurofisiológico automático que conlleva una valoración cognitiva para la seguridad física o psíquica del individuo. En cambio, la ansiedad es un sistema complejo de respuesta que se activa ante circunstancias aversivas, porque son percibidos como imprevisibles e incontrolables, amenazando los intereses vitales de la persona.

Debido a lo mencionado Díaz y De la Iglesia (2019), Peredo (2009), Torres y Chávez (2013) concuerdan en que no existe un límite claro para el inicio de los problemas ansiosos en la niñez; sin embargo, es importante considerar los parámetros de normalidad que se han determinado en las etapas del desarrollo, además del modelo conductual que van adquiriendo los niños en el día a día, esta información brinda pautas que permiten identificar anomalías y la presencia de TA en edades tempranas.

Al considerar los eventos vitales que predominan en la infancia, es importante destacar que en la etapa preescolar se experimentan diversas situaciones en donde los miedos y la ansiedad forman parte del diario vivir (Roncal, 2019; Peredo, 2009; Ruiz y Lago, 2005). Entre los acontecimientos normativos en este período, se encuentran los temores infantiles (miedo a las alturas, animales, oscuridad, etc.) que protegen de posibles daños, alejan a los niños del peligro y les permite tomar precauciones ante algo que les asusta (Parrado, 2008).

La reacción de miedo en los niños ante una situación o estímulo puede tener una respuesta fisiológica que se activa enviando una señal al sistema nervioso autónomo, el cual trabaja preparando al cuerpo para la acción o huida de la amenaza, se manifiesta mediante mareos, taquicardia, tensión muscular, sudoración, opresión torácica. Además, se puede presentar una respuesta conductual que puede ser de huida, congelamiento o lucha, expresándose mediante cautela, abandono y evitación de la situación. También se presenta una respuesta cognitiva que implica los mecanismos del procesamiento de la información, donde se traza la línea entre el miedo y la ansiedad, puesto que el miedo ante situaciones futuras, se convierte en ansiedad que se exterioriza a través de aprehensión, autopercepción de indefensión, escasa concentración y memoria. Las respuestas mencionadas se enlazan con síntomas afectivos



como nerviosismo, tensión, impaciencia y agitación (Díaz y De la Iglesia, 2019; Rodríguez et al., 2011).

Actualmente, es difícil determinar cuándo los niños superan la barrera del miedo hacia un TA; sin embargo, existen ciertas características en la infancia que permiten identificar sintomatología ansiosa como: movimientos corporales descontrolados, comportamientos estridentes, dificultad para separarse de sus cuidadores principales, complicaciones al momento de ir a dormir; o, respuestas somáticas como dolores de cabeza, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y tensión muscular (Ruiz y Lago, 2005). Dichas manifestaciones requieren un abordaje complejo puesto que puede tratarse únicamente de funciones adaptativas ante posibles peligros, que suelen confundirse con diagnósticos inadecuados de trastorno de déficit de atención (TDAH), trastorno desafiante, oposicionista u otros problemas de conducta (Rappe, 2016).

Por ello, diversos modelos teóricos han intentado explicar el origen y el desarrollo de la patología ansiosa en la infancia, no obstante, éstos se encuentran aún difusos en la literatura. Se considera que para tener una verdadera aproximación al fenómeno de estudio es necesario comprenderlo como multidimensional (Roncal, 2019). En el caso de la ansiedad preescolar, la teoría cognitivo - conductual brinda una explicación centrada en el estudio de factores internos y externos, presumiendo que cada persona construye su realidad y significados (*esquemas mentales*) con un mecanismo de interpretación de los hechos, recuerdos, emociones y deseos (Clark, Beck y Alford, 1999).

Al ser la ansiedad infantil un estado emocional complejo, su identificación requiere tomar como base las categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Para el presente estudio se han considerado cinco factores de evaluación de síntomas ansiosos propuestos por Spence, Rapee, McDonald e Ingram (2001): el trastorno de ansiedad por separación (TAS), fobia social (FS), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno por estrés post traumático (TEPT).

Es necesario aclarar que en la versión del DSM-5 se establecen once trastornos distintos de ansiedad en la vida adulta, siendo cuatro de ellos los más comunes en edad preescolar:



TAS, FS, TAG y FE (fobia específica). Las modificaciones realizadas con respecto a la versión precedente del manual DSM-IV-TR son la inserción del TAS (antes incluido en la sección de inicio habitual en la infancia), se excluye al TOC y trastornos relacionados (debido a que en esta versión tienen su propio capítulo), se retira el TEPT y el trastorno de estrés agudo; y, se incluyen dentro del grupo de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En esta versión los síntomas deberán persistir durante seis meses para un diagnóstico de TA (Rappe, 2016). Existen otras modificaciones en esta última versión con respecto a las anteriores; sin embargo, se han descrito las más relevantes.

El TAS manifiesta el miedo excesivo que tienen los niños ante la separación de sus cuidadores. La característica esencial es la preocupación excesiva a perder o separarse de la figura de apego o a eventos que podrían conducir a esta pérdida o separación (Tayeh, Agámez y Chaskel, 2016). Esta dimensión tiene su inicio normativo a los siete meses y conforme avanza el desarrollo del niño suele desaparecer, alrededor de los dos años y medio (Parrado, 2008; Díaz y De la Iglesia, 2019). La presencia de esta patología afecta a un 4% de la población infantil y se considera un factor de riesgo para el desarrollo de trastorno de pánico o agorafobia en la adolescencia o adultez (Tayeh et al., 2016; Rappe, 2016).

En el DSM-5 la FS se define como el miedo persistente a una o más situaciones sociales en las cuales el individuo se expone a personas desconocidas o al juicio de otros (APA, 2014). Para los autores Tayeh et al. (2016) las situaciones temidas incluyen el hablar, comer y beber en público; es decir, asistir a reuniones sociales. La idea que se presenta es el temor a ser evaluado negativamente por su entorno u ofender a otros con sus actos. Ruiz y Lago (2005) mencionan que las fobias en los niños suelen pasar desapercibidas durante la infancia y en su mayoría son diagnosticadas en la vida adulta, teniendo una prevalencia de 2% en la niñez, situación que afecta el funcionamiento social.

El TAG se caracteriza por la preocupación exagerada que tiene el niño ante diversas situaciones o acontecimientos (APA, 2014). Se refiere a aspectos poco relevantes pues carecen de una base real, quienes la padecen muestran una actitud cautelosa y temerosa ante la vida (Sanz, 2001). La angustia no se manifiesta en una sola área temática, sino se centra en la aprobación de terceras personas. Es un estado de constante competencia y alerta ante



situaciones nuevas, ligándose en el futuro con la presencia de un trastorno depresivo mayor o problemas psiquiátricos (Tayeh et al., 2016).

El TOC se presenta con pensamientos constantes e invasivos a través de imágenes o impulsos que generan acciones repetitivas con la finalidad de reducir la ansiedad (Rappe, 2016). Algunas manifestaciones del TOC no presentan una idea de amenaza y son acciones para evitar una sensación de desagrado; sin embargo, cuando existe una anticipación de amenaza, los rituales están dirigidos a prevenir o deshacer la expectativa de peligro. Esta patología tiene una prevalencia que afecta del 1% al 3% de niños y adolescentes; y, tiene relación con el uso de sustancias y depresión a futuro (APA, 2014).

El TEPT se produce al experimentar un hecho traumático o haber escuchado un acontecimiento que le sucedió a otra persona (Rappe, 2016). Las personas que lo padecen tienen recuerdos o pensamientos persistentes de su experiencia. El trastorno puede venir acompañado de parálisis, depresión, dificultades para dormir o socializar y cambios en el temperamento del niño (Parrado, 2008). Lo padece el 1% de la población infantil y se relaciona con depresión mayor, TOC, TAS, FS; y, en menor grado con el uso de sustancias o conductas auto lesivas en años posteriores (APA, 2014).

Los manuales y clasificaciones diagnósticas han permitido ampliar el campo de estudio de los problemas de salud mental en la niñez. Se evidencia que entre el 2.8% y el 3.2% de los niños y niñas pueden presentar un TA; es decir, que éste es uno de los trastornos de aparición más temprana en la población infantojuvenil (Tayeh et al., 2016). El incremento de los niveles de ansiedad infantil se relaciona con la interpretación catastrófica de los eventos y la falta de recursos para afrontarlo, esto combinado con el uso de estrategias disfuncionales hace que los niveles ansiosos se mantengan elevados (Rodríguez et al., 2011).

A pesar de la prevalencia del TA en la infancia, las investigaciones en los primeros años de vida han sido considerados problemas de impacto relativamente bajo y por ende poco analizados (Whalen et al, 2017). Los estudios encontrados indican la presencia de sintomatología ansiosa en diversas poblaciones; entre ellos, Penosa (2017) halló un nivel medio de ansiedad en su población (N=322), en el cual examinó las respuestas de padres de familia y cuidadores acerca de los niños y niñas con edades comprendidas entre tres a siete



años de edad. García (2020) comparó la percepción de docentes y familiares, obteniendo un bajo nivel de ansiedad en su población (N=19) y destacando las subescalas de ansiedad social y miedo por la integridad física, observado puntuaciones por encima de la media únicamente en la percepción de las familias.

En cuanto a investigación sobre ansiedad infantil en Sudamérica, Roncal (2019) descubrió una relación inversa entre la ansiedad infantil y la comprensión del lenguaje en sus participantes (N=76). Al analizar las respuestas de los padres de familia se encontró una categoría media de ansiedad, sin encontrar diferencias significativas entre edad y sexo de los participantes. Al contrario, Chica y Malo (2015) realizaron un psicodiagnóstico de ansiedad en niños y niñas de cuatro a cinco años de edad en relación al tipo de apego que mantienen con sus progenitores. El 50% de su población (N=50) presenta sintomatología ansiosa, los resultados indicaron que los niños que tienen un apego inseguro tienden a ser más ansiosos.

Orellana y Chimbo (2016) analizaron las respuestas de niños y niñas entre cinco a siete años de edad, cuyos datos indicaron que el 38.7% de los estudiantes alcanzaron un nivel medio de ansiedad; en tanto que, el 51.6% tuvieron altos niveles de ansiedad en la población estudiada (N=31). También demostraron una prevalencia de nivel alto en el sexo femenino sobre el masculino. Por su parte, Quito (2021) encontró manifestaciones de ansiedad en su población (N=240), obteniendo que el 47.9% de los participantes presentaron ansiedad elevada. En cuanto a las dimensiones evaluadas, la ansiedad por separación fue la predominante seguida de fobia social y la ansiedad generalizada, sin diferencias significativas en relación al sexo de la población.

En el marco de referencia expuesto, resulta importante señalar que la problemática de la presente investigación se basa en la inexistencia de estudios concretos sobre la patología ansiosa en preescolares de la ciudad de Cuenca, lo que podría llevar a desconocer una problemática seria que mediante un diagnóstico oportuno permita una mayor comprensión de la naturaleza y desarrollo de la misma (Rappe, 2016). Es necesario disponer de información basada en evidencia científica mediante el uso de una herramienta estandarizada que determine los niveles de ansiedad en dicha población, justificando de esta manera la necesidad de hacer este estudio.



Conforme a lo expuesto anteriormente, en el desarrollo del estudio se plantearon las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en preescolares de 4-5 años de edad en tres instituciones de la ciudad de Cuenca?; y, ¿Cuáles son las dimensiones de ansiedad en preescolares de 4-5 años de edad en tres instituciones de la ciudad de Cuenca?

Las preguntas planteadas guardan relación con los objetivos formulados: El objetivo general del estudio fue describir los niveles de ansiedad preescolar y sus dimensiones en niños y niñas de 4-5 años de edad en tres instituciones de la ciudad de Cuenca en el periodo lectivo 2020-2021. Los objetivos específicos fueron identificar los niveles de ansiedad preescolar en niños y niñas de 4-5 años de edad de acuerdo con la caracterización de la población; y, examinar las dimensiones de ansiedad preescolar en niños y niñas de 4-5 años de edad en relación con las variables sociodemográficas.



Proceso metodológico

El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo debido al uso de técnicas estadísticas para la recolección y el análisis de la información; el diseño de la investigación fue no experimental puesto que no se manipularon las variables, de tipo transversal dado que la recolección de los datos se dio en un periodo de tiempo determinado con la finalidad de describir las variables. El alcance de la investigación fue exploratorio y descriptivo, por un lado, exploratorio dado que el tema de ansiedad preescolar es novedoso y poco estudiado, y, por otro lado, descriptivo dado que los niveles de ansiedad preescolar en las instituciones estudiadas fueron descritos en función del análisis de la información recabada. El método de la presente investigación fue deductivo, debido a que se parte del supuesto de que los niños preescolares presentan ansiedad.

Participantes

La población planteada fue de 60 padres de familia o cuidadores cercanos; sin embargo, debido a la emergencia sanitaria por el virus COVID-19 los planteles educativos tuvieron una deserción de estudiantes en los niveles de inicial I e inicial II. Por tanto, la población con la que se trabajó fue de 56 padres de familia o cuidadores cercanos de las instituciones seleccionadas, quienes brindaron información de 25 niñas y 31 niños con edades comprendidas entre cuatro años (48 meses) y cinco años y medio (66 meses); al trabajar con toda la población el cálculo de la muestra no fue necesario.

Dentro de los criterios de inclusión se tomó en cuenta a los padres, madres o cuidadores de niños y niñas que cumplan con un rango de edad de 48 meses hasta 66 meses y que estén matriculados en las instituciones educativas seleccionadas en el periodo académico 2020-2021. Así también, se consideró solo a quienes hubieran dado su consentimiento para participar de forma voluntaria en el estudio. Mientras que los criterios de exclusión fueron: padres o cuidadores de niños y niñas con otra lengua diferente al español y que se comuniquen únicamente en esa lengua, padres o cuidadores de niños y niñas con diagnóstico de discapacidad intelectual, o problemas sensoriales como ceguera o discapacidad auditiva, pudiendo participar los niños que presentan discapacidad física-motora.

Instrumentos

Para recolectar la información se emplearon dos instrumentos; la escala de ansiedad preescolar de Spence (PAS) (Anexo 1) y la ficha sociodemográfica (Anexo 2).



Escala de ansiedad preescolar de Spence (PAS): Se utilizó esta escala en su versión traducida y validada al español de Orgilés, Penosa, Fernández, Marzo y Espada (2018); la cual está formada por 34 ítems relacionados con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV-TR, 1995), por medio de una escala tipo Likert (0 a 4 puntos), teniendo que cero (0) puntos será “nunca”, uno (1) será “casi nunca”, dos (2) será “a veces”, tres (3) será “bastantes veces” y cuatro (4) puntos será “muchas veces”.

La PAS tiene correspondencia con experiencias relacionadas al miedo y preocupación en los niños preescolares, y se divide en cinco dimensiones: 1) Ansiedad Generalizada (TAG) = 5 ítems, 2) Fobia social o ansiedad social (FS) = 6 ítems, 3) Temor a lesiones físicas (MLF) = 7 ítems, 4) Obsesiones y Compulsiones (TOC) = 5 ítems, y 5) Ansiedad de separación (TAS) = 5 ítems. Además de una puntuación de ansiedad total. Para la interpretación del cuestionario se consideraron las puntuaciones tipificadas iguales o superiores a 60 puntos, acorde a las normas de interpretación del cuestionario.

Las puntuaciones obtenidas por la escala se fundamentan en la media y desviación estándar en función de la distribución típica, con puntuaciones Z y su transformación en puntuaciones T. De acuerdo con la escala antes mencionada, la confiabilidad estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0.84; este valor es similar al obtenido en la investigación, el cual fue de 0.93.

Ficha sociodemográfica: incluyó información como edad, sexo, con quienes viven los preescolares, quién responde el cuestionario, ubicación del centro educativo, y diagnóstico de discapacidad intelectual o sensorial, que brindaron datos de la población para el análisis como se planteó en objetivos específicos.

Procedimiento

Los datos fueron recopilados en el mes de mayo de 2021; en primera instancia, se solicitaron los permisos respectivos a las autoridades de las instituciones seleccionadas para brindar un taller informativo a los padres de familia o cuidadores principales. Una vez autorizado el levantamiento de información se programaron las reuniones con cada centro educativo. Posteriormente, en la reunión virtual se socializaron los objetivos del estudio, se brindó una explicación de las herramientas y la manera adecuada de responder a las interrogantes planteadas. A continuación, se expuso el consentimiento informado a fin de



que los participantes tengan total libertad de decidir su participación en el estudio. Finalmente, se envió el enlace con los instrumentos previamente digitalizados en Google Forms, para que la población pueda responder manteniéndose la reunión para solventar cualquier duda o inquietud.

Análisis de datos

Para el procesamiento de los datos obtenidos, en primera instancia se descargó la base de datos generada a través de Google Forms, permitiendo de este modo una clasificación de la información recolectada, y descartando los datos según los criterios de exclusión. Posteriormente, se exportaron los datos al programa estadístico SPSS, para el análisis de los datos mediante estadística descriptiva, frecuencias, medias, y desviaciones; consecuentemente se caracterizaron a los participantes según el nivel de ansiedad que presenten acorde a la puntuación de ansiedad total que plantea la escala, cumpliendo de esta manera el primer objetivo específico.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo de la investigación se procedió a la clasificación de las 5 dimensiones en orden descendente, acorde a los resultados obtenidos y a su análisis en relación a las variables sociodemográficas. Finalmente, se realizó el cálculo del alpha de Cronbach para comprobar la confiabilidad de la escala en los participantes del estudio, estos métodos permitieron caracterizar a la población, y describir los niveles de ansiedad preescolar en los niños y niñas. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y figuras que fueron realizadas en el programa SPSS.

Aspectos éticos

La investigación se desarrolló conforme a lo establecido por los principios éticos de los psicólogos y el Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología, mediante el respeto a la confidencialidad y autonomía en el marco de derechos de los participantes, el cual se encuentra justificado en un protocolo de investigación que fue aprobado en su debido momento por el Comité de Bioética en Investigación del Área de Salud de la Universidad de Cuenca (COBIAS).

Para garantizar la confidencialidad de las personas en esta investigación se aplicaron estrategias para la protección de información, mediante claves de seguridad y codificación de datos a través de la asignación de un número al formulario de aplicación. Dichas medidas de seguridad son únicamente conocidas por la investigadora. En cuanto a la autonomía, los



participantes tuvieron toda la información sobre la investigación mediante el consentimiento informado y la reunión virtual. En la investigación no se comprometió la salud de los participantes, puesto que se respetó las medidas impuestas por la emergencia sanitaria a causa del virus COVID-19, por tanto, no existió contacto entre la investigadora y los participantes del estudio. Finalmente, la investigadora declara que la propuesta de investigación no presenta ningún conflicto de interés, por tanto, se puede hacer uso de la información recopilada de manera legal.

Presentación y análisis de resultados

A continuación, se presentan los resultados en función de los objetivos del estudio en tres apartados. El primero, que busca reflejar el objetivo general, contempla el nivel de ansiedad total preescolar de manera general en los niños y niñas; el segundo, en relación al objetivo específico uno, describe los niveles de ansiedad total acorde a la caracterización de la población; y, finalmente, se examinan las dimensiones con mayor puntuación acorde al instrumento en relación con las variables sociodemográficas.

Caracterización de la población

El estudio tuvo la participación de 56 padres de familia o cuidadores principales, quienes brindaron información de 25 niñas y 31 niños preescolares, matriculados en el nivel de Inicial I e Inicial II; siendo 33 estudiantes de zonas rurales y 23 de zonas urbanas. Ver tabla 1. En cuanto a las personas que viven con los niños, se encontró que la mayoría de la población (N=25) viven en una familia extendida (mamá, papá, hermanos, abuelos, tíos, primos, etc.); y, del mismo modo, en gran medida los niños residen con papá, mamá y hermanos (N=15); seguidos de aquellos que viven con mamá y papá (N=13); y, finalmente se encontró que un número reducido de preescolares (N=3) viven únicamente con la madre. Por otro lado, es importante indicar que la mayoría de respuestas se obtuvieron de las madres de los preescolares (N=45), padres (N=9); y, personas cercanas a los niños (N=2).

Tabla 1. *Caracterización de la población según la edad, sexo y ubicación del centro educativo.*

Rangos de edad	Femenino		Masculino		Total		Total
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	
4 años (48 meses)	4	4	10	5	14	9	23
4 años y medio (54 meses)	5	2	6	3	11	5	16
5 años (60 meses)	5	4	2	3	7	7	14
5 años y medio (66 meses)	1	0	0	2	1	2	3
Total	15	10	18	13	33	23	56



Análisis de los resultados

Niveles de ansiedad total

Los datos obtenidos en ansiedad total indican una medida baja en la escala de puntuación total PT (40-70). Se pudo observar una tendencia a ansiedad normativa, lo que indica un comportamiento homogéneo en los niños y niñas en función de la perspectiva familiar. De ellos, 52 estudiantes mostraron niveles normativos de ansiedad; mientras que, los restantes presentaron ansiedad elevada. Se detectó que dos de ellos necesitaban una intervención inmediata, pues registraron una $PT=70$, que representa el límite más alto de ansiedad en el test. Los dos estudiantes restantes presentaban una $PT \geq 65$, lo que acorde al instrumento involucra indicadores de trastorno. Finalmente, no se encontraron estudiantes que presenten un nivel subclínico de ansiedad $60 \leq PT < 65$; sin embargo, para poder determinar un diagnóstico es necesario complementar con entrevistas y diagnósticos individuales. Ver tabla 2.

Tabla 2. *Niveles de ansiedad total, frecuencias y estadísticas descriptivas.*

Niveles		Frecuencias	Estadísticas	
Ansiedad normativa		52	DT	17.24
Ansiedad elevada	Indicadores de trastorno	2	M	32.1
	Requieren intervención	2		
Total		56		

Nota. M = Media; DT = Desviación típica.

La distribución de las frecuencias de los niños evaluados es similar a los datos que encontró Roncal (2019) en su estudio, con un nivel de ansiedad media en su población (N=76); y, Edwards, Rapee, Kennedy y Spence (2010) quienes encontraron una correlación media entre ansiedad preescolar y angustia emocional en su estudio (N=1.182). Penosa (2017), por su parte, encontró un nivel de ansiedad normativo en su población (N=232) al igual que García (2020).



Los niveles poco elevados de ansiedad en la población infantil pueden deberse a las características que menciona Spence et al. (2001) en su estudio: al analizarse varios dominios de ansiedad, es importante que se examinen las puntuaciones de las subescalas, pues es posible que un preescolar muestre un puntaje alto en las subescalas y aun así estar dentro del rango normal en el puntaje total.

Niveles de ansiedad total con relación a la caracterización de la población

Ansiedad total según la edad y sexo

El estudio presenta niveles elevados de ansiedad infantil en los rangos de edad de 4 años (48 meses), 4 años y medio (54 meses) y 5 años (60 meses), para más detalle ver tabla 3. Para Roncal (2019) las diferencias mínimas entre grupos etarios presumen la inexistencia de una relación entre edad y ansiedad infantil; en este sentido, Peredo (2009) aclara que las manifestaciones que expresan los niños y que los padres perciben como sintomatología ansiosa puede deberse a características propias de su edad y no necesariamente implicar signos clínicos, puesto que pueden disminuir o eliminarse con el desarrollo del niño.

Considerando los niveles de ansiedad según el sexo de los preescolares, se encontró que el sexo femenino (N=3) puntuó más alto que el sexo masculino (N=1), ver tabla 3. Sin embargo, en la literatura, la distribución por sexos de los TA en la infancia no se ha considerado como significativa (Sanz, 2001). En la población general, es más común que sean las mujeres quienes puntúan más alto; en estudios poblacionales se estima que las mujeres padecen esta patología alrededor de 1.5 a 2 veces más que los hombres; sin embargo, esta diferencia aparece recién a los cinco años de edad (Rappe, 2016).

En el estudio de Roncal (2019) se observan diferencias con respecto a las niñas, quienes obtuvieron levemente mayores puntajes en la prueba de ansiedad que los niños preescolares. Edwards et al. (2010) encontraron mayores niveles de ansiedad en niñas en comparación con niños en la misma etapa, en algunas subescalas concretas como el miedo a la integridad física, ansiedad por separación y fobia social.

Tabla 3. *Niveles de ansiedad total según sexo y edad*

Rango de edad	Femenino			Total	Masculino		
	Ansiedad normativa	Indicadores de trastorno	Requieren intervención		Ansiedad normativa	Indicadores de trastorno	Total
4 años (48 meses)	7	1	0	8	15	0	15
4 años y medio (54 meses)	6	0	1	7	9	0	9
5 años (60 meses)	8	0	1	9	4	1	5
5 años y medio (66 meses)	1	0	0	1	2	0	2
Total	22	1	2	25	30	1	31

Ansiedad total según la ubicación del centro educativo y quien respondió el cuestionario

Con respecto a la ubicación del centro educativo donde estudian los preescolares y los niveles de ansiedad, se encontró que en las zonas rurales se manifiestan niveles elevados de ansiedad (N=4); al contrario, en la zona urbana las familias no perciben sintomatología ansiosa en sus hijos. Ver tabla 4.

Las investigaciones de los últimos años en torno a salud mental suelen realizarse principalmente en población urbana, siendo escasos los estudios con población rural que abordan esta problemática (Camargo, Castañeda y Segura, 2020). Entre la limitada literatura, el estudio de Cruz, Mera, Tombé y Samboni (2019) presenta puntuaciones similares a las obtenidas, en el contexto rural de su población de estudio. Gutiérrez y Portillo (2013) hallaron una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa en los habitantes de zonas rurales en comparación con los residentes urbanos. El dato obtenido con respecto a esta variable y los estudios mencionados no concuerdan con la literatura, la cual indica que el hecho de residir en una zona urbana presenta mayor probabilidad de padecer un trastorno emocional (Corona, Bonet, García, Varona, Hernández, y Alfonso, 2016).

Las respuestas obtenidas fueron proporcionadas en su mayoría por las madres de familia (N=45), las que aportaron desde su percepción respuestas acerca del comportamiento de sus

hijos. Como resultado se evidencian elevados niveles de ansiedad, en contraste con la respuesta de los padres (N=9), quienes no perciben ansiedad en sus hijos e hijas. Ver tabla 4.

Tabla 4. *Niveles de ansiedad total según ubicación del centro educativo y quien respondió el cuestionario*

	Rural			Urbano		
	Ansiedad normativa	Indicadores de trastorno	Requieren intervención	Total	Ansiedad normativa	Total
Mamá	26	2	2	30	15	15
Papá	2	0	0	2	7	7
Tío	1	0	0	1	0	0
Otros	0	0	0	0	1	1
Total	29	2	2	33	23	23

Los datos obtenidos pueden explicarse acorde a lo que menciona Penosa (2017), quien indica que no se ha dado el mismo peso al papel que la madre y el padre juegan en el desarrollo o mantenimiento de síntomas ansiosos de los niños, poniendo énfasis en la influencia que tiene la madre, dado el mayor tiempo de exposición e interacciones. Edwards et al. (2010) mencionan que las progenitoras son más sensibles al malestar o perciben con más frecuencia síntomas de ansiedad en sus hijos a diferencia de los padres quienes tienen mayores inconvenientes en el manejo emocional.

Ansiedad total según con quién viven los preescolares

Los factores relacionados con la familia son la base de varias teorías dentro de estudios psicopatológicos; y, han demostrado que juegan un papel importante en la aparición de trastornos de ansiedad a lo largo de la vida (Hudson y Rapee, 2001). Así, las variables familiares pueden actuar mediante la combinación de influencias genéticas y ambientales (Whalen et al., 2017). En contraste, Rappe (2016) indica que las variables demográficas como el tamaño de la familia de los preescolares no definen la presencia o ausencia de ansiedad en ellos.

Con base en la estructura familiar; es decir, con quienes viven los niños y niñas preescolares, el estudio identificó que los niños que viven con mamá y papá puntúan con

nivel elevado de ansiedad del mismo modo que los preescolares que viven en una familia extendida. Ver tabla 5.

Tabla 5. Nivel de ansiedad según con quién viven los preescolares

	Ansiedad normativa	Indicadores de trastorno	Requieren intervención	Total
Mamá	3	0	0	3
Mamá y papá	12	1	0	13
Mamá, papá y hermanos	15	0	0	15
Mamá, papá, hermanos, abuelos, tíos, primos, parejas del padre o madre y otros	22	1	2	25
Total	52	2	2	56

Dimensiones de ansiedad en relación con las variables sociodemográficas

Con respecto a las dimensiones de ansiedad resultó ser el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) el predominante, con una puntuación elevada entre los límites de ansiedad normal y alta. Seguido del trastorno de ansiedad generalizado (TAG), la dimensión más débil resultó ser la fobia social (FS) al igual que el miedo a lesiones físicas (MLF). A pesar de que en la mayoría de las subescalas se encontró un intervalo normal, se presenta una ligera tendencia hacia un estado alto de ansiedad en todas ellas. Ver tabla 6.

Tabla 6. Frecuencias, medias, estadísticas descriptivas y desviaciones estándar de las dimensiones TOC, TAG, TAS, MLF, FS.

Dimensiones	Estadísticas		Frecuencias	
	M	DT	Ansiedad normativa	Ansiedad elevada
TOC	6.25	3.9	15	41
TAG	5.03	3.42	29	27
TAS	5.94	4.2	35	21
MLF	9.05	5.9	38	18
FS	5.82	4.11	47	9

Nota. M = Media; DT = Desviación Típica

Los resultados obtenidos se presentan acorde a las cinco dimensiones en relación con la presencia elevada de ansiedad en todas ellas. Los rangos de edad de cuatro años (48 meses)



y cinco años (66 meses) son los de mayor presencia de síntomas ansiosos en las dimensiones TOC y TAG; sin embargo, la diferencia es mínima en relación a los otros rangos de edad, por lo que no resulta determinante la presencia de las dimensiones respecto a la edad de la población. Por otro lado, el grupo de niños manifestó mayor ansiedad en relación a las niñas, en las dimensiones TAG, TAS y MLF, siendo únicamente el TOC y la FS en las que predominan las niñas. Dicha diferencia etaria no es representativa para determinar dimensiones conforme al sexo de los estudiantes. Al analizar la ubicación del centro educativo, se encontró que los preescolares que estudian en instituciones educativas ubicadas en zonas rurales presentan mayor nivel de ansiedad en relación a los que viven en zonas urbanas, en todas las dimensiones. Ver tabla 7.

Tabla 7. Dimensiones de ansiedad elevada según sexo, edad, y ubicación del centro educativo

Dimensiones	Sexo		Rangos de edad				Ubicación del centro educativo	
	Femenino	Masculino	4 años (48 meses)	4 años y medio (54 meses)	5 años (60 meses)	5 años y medio (66 meses)	Rural	Urbano
TOC	21	20	17	11	11	2	28	13
TAG	12	15	13	4	8	2	20	7
TAS	10	11	7	6	7	1	18	3
MLF	8	10	4	5	8	1	14	4
FS	6	3	3	1	4	1	6	3

Los datos indican que todas las dimensiones manifiestan mayor ansiedad en familias extendidas; y, en aquellos que viven con mamá, papá y hermanos. Sin embargo, la dimensión MLF se muestra en aquellos que viven únicamente con papá y mamá; y, la FS es la única dimensión que no se presenta en aquellos que viven exclusivamente con mamá. Ver tabla 8.

Tabla 8. Dimensiones de ansiedad elevada según con quienes viven los preescolares

Dimensiones	Con quienes viven los preescolares			
	mamá	mamá y papá	mamá, papá y hermanos	Mamá. Papá, hermanos, abuelos, tíos, primos, parejas del padre o madre y otros
TOC	3	8	11	19
TAG	1	5	7	14
TAS	1	5	2	13
MLF	1	4	3	10
FS	0	2	3	4

El TOC se ha convertido en una de las patologías psiquiátricas más prevalentes en la infancia (Alzola y Mascaraque, 2020), se asocia a diversos factores o acontecimientos vitales como el duelo por un ser querido, abusos, agresiones, entre otros (OMS, 2020). Situaciones que se han encontrado en el presente estudio. La complejidad en identificar esta patología se debe a que los preescolares consideran sus obsesiones y pensamientos como absurdos y por tanto no solicitan ayuda; por lo contrario, los padres de familia minimizan los síntomas de sus hijos o los niegan, privando a los niños de un diagnóstico por largos periodos de tiempo (Cárdenas, Feria, Palacios y de la Peña, 2010).

En relación a la dimensión TAG, Penosa (2017) lo identifica en su estudio como una de las patologías de mayor prevalencia en la infancia, concordando con lo que se manifiesta en la literatura (APA, 2014). Rappe (2016) por su parte indica que la edad de inicio de esta dimensión oscila hacia el final de la infancia, entre diez y doce años de edad, sin descartar el inicio temprano de la subescala. Parrado (2008) explica que la dificultad de identificar el TAG reside en que se presenta mediante síntomas confusos, como la necesidad constante de seguridad, o dolores somáticos que los padres no logran identificar como indicadores de ansiedad generalizada.

Para Cárdenas et al. (2010) el TAS es el trastorno infantil que más temprano inicia, y que desaparece conforme el desarrollo del preescolar avanza. En el estudio de Penosa (2017) se ubica entre las patologías de mayor prevalencia, del mismo modo García (2020) menciona que es la dimensión con mayor número de estudiantes en su investigación. Sin embargo, esta



subescala en el estudio no cumple con lo expuesto, dato que se explica con el estudio de Pacheco y Ventura (2009), quienes indican que los padres o familia cercana comienzan a distinguir signos de alerta en los niños con mayor frecuencia entre los siete y nueve años de edad, lo que dificulta identificar los síntomas ansiosos tempranamente.

En la literatura no existe información suficiente que aporte un conocimiento teórico específico de la dimensión MLF; sin embargo, Peredo (2009) recalca la importancia de las experiencias de los niños como un papel central en el cómo aprenden a percibir e interpretar la realidad. De igual manera, se podría inferir que los miedos en la infancia dependen de la percepción de amenazas que tienen los preescolares de su entorno (Sierra et al., 2003). Por su parte Quito (2021) ubica a esta dimensión entre las más débiles de su estudio explicando que se debe a factores individuales y culturales de cada preescolar.

La dimensión de FS la de menor puntaje, situación que se puede explicar con lo que manifiesta Parrado (2008) al señalar que los padres de familia suelen confundir la FS con timidez en los niños. Según Tayeh et al. (2016) la FS puede manifestarse con pataletas, llanto, quedarse estático o aferrarse fuertemente. Esto concuerda con lo que encontró García (2020) en su investigación, donde la FS fue una de la patología de menor prevalencia en su población de estudio. Otras investigaciones indican que es importante un abordaje complejo para determinar si la dimensión es propia de las manifestaciones infantiles y no se trata de una conducta aprendida por observación e interacción con familiares que padecen ansiedad (Cárdenas et al., 2010).

El TEPT no está cuantificado en la escala por ser de carácter cualitativo; sin embargo, los datos obtenidos resultan importantes para determinar la presencia de niveles ansiosos en los preescolares, pues se evidencia que los niños y niñas han experimentado la muerte de un familiar cercano, tocamientos indebidos, accidentes y/o violencia en el centro educativo. Para Whalen et al. (2017) las características del entorno cercano pueden afectar a los niños al exponerlos a situaciones estresantes, que pueden ser factores de riesgo que predicen la presencia de trastornos ansiosos en los primeros años de vida.



Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran una mínima presencia de niveles de ansiedad elevados en los niños y niñas preescolares de cuatro a cinco años de edad.

Los 52 preescolares de los iniciales I y II de los centros educativos “La Cometa”, Unidad Educativa “Daniel Hermida” y la Escuela de Educación Básica “Alfonso María Borrero” de la ciudad de Cuenca presentaron una categoría de ansiedad normativa; es decir, un comportamiento homogéneo, según la perspectiva familiar. Cuatro niños y niñas presentan una categoría de ansiedad elevada, de los cuales dos requieren una intervención inmediata y dos presentaron indicadores de trastornos ansiosos en la infancia.

El nivel de ansiedad total en relación con las variables sociodemográficas mostró que existe un mayor número de niños con elevados síntomas de ansiedad en comparación con las niñas, las diferencias encontradas no son significativas por lo que la variable sexo no está determinada por el nivel de ansiedad infantil. Por otro lado, los niños de cuatro años (48 meses) obtuvieron puntajes mayores en la prueba de ansiedad con respecto al grupo de cuatro años y medio (54 meses) y cinco años (60 meses), al ser estas diferencias mínimas no se puede inferir que la edad es determinante para la presencia de ansiedad en la infancia.

El nivel de ansiedad total en relación a la ubicación del centro educativo se presentó en mayor medida en las instituciones ubicadas en zonas rurales en comparación con zonas urbanas. Al considerar con quienes viven los preescolares se encontró mayor incidencia en aquellos que viven en familias extendidas. Las diferencias encontradas en estas dos variables no son significativas, por lo que el nivel de ansiedad no se puede determinar por la ubicación de la institución ni por la estructura familiar.

En cuanto a las dimensiones de ansiedad evaluadas en la investigación, se evidenció una ligera tendencia hacia un estado alto de ansiedad en todas ellas. El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es la dimensión predominante; seguido del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Las dimensiones más débiles resultaron ser la fobia social (FS) y el miedo a lesiones físicas (MLF).



El TOC y el TAS tienen mayor prevalencia en edades de cuatro años (48 meses) y cinco años (66 meses). El grupo de niños manifestó mayor ansiedad en relación a las niñas, en las dimensiones TAG, TAS y MLF; en contraste, el TOC y la FS predominaron en las niñas. En relación con la estructura familiar, todas las dimensiones manifiestan mayor ansiedad en familias extendidas; y, en aquellos que viven con mamá, papá y hermanos. Es fundamental señalar que los datos empleados para el estudio, en su mayoría fueron proporcionados por las madres y padres, siendo su percepción la analizada para el estudio.

Recomendaciones y limitaciones

El presente estudio tiene algunas limitaciones a considerar y deben interpretarse con cautela. En primera instancia, en cuanto a los participantes, quienes fueron reclutados únicamente en tres centros preescolares, por lo que los resultados no se pueden generalizar a toda la población cuencana; el estudio estuvo basado únicamente en los informes de padres de familia y cuidadores lo que no permiten una visión completa, tal como se tendría con la percepción de docentes y de otros procedimientos de evaluación, como la observación directa del comportamiento y el uso de entrevistas (Spence et al., 2001) lo que no se consideró dado el contexto de pandemia.

Otra de las limitaciones que se encontraron fue que la escala de ansiedad preescolar (PAS), es una herramienta que ayuda en la evaluación clínica y no un instrumento de diagnóstico por sí sola, es necesario que se considere su uso en combinación de una entrevista clínica, si se requiere un diagnóstico de ansiedad.

Entre las consideraciones de esta investigación, sería conveniente que en futuros estudios se analicen los niveles de ansiedad preescolar en una población estadísticamente significativa, que permita generalizar resultados o realizar estudios comparativos. Se considera importante el análisis de diferentes variables que no han sido incluidas en esta investigación, como el temperamento de los niños, estilos de crianza de los padres, del mismo modo resulta interesante, examinar si la presencia de ansiedad en los padres de familia o cuidadores cercanos de los niños tiene relación con los diferentes trastornos de ansiedad en la infancia.



Referencias citadas

Alzola, F., y Mascaraque, P. (Ed.). (2020). *Tema 6. Trastornos por ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia. Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras*. Madrid, España: Sema

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Analuisa, P. (2016). *Análisis del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 de Ecuador en relación a los elementos propuestos para la elaboración de planes de salud mental de la Organización Mundial de la Salud* (Tesis de maestría). Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.

Becerra, A., Madacela A., Estanislau, C., Rodríguez, J., Dias, H., Bassi, A., Chagas, D., y Morato, S. (2007). *Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones*. Revista Latinoamericana de Psicología, 39 (1), 75-81. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539107>

Camargo, J.A., Castañeda, J.G., y Segura, D.P (2020). *Sentido de vida, depresión y ansiedad en población rural de Cundinamarca*. Revista de Ciencias Sociales, XXVI (4), 206-216. doi: <https://doi.org/10.31876/rcs.v26i4.34658>

Cárdenas, E., Fera, M., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). *Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Recuperado de: http://132.247.16.20/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf

Clark, D, y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica* (Aldekoa, Trad). España: RGM, Urduliz.

Corona, M.B., Bonet, G.M., García, R.R., Varona, P.P., Hernández, S.M., y Alfonso, S.K. (2016). *Síntomas referidos a depresión y ansiedad en la población de Cuba*. Revista



Cubana Hig Epidemiol. 54(2),18-28. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubhigepi/chi-2016/chi162c.pdf>

Cruz, A., Mera, D., Tombé, D., y Samboni, D. (2019). *La ansiedad y su relación con el estilo de aprendizaje en niños y niñas entre los 9 y 12 años de edad, en contextos rural y urbano de cinco instituciones educativas del municipio de Piendamó Cauca* (Tesis de pregrado). Fundación Universitaria de Popayán, Popayán, Colombia.

Díaz Kuaik, I., y De la Iglesia, G. (2019). *Ansiedad: conceptualizaciones actuales*. Revista Summa Psicológica, 16(1), 42–52. doi:10.18774/0719-448x.2019.16.1.393

Edwards, S., Rapee, R., Kennedy, S., y Spence, S. (2010). *The assessment of anxiety symptoms in preschool-aged children: the revised Preschool Anxiety Scale*. [La evaluación de los síntomas de ansiedad en niños en edad preescolar: la escala revisada de ansiedad preescolar]. Revista de psicología clínica infantil y adolescente. doi: 39(3), 400-409.

Fradejas, E. (2016). *La ansiedad infantil en los Puntos de Encuentro Familiar* (Tesis de maestría). Universidad de Valladolid, España.

García, C. (2020). *Los niveles de ansiedad en un aula de Educación Infantil. Estudio comparativo entre la perspectiva familiar y docente*. Revista de la Universidad de Oviedo, 32 (2), 1-8. doi: <https://doi.org/10.17811/msg.32.2.2020.1-8>

Gutiérrez, J. R., y Portillo, C. B. (2013). *La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 16(2), 534-557. Recuperado de:
<http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/39965>

Hudson, J. L., y Rapee, R. M. (2001). *Parent–child interactions and anxiety disorders: An observational study* [Interacciones entre padres e hijos y trastornos de ansiedad: un estudio observacional]. Behaviour research and therapy, 39(12), 1411-1427. doi: 10.1016 / s0005-7967 (00) 00107-8



- Malo, L, y Chica, M. (2015). *Psicodiagnóstico de Ansiedad mediante el Test de Apercepción Temática Infantil (CAT) y el Test de la Familia en niños y niñas de 4 a 5 años. Estudio realizado en el Centro de Desarrollo Infantil Municipal “Sol de Talentos” y el Centro Pre-Escolar “El Bosque”* (Tesis de pregrado). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Orellana, D, y Chimbo, F. (2016). *La ansiedad infantil en los niños de primer año de educación general básica* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de: https://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Invertir en salud mental*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *La salud mental en la Región de las Américas*. Recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es
- Orgilés, M., Penosa, P., Fernández, I., Marzo, J., y Espada, J. (2018). Spanish validation of the Spence Preschool Anxiety Scale [Validación en español de la escala de ansiedad preescolar de Spence]. *Niño: cuidado, salud y desarrollo*, 44(5), 753-758. doi: 10.1007/s10578-011-0265-y
- Pacheco, B., y Ventura, T. (2009). *Trastorno de ansiedad por separación*. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(2), 109-119. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000200002>
- Parrado, F. (Ed.). (2008). *Ansiedad (aspectos conceptuales) y trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Barcelona, España: Familianova-Schola.



- Penosa, P. (2017). *Ansiedad en Preescolares: Evaluación y Factores Familiares* (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche, España
- Peredo, L. (2009). *Los miedos infantiles y su relación con la manifestación de indicadores de depresión y ansiedad en niños de edad escolar*. Revista Scielo, 5, 27-49. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n5/n5a04.pdf>
- Quito, G. (2021). *Ansiedad en niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años en periodo de aislamiento durante pandemia Covid-19* (Tesis de pregrado). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Rapee, R. (2016). *Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención*. Matías Irrázaval (Ed.), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP (1-22). Sidney, Australia: Geneva.
- Rodríguez, R., Vetere, G., Beck, A., Baños, M., Arbona, C., Bunge, E., Clark, A., Craske, M., Rothbaum, B., Rodríguez, R., Freeman, A., Botella, C., Culver, N., y García Palacios, A. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Roncal, S. (2019). *Relación entre ansiedad infantil y lenguaje en un grupo de niños de Lima* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Ruiz, A., y Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. Curso de actualización pediátrica. EAPap (Ed.), 265-280. Madrid: Exlibris Ediciones.
- Sanz, M. (2001). *Características clínicas de los trastornos de ansiedad*. Revista Pediatría de Atención Primaria, 3(1), 237-247. Recuperado de: <http://archivos.pap.es/files/1116-159-pdf/163.pdf>
- Sierra, C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Mal-estar E Subjetividade, 3(1), 10-59. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>



- Spence, S., Rapee, R., McDonald, C. y Ingram, M. (2001). *The structure of anxiety symptoms among preschoolers* [La estructura de los síntomas de ansiedad entre preescolares.]. ScienceDirect, 39(11), 1293-1316. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000579670000098X?via%3Dihub>
- Tayeh, P., Agámez, P y Chaskel, R. (2016). *Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia*. Revista sociedad colombiana de pediatría PRECOP, 15 (1), 6-18. Recuperado de: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Torres, V., y Chávez, A. (2013). *Ansiedad*. Revista de Actualización Clínica, 35, 1788–1792. Recuperado de: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000800001&script=sci_arttext
- Whalen, D., Sylvester C., y Luby J. (2017). *Depresión y ansiedad en niños en edad preescolar: una revisión de los últimos 7 años*. Clínicas psiquiátricas de niños y adolescentes de América del Norte, 26 (3), 503-522. doi: 10.1016 / j.chc.2017.02.006.
- Yanchaliquin, X. (2017). *Relación de la ansiedad infantil en el rendimiento académico en los niños y niñas de segundo y tercer año de Educación Básica de la Escuela “Nicolás Guillen” del Distrito Metropolitano de Quito periodo 2016-2017*. Universidad central del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13328/1/T-UCE-0010-003-2017.pdf>



Anexos

Anexo 1. Ficha Sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica para padres de familia o cuidadores principales.

- | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|
| 1. Seleccione en qué rango de edad (años cumplidos) se encuentra el niño/a. | 4 años (48 meses) | <input type="checkbox"/> |
| | 4 años y medio (54 meses) | <input type="checkbox"/> |
| | 5 años (60 meses) | <input type="checkbox"/> |
| | 5 años y medio (66 meses) | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| 2. Indique el sexo del niño/a | Masculino | <input type="checkbox"/> |
| | Femenino | <input type="checkbox"/> |
| 3. Marque los integrantes que viven con el niño/a. | Mamá | <input type="checkbox"/> |
| | Papá | <input type="checkbox"/> |
| | Hermanos | <input type="checkbox"/> |
| | Abuelo | <input type="checkbox"/> |
| | Abuela | <input type="checkbox"/> |
| | Tío | <input type="checkbox"/> |
| | Tía | <input type="checkbox"/> |
| | Primos | <input type="checkbox"/> |
| | Pareja de la madre | <input type="checkbox"/> |
| | Pareja del padre | <input type="checkbox"/> |
| | Otros | <input type="checkbox"/> |
| 4. Indique quién contestó el presente cuestionario. | Mamá | <input type="checkbox"/> |
| | Papá | <input type="checkbox"/> |
| | Abuelo | <input type="checkbox"/> |
| | Abuela | <input type="checkbox"/> |
| | Tío | <input type="checkbox"/> |
| | Tía | <input type="checkbox"/> |
| | Pareja de la madre | <input type="checkbox"/> |
| | Pareja del padre | <input type="checkbox"/> |
| | Otros | <input type="checkbox"/> |
| 5. Indique la ubicación del centro educativo al que asiste el niño/a | Rural | <input type="checkbox"/> |
| | Urbana | <input type="checkbox"/> |

Agradecemos su valiosa participación.

Elaborado por la autora.

**Anexo 2. Escala de ansiedad preescolar de Spence (PAS)****Escala de Ansiedad Preescolar de Spence**

SU NOMBRE.....

FECHA.....

NOMBRE DE SU HIJO/A.....

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones que describen a los niños. Marque para cada afirmación la respuesta que mejor describa a su hijo/a.

1	Le resulta difícil dejar de preocuparse	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
2	Le preocupa hacer algo que le haga parecer tonto delante de otras personas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
3	Comprueba una y otra vez que ha hecho las cosas bien (como haber cerrado la puerta o el grifo)	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
4	Está tenso, inquieto e irritable debido a que se preocupa demasiado	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
5	Le da miedo pedir ayuda a un adulto (por ejemplo, al maestro de preescolar o del colegio)	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
6	Se resiste a ir a dormir sin usted o a dormir fuera de casa	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
7	Tiene miedo a las alturas (a los lugares altos)	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
8	Tiene problemas para dormir por estar preocupado por algo	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
9	Se lava las manos una y otra vez muchas veces al día	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
10	Le asustan los lugares con mucha gente o los espacios cerrados	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
11	Le asusta conocer o hablar con gente desconocida	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
12	Se preocupa demasiado porque algo malo le pase a sus padres	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
13	Tiene miedo a las tormentas eléctricas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
14	Pasa gran parte del día preocupado por varias cosas	Nunca	Casi nunca	A	Bastantes veces	Muchas veces



				veces	veces	veces
15	Le da miedo hablar delante de la clase (en el grupo de preescolar). Por ejemplo enseñar o contar algo.	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
16	Le preocupa que le pase algo malo (como perderse o que le rapten) y que no pueda volver a verle a usted.	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
17	Le da miedo ir a nadar	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
18	Tiene que tener las cosas en un orden o en una posición determinada para evitar que ocurran cosas malas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
19	Le preocupa hacer el ridículo delante de otras personas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
20	Tiene miedo a los insectos y/o a las arañas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
21	Tiene pensamientos o imágenes negativos o absurdos que se repiten una y otra vez	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
22	Sufre cuando le deja en la escuela o con una niñera	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
23	Le da miedo acercarse a un grupo de niños y unirse a sus actividades	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
24	Tiene miedo a los perros	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
25	Tiene pesadillas en las que lo separan de usted	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
26	Tiene miedo a la oscuridad	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
27	Tiene que pensar en unos pensamientos concretos (como en ciertos números o palabras) para evitar que ocurran cosas malas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
28	Pide que se le proteja cuando no es necesario	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
29	¿Ha sufrido su hijo alguna vez una experiencia muy mala o traumática (como un accidente grave, la muerte de algún familiar o amigo, agresión, robo, catástrofe, etc.)	SÍ	NO			

Por favor, describa brevemente la experiencia que ha sufrido su hijo.

Si ha contestado NO a la pregunta 29 ya ha terminado. Si ha contestado SÍ, responda por favor a las siguientes preguntas.

Desde que pasó ese suceso, ¿Le ocurre a su hijo lo siguiente?



30	Tiene sueños desagradables o pesadillas sobre lo ocurrido	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
31	Se acuerda de lo ocurrido y lo pasa mal	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
32	Sufre cuando se le recuerda el suceso	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
33	Actúa de repente como si estuviera reviviendo la experiencia	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces
34	Muestra síntomas físicos de miedo (como sudor, temblores, se le acelera el corazón) cuando se le recuerda el suceso	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Muchas veces

© 1994 Susan H. Spence and Ronald

Rapee Traducción (2011): Mireia Orgilés y

Patricia Penosa

**Anexo 3. Formulario de consentimiento informado****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****Título de la investigación:**

Niveles de ansiedad en niños y niñas preescolares de 4 a 5 años de edad en tres instituciones de la ciudad de Cuenca en el periodo lectivo 2020-2021.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Michelle Alexandra Sigcha Orbes	0107128761	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el periodo académico 2020-2021. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio y cuál será su participación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lea este documento con sus familiares u otras personas que sean de su confianza.

Introducción

La presente investigación tiene como propósito obtener información que ayude a tener una visión más clara de la ansiedad en niños y niñas en el contexto cuencano. El estudio considera a la ansiedad como un sentimiento de miedo, temor e inquietud que se puede presentar ante una situación real o considerada como peligrosa, este sentimiento puede estar presente en varias etapas de nuestra vida, sobre todo en la edad preescolar (3-5 años), donde los miedos y preocupación forman parte del día a día.

Es importante considerar que, aunque la ansiedad es parte de nuestro diario vivir, puede llegar a afectar la vida de las personas que la padecen, en el ámbito familiar, social, escolar y personal, por ello los últimos estudios indican que detectar signos de ansiedad en niños preescolares reduce el riesgo de presentar ansiedad en la adolescencia o en la vida adulta.

Teniendo en cuenta la importancia de la ansiedad infantil, y la falta de datos en la ciudad de Cuenca, surge la presente investigación, la cual pretende obtener información de los padres de familia o personas cercanas de los niños y niñas que estén matriculados en el periodo académico 2020-2021, y que cuenten en un rango de edad desde los 48 meses (4 años) hasta 66 meses (5 años y medio).

Objetivo del estudio

El objetivo de la investigación es describir los niveles de ansiedad preescolar y determinar las dimensiones en niños y niñas de 4-5 años de edad en tres instituciones de la ciudad de Cuenca en el periodo lectivo 2020-2021.

Descripción de los procedimientos



En la investigación participarán 60 padres de familia aproximadamente incluido usted. Si decide participar en este estudio, se le solicitará que complete algunas preguntas, mediante el enlace que se encontrará en su correo electrónico, en dicho enlace usted hallará 34 preguntas que describen a los niños en general, usted deberá marcar para cada apartado la respuesta que mejor se acomode a su hijo/a, después aparecerán preguntas referidas a la edad del niño, y datos familiares generales. Se estima que la aplicación de las preguntas puede durar entre 10 a 15 minutos, siendo esta la única etapa en la que usted participará en el presente estudio. Una vez enviado el formulario con las respuestas, la información pasará a formar parte de una base de datos, en donde cada respuesta proporcionada será anónima.

Riesgos y beneficios.

Para minimizar los posibles riesgos de la investigación, como la pérdida de información recolectada, la investigadora asignará un código a todos los cuestionarios. Además, se ocupará una contraseña para el acceso a todos los documentos, dicha contraseña será conocida únicamente por la investigadora.

Por otro lado, es posible que este estudio no tenga beneficios directos para usted o su representado. Sin embargo, la investigación ofrece un beneficio a largo plazo, debido a que, los datos obtenidos podrán aportar información novedosa, actualizada y real sobre ansiedad en la edad preescolar.

Otras opciones si no participa en el estudio.

Si usted decide no participar en el estudio, no tendrá repercusión de ningún tipo hacia su persona.

Derechos de los participantes.

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 7) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 8) Tener libertad de no responder preguntas que le molesten;
- 9) Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Manejo del material biológico recolectado (no aplica)

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor comuníquese al siguiente teléfono [0988734729](tel:0988734729) que pertenece a [Michelle Sigcha](mailto:michelle.sigcha@ucuenca.edu.ec) o envíe un correo electrónico a michelle.sigcha@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar con un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado, a través de un correo electrónico.



Nombres completos del/la participante	Firma del/la participante	Fecha
---------------------------------------	---------------------------	-------

Nombres completos del testigo (<i>si aplica</i>)	Firma del testigo	Fecha
--	-------------------	-------

Nombres completos del/la investigador/a	Firma del/la investigador/a	Fecha
---	-----------------------------	-------

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec