



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA SAGRADO CORAZÓN. CUENCA, 2017**

**Proyecto de investigación previa a la obtención del
título de Médico.**

AUTORES: Evelyn Samantha Fajardo Morales CI 0107298788
Gabriela Alexandra Moscoso Saquicela CI 0104767710

DIRECTOR: Dr. Manuel Ismael Morocho Malla., Mgs. CI 0103260675

Cuenca - Ecuador

2018

RESUMEN

Antecedentes

Los trastornos de ansiedad de los niño/as constituyen un problema de salud, ya que existe una prevalencia significativa que va del 2.6 al 41.2% (1).

Objetivo general

Determinar la prevalencia de ansiedad y sus factores asociados en estudiantes de la escuela “Sagrado Corazón” Cuenca. 2017.

Metodología

Estudio transversal, que incluyó a 328 niños/as de quinto a décimo de básica de la escuela “Sagrado Corazón”; para determinar la ansiedad se utilizó la Escala de Spence, la funcionalidad familiar con el APGAR familiar, la autoestima con la escala de Rosenberg, la atención con la Escala D2 y el resto de variables con el cuestionario elaborado por las autoras. Se determinó la relación de factores asociados a la ansiedad, mediante la razón de prevalencia (RP) con una precisión del intervalo de confianza (IC) al 95%, con una significancia estadística comprobada mediante el X^2 con su valor $(p) < 0,05$.

Resultado

La prevalencia de ansiedad en este estudio fue de 40,5%. La media de edad fue de 10,8 años entre 8 a 14 años. La primera etapa de la adolescencia representó el 75%. El sexo femenino fue el de mayor frecuencia con 66,2%. Se determinó asociación estadísticamente significativa con: el sexo femenino, pertenecer a una familia disfuncional y tener una autoestima baja, con: $RP > 1$; $IC (95\%) > 1$; Valor $(p) < 0,05$.

Conclusiones

Los estudiantes con ansiedad tuvieron como factor de riesgo pertenecer al sexo femenino, ser de una familia disfuncional y tener autoestima baja, como factor de protección se encontró la instrucción.

Palabras clave: ANSIEDAD, PREVALENCIA, APGAR FAMILIAR, AUTOESTIMA, TEST DE ATENCION D2.

ABSTRACT

Background

Anxiety disorders of children constitute a health problem, since there is a significant prevalence ranging from 2.6 to 41.2% (1).

General Objective

Determine the prevalence of anxiety and its associated factors in students of the "Sagrado Corazón" school Cuenca. 2017.

Methodology

Cross-sectional study, which included 328 children from fifth to tenth grade of the "Sagrado Corazón" school; To determine anxiety, the Spence Scale, family functionality with the family APGAR, self-esteem with the Rosenberg scale, attention with the Scale D2 and the rest of the variables were used with the questionnaire prepared by the authors. The relationship of factors associated with anxiety was determined, using the prevalence ratio (PR) with an accuracy of 95% confidence interval (CI), with a statistical significance verified by X² with its value (p) <0, 05.

Result

The prevalence of anxiety in this study was 40.5%. The average age was 10.8 years between 8 to 14 years. The first stage of adolescence represented 75%. The female sex was the most frequent with 66.2%. A statistically significant association was determined with: female sex, belonging to a dysfunctional family and having low self-esteem, with: RP> 1; IC (95%)> 1; Value (p) <0.05.

Conclusions

Students with anxiety had a risk factor belonging to the female sex, being from a dysfunctional family and having low self-esteem, as a protective factor the instruction was found.

Keywords: ANXIETY, PREVALENCE, FAMILY APPEAR, SELF-ESTEEM, CARE TEST D2.



ÍNDICE

RESUMEN..... 2
ABSTRACT.....3

CAPÍTULO I..... 12
1.1 INTRODUCCIÓN 12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 13
1.3 JUSTIFICACIÓN..... 16

CAPÍTULO II 18
2. FUNDAMENTO TEÓRICO..... 18
2.1 Estado del arte de la ansiedad 18
2.2 Ansiedad..... 19
2.3 Factores asociados a la ansiedad 22
2.4 Diagnóstico..... 25
2.5 Consecuencias de la Ansiedad en el rendimiento escolar 32

CAPÍTULO III..... 36
3.1 HIPÓTESIS 36
3. 2 OBJETIVOS..... 36
3.2.1 Objetivo general 36
3.2.2 Objetivo específicos 36

CAPÍTULO IV 37
4. DISEÑO METODOLÓGICO 37
4.1 Tipo de estudio 37
4.2 Área de estudio..... 37
4.3 Universo y Muestra 37
4.3.1 Universo 37
4.3.2 Muestra 37
4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión 38
4.4.1 Criterios de inclusión 38
4.4.2 Criterios de exclusión 38
4.5 Variables..... 38



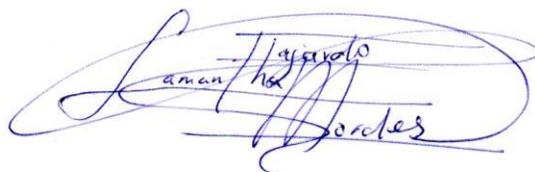
4.6 Operalización de las variables.....	39
4.7 Métodos, técnicas e instrumentos.....	42
4.8 Procedimientos.....	42
4.9 Plan de tabulación y análisis.....	43
4.10 Aspectos éticos.....	43
CAPÍTULO V.....	44
5. RESULTADOS.....	44
5.1. Cumplimiento del estudio.....	44
5.2. Análisis de los resultados.....	44
5.3. Contratación de hipótesis.....	47
CAPITULO VI.....	49
6. DISCUSIÓN.....	49
CAPÍTULO VII.....	52
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
CAPÍTULO VIII.....	54
8. 1 BIBLIOGRAFÍA.....	54
8.1.1 Referencias bibliográficas:.....	54
8.1.2 Bibliografía general.....	61
8.2 ANEXOS:.....	63
Anexo 1.....	63
Anexo 2.....	66
Anexo 3.....	67
Anexo 4.....	68
Anexo 5.....	69
Anexo 6.....	70
Anexo 7.....	71
Anexo 8.....	73

Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Evelyn Samantha Fajardo Morales en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SAGRADO CORAZÓN. CUENCA, 2017.**” 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, 01 de febrero de 2018



Evelyn Samantha Fajardo Morales

0107298788

Cláusula de Propiedad Intelectual

Evelyn Samantha Fajardo Morales, autora del proyecto de investigación “**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SAGRADO CORAZÓN. CUENCA, 2017.**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 01 de febrero de 2018



Evelyn Samantha Fajardo Morales

0107298788



Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Gabriela Alexandra Moscoso Saquicela en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SAGRADO CORAZÓN. CUENCA, 2017.**” 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, 01 de febrero de 2018

Gabriela Alexandra Moscoso Saquicela

0104767710



Cláusula de Propiedad Intelectual

Gabriela Alexandra Moscoso Saquicela, autora del proyecto de investigación “**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SAGRADO CORAZÓN. CUENCA, 2017.**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 01 de febrero de 2018

Gabriela Alexandra Moscoso Saquicela

0104767710



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta etapa de mi vida, a mi familia que siempre ha sido un apoyo incondicional y al Dr. Ismael Morocho que siempre paciente nos guió y ayudó para culminar la tesis.

Gabriela Moscoso Saquicela

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias. A mi familia por ese amor incondicional, apoyo, valores inculcados y por el excelente ejemplo de vida a seguir. A Gabriela por haber sido una buena compañera de tesis y amiga. Y un agradecimiento especial para el Dr. Ismael Morocho que con su paciencia, confianza y dedicación nos ofreció su ayuda absoluta en todo momento. Todo esta motivación fue la brecha que impulso la inspiración durante la elaboración de este proyecto de investigación.

Samantha Fajardo Morales



DEDICATORIA

A mi madre Mayra a mi padre Pablo y mis hermanos Juan y Daniela que han sido siempre incondicionales para mí, no solo para la realización de este trabajo de investigación, sino durante toda la carrera. Gracias.

Gabriela Moscoso Saquicela

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A mi padre Fernando y Ruth por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por su ejemplo de perseverancia y constancia que los caracteriza y que me han infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor. A mis hermanos Paúl, Sebastián y Ana María por ser un motor constante de motivación y confianza hacia mí. Y al Dr. Ismael Morocho por su apoyo ofrecido en este trabajo y su tiempo dedicado. Y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. Gracias.

Samantha Fajardo Morales

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Todos los seres vivos estamos dotados de un sistema biológico, que nos permite experimentar emociones a lo largo de nuestra vida; durante la infancia este sistema adquiere destrezas para en el futuro enfrentar correctamente los obstáculos que se presenta. El ambiente donde se encuentra inmerso el niño es fundamental ya que debe influir positivamente siendo comprensivo y capaz de emplear estrategias que ayuden al niño en su desarrollo equilibrado (2).

Consideramos que a lo largo de la vida el ser humano puede enfrentarse a la ansiedad, creando así un desequilibrio en las emociones y percepciones que desembocan en un trastorno que no ha respetado edades y género. Actualmente sigue siendo un tema frecuente en la sociedad.

La ansiedad está definida como una reacción o un estado de displacer, por una combinación de experiencias y cambios fisiológicos, comprendiendo sentimientos de intranquilidad, tensión y aprensión (2).

Se entiende que la ansiedad implica una reacción emocional, que se presenta cuando el individuo percibe una situación determinada como una situación peligrosa o amenazante, sin importar si existe algún peligro presente. Dicha reacción emocional presenta tres componentes claves, los cuales son: la fisiología de la emoción (relacionada con la respuesta involuntaria del organismo), la cognición (los cambios ambientales, que se valoran en términos de la repercusión en el sujeto) y la conducta misma. Estos aspectos son específicos dependiendo la edad del paciente (3).

Se debe resaltar que cuando la respuesta de ansiedad se empieza a prolongar, pasa de ser una emoción a ser un estado, el cual permanece de forma constante. Algunas conductas importantes implican que el niño con ansiedad vive permanentemente con un sentimiento de aprehensión, se muestra temeroso e irritable, puede presentar crisis de ira, trastornos de la conducta y crisis de angustia, se ha visto asociación con consumo de sustancias tóxicas y trastorno por déficit de atención (4).

Esta sintomatología logra traspasar la edad, e inclusive la presencia de síntomas relacionados con trastornos de ansiedad durante la adolescencia, se comporta como predictor de la presentación del trastorno en la edad adulta (4).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en la actualidad, cerca de 17 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 17 años de edad, sufren algún trastorno psicológico grave que amerita tratamiento especializado. Diversos estudios epidemiológicos señalan que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia, e informan de tasas de prevalencia que van desde el 2.6% al 41.2%. La ansiedad de separación es más común en niños y la fobia social en adolescentes. Este cuadro está asociado con algunos factores determinantes que predisponen o precipitan, que según los estudios los podemos agruparlos en factores de tipo biológico, psicológico y social (1).

Esto nos lleva a reflexionar del gran impacto que generan en la salud pública, y en la vida de los pacientes y sus familias, este trastorno suele no ser diagnosticado y, por lo tanto, no ser tratado. Por lo general la búsqueda de ayuda médica se da tardíamente, por parte de los padres, cuando los síntomas ansiosos ya llevan meses o, incluso, años instaurados, y empiezan a generar disfunción en la vida del niño, o aumentan de severidad hasta hacerse intolerables.

En este contexto, es interés de las autoras, el estudio del trastorno de ansiedad y sus factores relacionados en una escuela de la ciudad de Cuenca.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad como problema de salud en los escolares debe ser profundizada, debido que en diferentes estudios epidemiológicos se ha calculado que los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos de ansiedad fueron de un 10,6% y un 16,6% respectivamente, a pesar que no hay diferencia significativa por sexo, hay un ligero predominio en las niñas. Se ha evidenciado que más de 90% de los estudiantes con este trastorno pueden tener ausentismo escolar (5).



Es un problema tangible dentro de la población ecuatoriana, que va paulatinamente en incremento, ya que desafortunadamente vivimos en una sociedad plagada de violencia, donde los menores están expuestos a asaltos, secuestros, tortura, maltrato físico, abuso sexual y accidentes automovilísticos.

Cabe recalcar que en los niños y adolescentes no es necesario que hayan vivido o estado presentes en el evento estresante, sino que con sólo haberlo escuchado o visto en la televisión este tipo de noticias puede ocasionarles una experiencia psicológica traumática. Los niños muchas veces sufren en “silencio” y a pesar de ser un problema frecuente es el de menor consulta (6).

La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. La enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado, sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable; aspecto que debe ser tomado en cuenta también en los niños (5).

Existen algunas causas probables en cuanto al eje esencial del problema, partiendo desde los factores psicosociales como: la exposición a una experiencia traumática propia, separación de una persona significativa; por muerte, trabajo o divorcio; cambio de escuela, la llegada de un nuevo hermano, padecer una enfermedad, estrés académico; existen un sinnúmero de causas probables para dar inicio de la ansiedad, pero de ninguna de ellas nos brinda una evidencia completamente concluyente (7).

Dentro de los conocimientos actuales sobre los factores relacionados con la ansiedad en escolares, las investigadoras consideran que existen limitaciones y multiplicidad de interpretaciones, en donde sólo se valora a la ansiedad aislada, por lo que es un problema no saber si los factores como: edad, sexo, año que cursa, residencia, la funcionalidad familiar, la autoestima, la atención, etc.

La ansiedad no debería ser un tema que se tome a la ligera, que siendo afrontada desde la infancia podría evitar el origen de trastornos más graves en la adultez de la persona. Lamentablemente, no existen consensos para evitarla o saberla afrontar. La sociedad se ha mantenido silenciosa ante esta situación como si de esa manera aminoraran la problemática no solo actual sino de un futuro próximo.

Actualmente existe tratamiento psicológico como terapia cognitiva-conductual y tratamiento farmacológico; antidepresivos de diferentes tipos y otras medidas tanto biológicas, como psicológicas y sociales (5).

La forma de reportarse los niveles de ansiedad escolar puede ser diferente, así en el resultado de un estudio realizado por Crane et al. en Almería, España de tipo comparativo, entre niños australianos y colombianos mediante la escala de Spence se obtuvo como resultado que existe una diferencia significativa en la manera como los niños de ambos países reportan los síntomas en niveles de ansiedad, los niños colombianos reportaron puntajes mayores (36,65%) en la mayoría de los síntomas comparados con los australianos (19%) (7).

Según Orgilés et al. en Alicante-España, año 2012, en un estudio transversal se aplicó la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, donde se obtuvo la puntuación media obtenida en la escala de 25,15. El 26,41% de los niños y adolescentes mostraron puntuaciones elevadas en cualquier trastorno de ansiedad. Los síntomas de ansiedad por separación son los más frecuentes en la muestra (5,5%) (8).

En una investigación realizada en Murcia-España, año 2015 por López et al. se aplicó la escala Child Behaviour Check List (CBCL) obteniéndose una prevalencia de ansiedad de 9,6% en los escolares (9). Según Delgado et al. en la Universidad Javeriana de Cali, en un estudio realizado en el 2015 se obtuvo un alto porcentaje de prevalencia en ansiedad entre el 13,6% y el 29,8% (10).

En relación a los factores asociados, existen varias teorías y estudios, con resultados diversos y no concluyentes, por ejemplo en una investigación realizada en Colombia, año 2016 por Tayeh et al.



se obtuvo como resultado que aproximadamente el 30% de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad presentan trastornos de ansiedad comorbidos. Otros factores que se han estudiado son los factores sociodemográficos (edad, sexo y residencia), aspectos escolares (año que cursa), aspectos psicosociales (funcionalidad familiar, la autoestima y atención); aspectos que serán abordados en el presente estudio (11).

Según Palacios C. en su estudio realizado en 13 escuelas a estudiantes de cuarto de básica de la ciudad de Cuenca en el año 2016, se encontró que el 38,8% presentaron niveles elevados de ansiedad por separación y un 7,6% prevalencia de ansiedad (12).

Por lo mencionado, se evidencia que existe un vacío del conocimiento en la población con respecto al tema estudiado en nuestra localidad y región; por lo cual esta investigación aportará al aspecto teórico de este problema no solo académico sino también en los ámbitos familiar, social e individual.

Enfatizando lo expuesto, la presente investigación considera como problema de estudio dos aspectos fundamentales que las autoras pretende demostrar: primero, determinar cuál es la prevalencia de la ansiedad y segundo, buscar determinar el grado de asociación con algunos factores en los estudiantes de la escuela “Sagrado Corazón” de la ciudad de Cuenca-Ecuador, y si es así en qué porcentaje y con qué factores mencionados se relaciona significativamente.

Son estas las razones que permiten formular la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia y sus factores asociados a la ansiedad en estudiantes de la escuela “Sagrado Corazón”?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En nuestra sociedad existe aún escasa preocupación por el conocimiento en la detección de los problemas de salud mental en la población general y de ansiedad particularmente en la población escolar. Además el manejo a cargo de padres, profesores e inclusive médicos es casi imperceptible; es por eso que la presente investigación es de utilidad para aportar a la literatura científica de nuestro medio.



A partir de este estudio, conociendo la prevalencia y los factores que se relacionan con la ansiedad en los estudiantes de la escuela “Sagrado Corazón”, permitirá que la presente investigación genere un impacto social, ya que con estos datos se espera que los profesores y padres de familia de la escuela, tomen las medidas oportunas para afrontar los casos detectados, de esta manera también se generará un aporte económico, ya que al tratar oportunamente se evitarán que los problemas se cronifiquen o se vuelvan resistentes al tratamiento como sucede en la edad adulta.

Uno de los propósitos del Plan Operativo Anual de la escuela, contempla el velar y emprender porque la salud de sus estudiantes se mantenga íntegra y se fomente la salud integral de la comunidad educativa y de las familias de los educandos, por lo que la otra finalidad de este estudio es brindar conocimiento acerca de la problemática existente, para que a partir de ésta se pueda replantear nuevas estrategias en favor del estudiante, del maestro y la familia, para en un futuro, la salud mental de los estudiantes de la escuela “Sagrado Corazón”, favorezca el desarrollo de individuos plenos y protagonistas activos de la construcción del conocimiento.

La realización de esta investigación se justifica porque aporta a la Línea de investigación del Ministerio de Salud Pública denominada “Salud Mental y Trastornos de Comportamiento”, aspecto que es fundamental, ya que con esto estaremos contribuyendo a cumplir con el Plan Nacional del Buen Vivir, contemplado como obligación de las Instituciones de Educación Superior en la Constitución de la República.

Los resultados estarán disponibles en el repositorio digital de la Universidad de Cuenca, los que podrán ser de utilidad para futuros estudios. Podrá servir también como un conocimiento precedente y modelo para otras instituciones educativas de la ciudad.

Finalmente, en relación a que “una investigación de no se publica no existe”, los resultados que se obtengan serán difundidos a través de la Revista indexada de la Facultad de Ciencias Médicas, por lo que profesores e investigadores podrán conocer más a profundidad la realidad de los niños/as.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Estado del arte de la ansiedad

En la actualidad, la prevalencia de ansiedad está en incremento, en las aulas se vive un ambiente de ansiedad, el cual se debe a las exigencias que la educación ha ido aumentando día a día, a esto se le suma una cantidad creciente de factores biológicos y psicosociales que empeoran el panorama y esta situación es en la que la mayoría de estudiantes se encuentra inmerso. A pesar, que no se cuenta concretamente con cifras claras de esta problemática las autoras deducen que la ansiedad es cada vez más notable.

En una investigación realizada en Chile por García et al. 2014, la misma que tuvo como objetivo analizar la ansiedad escolar, participaron 673 adolescentes; la ansiedad escolar se evaluó con el Inventario de Ansiedad Escolar (IAES) que evalúa tres sistemas de respuesta; ansiedad cognitiva, ansiedad conductual y ansiedad psicofisiológica, y tres factores situacionales: ansiedad ante la evaluación social, ansiedad ante el fracaso escolar, y ansiedad ante la agresión. Los hombres presentaron puntuaciones menores que las mujeres, siendo las diferencias estadísticamente significativas en todos los sistemas de respuesta y en todos los factores situacionales. En los grupos de edad, las diferencias significativas se presentaron en el sistema de respuesta cognitivo, en dos factores situacionales (ansiedad ante el fracaso escolar y ansiedad ante la agresión) y en la puntuación total (13).

En España, los trastornos de ansiedad constituyen el problema psicológico más diagnosticado en las unidades de salud mental en población infanto-juvenil. Entre los trastornos de ansiedad más frecuentes y con inicio más precoz se encuentra el trastorno de ansiedad por separación (TAS) con un 4% de prevalencia. Su influencia como factor de riesgo en el desarrollo de otros trastornos es evidente, algunos autores defienden que determinados trastornos psicológicos que tienen lugar en futuras etapas evolutivas vienen precedidos por presentar un trastorno de ansiedad en la etapa infantil. El TAS puede perjudicar significativamente el desarrollo académico, emocional y social

presente y futuro del niño que lo padece, por ejemplo, causando aislamiento social, bajo rendimiento escolar y otros problemas psicológicos, así como generar problemas o conflictos entre los miembros del núcleo familiar (14).

En el año 2016, en la casa de acogida “Miguel León” del cantón Cuenca-Ecuador se aplicó la Escala de Ansiedad Infantil SPENCE y el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) a una muestra de 35 niñas donde se obtuvo una frecuencia de ansiedad de 22.86% (15).

Según Ordoñez A. en un estudio longitudinal realizado en España, 2016, con 73 niños entre 6 y 8 años, que completaron el Test breve de Inteligencia de Kaufman y las Escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad; niños y padres en la entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM-IV; los resultados muestran que los niños identificados como inhibidos entre los 4 y 6 años desarrollan trastornos de ansiedad y trastorno de ansiedad social. Además, muestran una peor adaptación socioemocional y conductual sin diferencias intelectuales ni madurativas (16).

En Colombia en el año 2015 se realizó por Gómez et al. un estudio de prevalencia y factores asociados sobre trastornos mentales de niños entre 7 a 11 años; se aplicó la entrevista estructurada Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-P), que provee diagnósticos del DSM-IV; se evaluaron los siguientes trastornos: depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada, ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante y de conducta; se obtuvo una prevalencia de 3% de ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad de 2,3 y el 3,0% (17).

2.2 Ansiedad

2.2.1 Definición.

“La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales” (18).

El estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para esta defensa o huida, como son el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular, sumado al aumento de la actividad simpática.

La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. La ansiedad implica al menos 3 sistemas de respuesta:

- a. Subjetivo-cognitivo: Experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- b. Fisiológico - somático: Activación del sistema nervioso autónomo.
- c. Motor-conductual: Escape y evitación (18).

Trastorno de ansiedad: es cuando existe un tipo de pensamiento particular que se caracteriza por ser exagerado, irracional, negativo, difícil de controlar, casi parásito. Podemos llamarlo pensamiento catastrófico reverberante (CR) (18).

La exageración es uno de los problemas cognitivos importantes de los niños portadores de estos trastornos. De esta manera, un ruido en la noche se transforma en “un asesino que viene a buscarnos”; una mala calificación en la seguridad de que “perdí el año”; el alejamiento de mis padres porque se van a trabajar en la seguridad de que “no los veré nunca más”.

2.2.2 Etiología

En su origen participan varios factores como: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su inicio en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se relacionan con el efecto de estresores o conductas aprendidas.

2.2.3 Fisiología

En los trastornos por ansiedad participan algunas de las estructuras cerebrales del sistema límbico. El cual es responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la sobrevivencia.

También se ha sugerido la participación de la amígdala en el proceso de la ansiedad. La lesión de la parte anterior y posterior de la amígdala central y la parte anterior de la amígdala basolateral reduce la ansiedad.

El estrés crónico, disminuye los niveles cerebrales del ácido gamma-amino butírico (GABA) en el hipocampo, lo que coincide con un estado ansioso y depresivo en el individuo, en quienes se han encontrado niveles disminuidos de GABA en el líquido cefalorraquídeo.

Los neurotransmisores como la serotonina (5-HT), la noradrenalina (NA) y la dopamina (DA) también están involucrados en la fisiopatología de los trastornos por ansiedad (19).

2.2.4 Epidemiología

De acuerdo a la OMS existe una prevalencia de ansiedad del 2.6% al 41.2% durante la infancia y la adolescencia (1).

Según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), las principales causas de mortalidad en general en el país son las enfermedades hipertensivas con el 7% y la diabetes con el 6,5%. Pero también dentro de esta lista aparecen los homicidios por depresión, ansiedad y estrés con el 3,8% (20).

El grupo etario de los escolares, el ambiente familiar tiene una alta influencia en los problemas de salud física y mental en este grupo poblacional; así, el sedentarismo, la ausencia de control en la alimentación, el estrés escolar y la falta de atención inciden según los especialistas y la OMS en las enfermedades juveniles; además, el aumento del sobrepeso y la obesidad en el país, aceleran el desarrollo de la depresión y la ansiedad en los menores de edad (21).

2.2.5 Clasificación

- a. Trastorno por ansiedad generalizada.
- b. Trastorno por ansiedad de separación.
- c. Trastorno por ansiedad social.

- d. Trastorno obsesivo compulsivo.
- e. Trastorno por estrés postraumático.
- f. Trastorno por pánico y agorafobia. (6)

2.3 Factores asociados a la ansiedad

Las principales variables relacionadas a la ansiedad escolar pueden ser: biológicas, psicológicas y sociales. De acuerdo al planteamiento de nuestro estudio, abordaremos los factores descritos a continuación.

2.3.1 Edad

Según Ochoa y Peris, 2012, la ansiedad que presentan los niños al separarse de su cuidador habitual es normal a partir de los 4-5 meses de edad y va disminuyendo a partir de los 3 hasta los 5 años, en que entienden que la separación no es para siempre. La edad típica de aparición es la prepuberal. La mayoría de los casos tienen menos de 13 años, siendo la edad promedio de inicio a los 9 años (22).

El trastorno de ansiedad escolar afecta principalmente a niños entre los 11-14 años de edad, aunque puede observarse a partir de los 5 años, presentando picos de inflexión en los momentos de transición escolar primaria-secundaria. Se estima una prevalencia aproximada entre el 0,5% y el 15%, según los estudios revisados. También aparece en mayor proporción en familias con elevado nivel de exigencia y con nivel socioeconómico elevado (22).

2.3.2 Sexo

En un estudio realizado en el cantón Gualaceo-Ecuador, se evidenció que el sexo más afectado por ansiedad fue el masculino con el 18.2% versus el 1% encontrado en el sexo femenino, éstas diferencias son estadísticamente significativas con un valor de $p: 0.03$; el riesgo de conductas ansiógenas es 2.2 veces mayor en el sexo masculino que en el femenino con un intervalo de confianza inferior ubicado sobre 1 y el superior en 5.06 (20).

En un estudio transversal realizado en la provincia de Alicante-España, por Orgilés et al. participaron 2.522 niños y adolescentes de 8 a 17 años (49% varones), que completaron la Escala de Ansiedad Infantil de Spence; la puntuación media obtenida en la escala fue 25,15; el 26,41% de los niños y adolescentes mostraron puntuaciones elevadas en cualquier trastorno de ansiedad; las niñas puntúan significativamente más alto en todos los trastornos, excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo; se hallaron diferencias en función de la edad en todos los trastornos, excepto en los miedos físicos, pero los tamaños del efecto fueron medios únicamente en la ansiedad por separación, que desciende con la edad, y en la ansiedad generalizada, mayor en los adolescentes que en los niños (8).

2.3.3 Residencia

El sector urbano tiene riesgos y beneficios para la salud, pero la salud mental se ve afectada negativamente: el estado de ánimo y los trastornos de ansiedad son más frecuentes en los habitantes de las ciudades y la incidencia de trastornos mentales aumenta fuertemente en las personas nacidas y criadas en las ciudades según en un estudio realizado en Nature, Reino Unido según Lederbogen et al. (23).

Sin embargo, existe discordancia con un estudio realizado en el cantón Gualaceo- Ecuador, no se encontró asociación entre el tipo de residencia y la presencia de ansiedad en esta población; la población rural fue la más afectada por ansiedad sin embargo las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas. El tamaño del efecto para la población urbana se ubicó en 0.95 (IC 95% 0.56-1.61) sin presentar diferencia estadísticamente significativa (20).

2.3.4 Año que cursa

Según Jadue J. en Valdivia-Chile, en varios estudios epidemiológicos se llegó a la conclusión que los desórdenes de ansiedad durante el desarrollo afectan aproximadamente al 9% de los niños y entre el 13 y el 17% de los jóvenes. Otras referencias indican que entre el 10 y el 20% de los escolares se ven afectados por problemas relacionados con la ansiedad. En un estudio de seguimiento de problemas de salud mental en el primer ciclo básico en el área occidente de

Santiago, el 22.8% de los alumnos estudiados inició la escolaridad sin problemas, presentando alteraciones de la conducta en 2° y 3° de básica; un 22.2% presentó perfiles de conducta desadaptada durante los tres años de escolaridad de acuerdo a la evaluación de los profesores (24).

2.3.5 Funcionalidad familiar

Montalbán S. encontró relación entre el tamaño de la familia (especialmente más de 5 miembros) y la presencia de ansiedad, pero no con el tipo de familia. Pero, en el estudio de Pérez y colaboradores en 386 adolescentes de 2 institutos de educación secundaria se encontró que la estructura familiar no influía en la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico. Estos resultados obligarían a replantear conceptos tradicionales por un lado, la familia nuclear no parecería ser imprescindible para el establecimiento de unas relaciones familiares positivas y un desarrollo saludable en el adolescente (25).

En el estudio de Seijo et al. realizado en Vigo-España, en el año 2014, en una muestra de 125 participantes, 63 padres separados y 63 familias intactas, se encontró que la experiencia del divorcio de los padres se relacionaba con una mayor incidencia de alteraciones emocionales como: sentimientos de abandono y rechazo, culpabilidad por la separación de los padres, miedo no resuelto e inseguridad, baja autoestima, ansiedad y depresión, ansiedad por separación e inadaptación personal, familiar, escolar y social. Además, se constató que los hijos de padres separados, habían recibido más atención psiquiátrica y psicológica a lo largo de su vida. Por lo tanto, más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad en los miembros de la familia (26).

2.3.6 Autoestima

En un estudio realizado por Couoh et al. en la ciudad de Mérida-México, 2014, se utilizó la Escala de Ansiedad de Spence para niños y la Escala de Autoestima de Reyes y Hernández, participaron 60 niñas y 49 niños de quinto y sexto año; se observó que las niñas reportaron mayor ansiedad y mejor autoestima que los varones, y que ambas variables se correlacionaron en ambos grupos; los resultados obtenidos demuestran la influencia del entorno social en la autoestima y la ansiedad de los participantes (27).

2.3.7 Déficit de atención

La ansiedad y la comorbilidad con el trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) se estima entre un 20-25% (28). Los niños ansiosos habitualmente muestran un estado de preocupación y aprehensión difícil de controlar y que puede confundirse con algunos síntomas propios del TDAH, como son la inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. La relevancia de esta relación entre el TDAH y la ansiedad radica además en que mientras entre el 5% y el 15% de los niños podrían sufrir un trastorno de ansiedad, entre el 15% y el 35% de los niños con TDAH manifiestan una ansiedad significativa (29).

Según González et al. en el año 2014 en España se realizó un estudio con el fin de analizar como la ansiedad predice el rendimiento de los estudiantes con TDAH. La muestra de la investigación estaba formada por 220 estudiantes (6-12 años): 56 en el grupo control, 54 con TDAH-Inatento, 53 con TDAH-Hiperactivo impulsivo y 56 con el subtipo combinado. La ansiedad predijo el rendimiento en la variable de concentración analizada.

Los resultados revelan un nuevo patrón de gran interés de cara a la evaluación diagnóstica objetiva y fiable en el TDAH (29).

2.4 Diagnóstico

De acuerdo a los objetivos de nuestra investigación, una vez analizados los estudios realizados en este campo, usaremos los instrumentos descritos a continuación.

Escala de SPENCE

Aproximadamente, 13 de cada 100 niños y adolescentes de entre 9 y 17 años presentan algún tipo de trastorno de ansiedad; las niñas se ven más afectadas y cerca de la mitad de los niños y adolescentes con estos trastornos padecen un segundo trastorno de ansiedad u otro trastorno mental o de comportamiento, como la depresión (30). Para entender la ansiedad existen varias teorías, siendo las principales: la activación del sistema nervioso, la teoría psicodinámica de Freud, teorías conductistas y teorías cognitivistas (31).

Para la evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes existen numerosos instrumentos con buenas propiedades psicométricas. Entre ellos, destaca por sus ventajas frente a otras medidas de evaluación la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS). La SCAS fue creada originariamente para ser aplicada con población comunitaria australiana, pero ha sido traducida y validada para su aplicación a niños y adolescentes en 17 países, considerándose una de las medidas de autoinforme más utilizadas a nivel internacional (33).

Para valorar los trastornos emocionales en los NNA, la mejor Escala es la de Spence, que tiene buena sensibilidad y especificidad, no se afecta con la transculturalidad, permite la discriminación entre muestras clínicas y de población general, fácil aplicación y mantiene su efectividad en diversos idiomas. En un estudio para determinar la fiabilidad y validez de la versión española, los datos encontrados apoyan la fiabilidad y validez de la versión española de la SCAS (32). Una revisión sistemática estudiando las bases de datos de Medline, PsychInfo, Embase y Cochrane concluyeron en las robustas propiedades de este test (33).

A diferencia de otras escalas, la SCAS no es una adaptación de una prueba diseñada para población adulta, por lo que tiene en consideración los síntomas diferenciales de los trastornos de ansiedad en niños y adultos. Para su creación, la autora se basó en los síntomas de los trastornos de ansiedad más comunes en la infancia y adolescencia de acuerdo a las categorías diagnósticas del DSM-IV, por lo que la prueba permite evaluar a través de 6 subescalas los síntomas de los trastornos de ansiedad que con más frecuencia se manifiestan en la población infanto-juvenil.



La SCAS se ha empleado en numerosos estudios internacionales con fines clínicos y de investigación. Clínicamente la SCAS se ha utilizado como medida de screening para identificar niños y adolescentes con síntomas elevados de ansiedad susceptibles de requerir intervención.

La SCAS es una escala de 44 ítems que fue diseñada para medir síntomas de ansiedad en muestras comunitarias de niños y adolescentes (Anexo 1). La puntuación máxima posible en la escala es 114. Está formada por 6 subescalas que se corresponden con los trastornos de ansiedad del DSM-IV: trastorno de ansiedad generalizada (rango: 0-18), trastorno obsesivo-compulsivo (rango: 0-18), pánico y agorafobia (rango: 0-27), fobia social (rango: 0-18), trastorno de ansiedad por separación (rango: 0-18), y miedos físicos (rango: 0-15). Los niños deben indicar en cada ítem de la escala la frecuencia con la que ocurre cada síntoma en una escala tipo Likert de 4 puntos: nunca, a veces, a menudo, o siempre. Las propiedades psicométricas de la escala con población española son buenas, con una alta consistencia interna (alpha de Cronbach = 0,89) y una validez convergente adecuada con otra medida de ansiedad ($r = 0,41$) (27).

La escala se completa pidiéndole al niño que lea y siga las instrucciones en el formulario impreso. Se le pide al niño que califique en una escala de 4 puntos: "nunca", "a veces", "a menudo" o "siempre" para indicar con qué frecuencia les sucede cada uno de los elementos. No hay un período de tiempo establecido sobre el cual se debe emitir el juicio.

Interpretación:

Solo se puntúan los 38 ítems de ansiedad.

Las respuestas se puntúan:

Nunca: 0

A veces: 1

A menudo: 2

Siempre: 3

Esto produce un puntaje máximo posible de 114.



Cálculo del puntaje total

La puntuación total es la suma de los elementos 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 12 + 13 + 14 + 15 + 16 + 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23 + 24 + 25 + 27 + 28 + 29 + 30 + 32 + 33 + 34 + 35 + 36 + 37 + 39 + 40 + 41 + 42 + 44.

Cálculo de subescala

Los puntajes de las subescalas se calculan sumando los puntajes individuales de los ítems en el conjunto de ítems de la siguiente manera:

Subescala	Ítems								
Ansiedad de separación	5	8	12	15	16	44			
Fobia social	6	7	9	10	29	35			
Obsesivo compulsivo	14	19	27	40	41	42			
Pánico / agorafobia	13	21	28	30	32	34	36	37	39
Trastorno Postraumático	2	18	23	25	33				
Ansiedad generalizada	1	3	4	20	22	24			

Los elementos de relleno positivo que no se puntúan ni en el puntaje total ni en el puntaje de la subescala incluyen los ítems 11, 17, 26, 31, 38 y 43.

Mediante el programa de sitio oficial de la Escala Spence (Anexo 6) se ingresa los datos por edad y sexo, el programa automáticamente con las respuestas ingresadas nos da resultados en T-Score de la ansiedad, sus subescalas y se interpreta de la siguiente manera:

- **Normal:** 0-59 T-Score.
- **Elevada:** 60-100 T-Score.

APGAR familiar

Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil, se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto, y recursos.

Austin y Huberty en 1989 realizaron dos estudios en los cuales hicieron adaptaciones a las preguntas del APGAR y demostraron la validez y confiabilidad del APGAR familiar para su uso en niños de 8 años de edad.

Consta de 5 preguntas, cada una se puntúa sobre un valor de 0 a 2. (Anexo 2)

Nunca: 0

Algunas veces: 1

Casi siempre: 2

Interpretación:

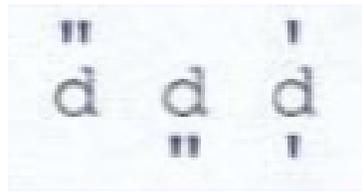
- Funcionalidad normal de 7-10 puntos
- Disfunción moderada de 4-6 puntos.
- Disfunción grave de 0 a 3 puntos (34).

Test de atención D2

El d2 es un test de tiempo limitado que evalúa la atención visual, selectiva y la concentración mental, atendiendo selectivamente a ciertos aspectos relevantes de una tarea mientras se ignoran los irrelevantes; el mismo que ha sido validado previamente, con una fiabilidad mayor al 90% (35).

El test se puede administrar tanto de forma individual como colectiva con una duración entre 8 y 10 minutos. Existe un total de 14 líneas con 47 caracteres, es decir, por un total de 658 elementos; estos estímulos contienen las letras “d” o “p” que pueden estar acompañados de una o dos pequeñas líneas situadas, individualmente o en pareja, en la parte superior o inferior de cada letra.

La tarea del sujeto consiste en revisar atentamente, de izquierda a derecha, el contenido de cada línea y marcar toda letra “d” que tenga dos pequeñas rayitas (las dos arriba, las dos debajo o una arriba y otra debajo) (36).



En el Manual D2 estos elementos (es decir, los estímulos correctos) se conocen como elementos relevantes. Las demás combinaciones (las “p” con o sin rayitas y las “d” con o ninguna rayita) se consideran “irrelevantes” y no deberían ser marcadas. En cada línea el sujeto dispone de 20 segundos. (Anexo 3)

Las puntuaciones resultantes son:

- **TR** (total de respuestas): números de elementos intentados en las 14 líneas.
- **TA** (total de aciertos): número de elementos relevantes correctos.
- **O** (omisiones): número de elementos relevantes intentados, pero no marcados.
- **C** (comisiones): número de elementos irrelevantes marcados.
- **TR +**: línea con mayor número de elementos intentos.
- **TR -**: línea con menor número de elementos intentos.

A partir de estas variables se pueden obtener estos índices:

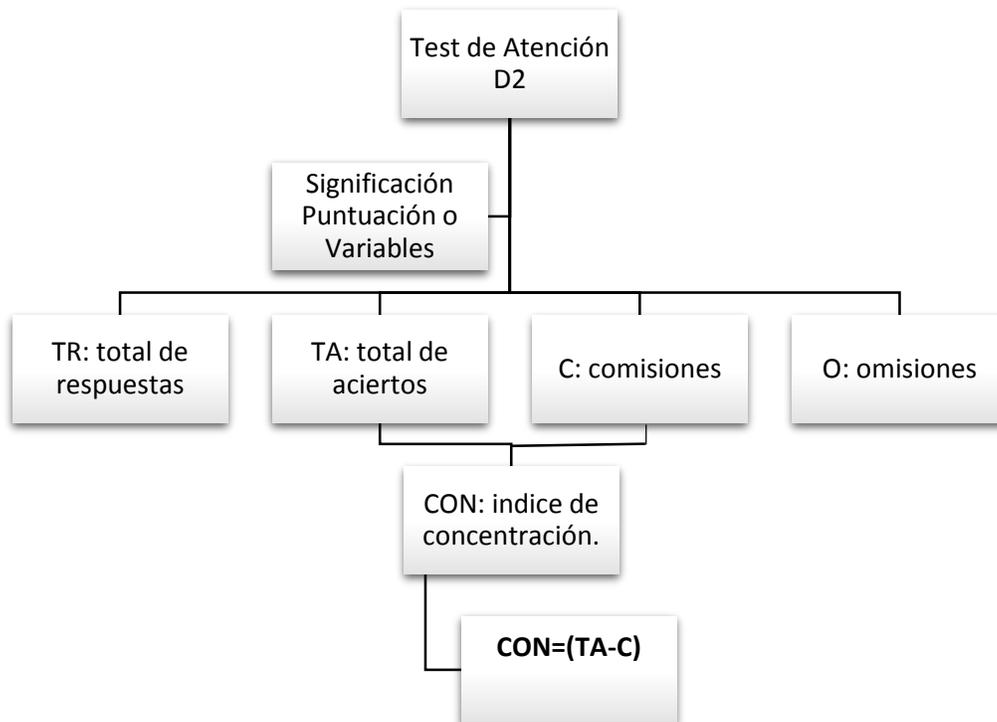
- **TOT** (efectividad total en la prueba): es decir, $TOT = TR - (O + C)$.
- **CON** (índice de concentración): es decir, $CON = TA - C$. La puntuación CON se distribuye normalmente, es muy fiable y proporciona un índice de equilibrio entre la velocidad y

precisión de la actuación de los sujetos. Es por esto que este es el índice que se utilizó en nuestro estudio.

- **VAR** (índice de variación o diferencia): $(TR+) - (TR-)$ (36).

A continuación un cuadro con los pasos para la obtención de la variable CON:

Gráfico 1: Obtención de la variable CON



Fuente: Manual D2

Realizado por: Gabriela Moscoso, Samantha Fajardo.

Escala de autoestima de Rosenberg

La Escala de autoestima de Rosenberg (ERA) es quizás la medida de autoestima más utilizada en la investigación en ciencias sociales, habiendo sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en más de 50 países. La ERA es un instrumento que se compone de diez ítems con un patrón de respuesta dicotómico u ordinal; los patrones ordinales más empleados son aquellos que dan de cuatro a siete opciones de respuesta, desde “muy en desacuerdo” hasta “muy

de acuerdo”. Estos diez incisos, teóricamente, se agregan en una sola dimensión, no obstante, los mismos se distribuyen en dos partes iguales; cinco exploran “autoconfianza” o “satisfacción personal” y los cinco restantes, “autodesprecio” o “devaluación personal” (37).

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa. (Anexo 5)

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.

De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

Resultados

- **Autoestima Elevada:** de 30 a 40 puntos. Considerada autoestima normal.
- **Autoestima Media:** de 26 a 29 puntos. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- **Autoestima Baja:** menos de 25 puntos. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades Psicométricas

La escala ha sido traducida y validada en castellano, la consistencia interna de las escalas se encuentran entre 0.76 u 0.87. La fiabilidad es de 0.80 (37).

2.5 Consecuencias de la Ansiedad en el rendimiento escolar

El bajo rendimiento escolar es un problema frecuente y tiene múltiples causas. El bajo rendimiento escolar es una vía final común de diferentes trastornos, etiologías y mecanismos. Es habitual la presencia de múltiples alteraciones, porque la disfunción cerebral en la niñez generalmente afecta a muchas funciones. Las consecuencias que tenga el bajo rendimiento escolar para el niño dependerán en medida importante de las alteraciones subyacentes (38).

En la literatura se encuentran investigaciones que apoyan la tesis de que los padres, maestros y compañeros desempeñan una función mediadora importante, sobre la probabilidad de que los estudiantes exhiban tendencias ansiosas en el ámbito escolar (Cox, 1966; Cox, 1968; Stevenson, 1965), y dependiendo de los niveles de ansiedad del educando, esta tendencia puede afectar notablemente el desempeño académico de los estudiantes (39).

En el estudio de Gaeta González, a partir de lo reflejado en las pruebas que usaron y con los parámetros establecidos en esa investigación, observaron en los escolares de los últimos años de enseñanza primaria una tendencia a presentar, en promedio, significativos niveles de ansiedad (altos, medio altos y medios) (40).

Según el estudio de García-Fernández et al. los estudiantes con fracaso escolar presentan puntuaciones significativamente más altas en ansiedad ante la evaluación social (41).

En el estudio de Méndez y colaboradores, participaron 84 niñas correspondiente al 45.6% de la población y 100 niños, que corresponden al 54.3%, donde se encontró que la ansiedad se comporta de la siguiente manera: se encuentra que el 44.6% de la muestra total de la población presenta indicadores de ansiedad, mientras que el 55,4%, no presenta ninguno; el 79,9% de la población presenta rendimiento académico bajo, con un 14,1% de presencia de indicadores clínicos de ansiedad; frente a los anteriores resultados, se encuentra que las variables en cuestión, ansiedad y rendimiento académico, en relación a la prueba CMAS - R presentan un nivel de significancia, ya que el comparar el alfa de 0.05, con el obtenido por el análisis del coeficiente de chi-cuadrado de 0.24, se puede decir que existe asociación entre estas variables (42).

En el estudio de Bertoglia Richards, refiere que, si bien los resultados apuntaban mayoritariamente a la existencia de correlaciones negativas entre ansiedad y rendimiento, hubo hallazgos que fueron contradictorios, pues mostraron que, en algunas tareas, los estudiantes ansiosos lograban un mejor rendimiento (43).

Contreras et al. en su estudio donde aplicó la Escala de Autoeficacia Generalizada [EAG] y el Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo [STAI], encontró resultados que evidenciaron que la



autoeficacia está asociada directamente con el rendimiento académico general, mientras que la ansiedad no (44).

Se investigó la relación entre Ansiedad debilitadora medida a través del PMT-K y el rendimiento académico obtenido por el record de notas durante el año escolar en un grupo de 703 sujetos de ambos sexos, entre 12 - 16 años de edad procedentes de colegios particulares, distribuidos en 4 grupos según edad y sexo; se comprobó una correlación inversa estadísticamente significativa entre Ansiedad Debilitadora y Rendimiento Académico en general, y entre aquélla y los cursos específicos de Lenguaje y Matemáticas. Respecto a Ansiedad Debilitadora y Rendimiento Académico considerando el sexo de los sujetos, se encontró que en ambos sexos la relación entre las dos variables es inversa y estadísticamente significativa. Considerando la edad, se verificó que en sujetos menores existe una relación inversa estadísticamente significativa entre Ansiedad debilitadora y rendimiento escolar, que se debería al estado de tensión propio del período que los sujetos atraviesan (13-14 años) (45).

La metodología docente influye de alguna manera en el rendimiento de los estudiantes que presentan ansiedad (46).

Cuando se presenta una ansiedad intensa en las evaluaciones, se convierte en un problema que aumenta enormemente el riesgo de bajo rendimiento y de fracaso de algunos alumnos.

Asimismo, la disminución del desempeño escolar afecta la autoestima, el autoconcepto y el desarrollo personal de los estudiantes, con el consecuente deterioro de su conducta y de sus relaciones interpersonales, especialmente al interior de la escuela. La ansiedad ante las evaluaciones provoca errores producto de la inseguridad y del temor, e inquietud psicomotora, lo que afecta la atención y la memoria, esenciales para un buen desempeño. La ansiedad acompañada de hábitos de estudio deficientes frecuentemente forman parte de la constelación de los factores asociados al bajo rendimiento escolar. El bajo rendimiento en estos casos está en función del trastorno ansioso que el alumno presenta, y de deficiencias severas en sus hábitos de estudio, también afectados por la tensión emocional. Es necesario, para el éxito escolar del alumno ansioso, trabajar en el manejo de la ansiedad y en el desarrollo de adecuados métodos de estudio y de



evaluaciones que consideren el aspecto emocional en la interacción educativa, como factor importante en el proceso y resultados del aprendizaje. La intensidad de la tensión emocional que el alumno experimenta depende en parte de las valoraciones cognitivas que haga de las evaluaciones, del grado en que las perciba como amenazantes y de la medida en que se perciba como incapaz de afrontarlas (47).

CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La prevalencia de ansiedad de escolares de la escuela “Sagrado Corazón” es mayor a 30% (1) y está asociada a edad, sexo, año que cursa, funcionalidad familiar, autoestima y atención.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de ansiedad y factores asociados en estudiantes de la escuela “Sagrado Corazón” Cuenca. 2017.

3.2.2 Objetivo específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables demográficas.
- Establecer la prevalencia de ansiedad en el grupo de estudio.
- Identificar los factores asociados a la ansiedad en la población de estudio.
- Determinar la relación entre ansiedad y factores asociados en la población de estudio.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Estudio transversal.

4.2 Área de estudio

Este estudio se realizó en la escuela “Sagrado Corazón” de las Madres Oblatas, ubicada en el paseo 3 de noviembre y bajada de Todos Santos junto al “Puente Roto” de la ciudad de Cuenca-Ecuador.

4.3 Universo y Muestra

4.3.1 Universo

Estuvo constituido por todos los estudiantes matriculados en el año lectivo septiembre 2017 a julio 2018, que se estaban cursando quinto grado a décimo de educación básica de la escuela “Sagrado Corazón”; sin embargo, para lograr representatividad de la muestra, el universo fue considerado como infinito.

4.3.2 Muestra

La muestra fue probabilística, aleatoria y representativa del universo; para su cálculo se utilizó la fórmula indicada para estudios transversales:

$$n = \frac{(N Z^2) \cdot p \cdot q}{e^2(N - 1) + (Z^2 \cdot p \cdot q)}$$

Dónde:

N= población total

Z²= nivel de confianza

p = probabilidad de ocurrencia (prevalencia, los que tienen la enfermedad)

q = probabilidad de no ocurrencia (los que no tienen la enfermedad)

e^2 = error

Tamaño de la población (N) = infinita.

Frecuencia esperada (p) = 30 % (1,10)

Nivel de confianza (Z) = (IC 95%)

Precisión o amplitud del intervalo de confianza = 5%

Pérdidas esperables = 5%

El resultado obtenido fue de 318 estudiantes, a este valor encontrado se le adicionó un 5% tomando en cuenta las pérdidas esperadas, obteniéndose una muestra de 328 estudiantes.

4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de cualquier edad y sexo matriculados en el período septiembre 2017 a junio 2018 de quinto a décimo año de básica.
- Estudiantes cuyos padres firmaron el consentimiento informado. (Anexo 7)

4.4.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes con diagnóstico de enfermedad mental que impida su participación.
- Estudiantes con alguna discapacidad auditiva o visual que no le permita completar la encuesta.
- Estudiante que el día de la aplicación de la encuesta no asistió a la escuela.

4.4.3 No se establecieron criterios de eliminación.

4.5 Variables

- Variable dependiente: ansiedad
- Variable independiente: edad, sexo, año que cursa, funcionalidad familiar, autoestima y atención.
- No se consideraron variables de confusión.

4.6 Operalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo cronológico desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Temporal	Años cumplidos	Cuantitativa Numérica: Niñez (8-9) Primera etapa de la adolescencia (10-14)
Sexo	Condición biológica que clasifica en mujeres y hombres.	Dimensión fenotípica	Características sexuales secundarias que se pueden observar.	Cualitativa Nominal: Femenino Masculino
Año que cursa	Nivel de estudio de educación básica en el que se encuentra el estudiante.	Académica	Nivel de estudio al momento de la encuesta.	Cualitativa Ordinal: Básica media (5°-7°) Básica superior (8-9 y 0°)
Residencia	Lugar donde vive actualmente.	Geográfica	Lugar de residencia referido por el estudiante en la encuesta.	Cualitativa Nominal: Urbana Rural
Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	Psicosocial	Test de APGAR Familiar	Cualitativa Ordinal: 0-3: disfunción grave



				4-6: disfunción leve 7-10: normofuncional
Ansiedad	La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en que anticipa una posible amenaza, y prepara al individuo para actuar.	Psicosocial	Test de valoración de la ansiedad de Spence.	Cualitativa Ordinal: Normal: 0-59 T-score. Eleuada: 60-100 T-score. Cualitativa Nominal: -Ansiedad generalizada -Pánico-agarofobia -Ansiedad por separación -Fobia social -Ansiedad Postraumática -Obsesivo compulsivo
Atención	Percepción que funciona como filtro de los estímulos ambientales, evaluando cuales son los relevantes y seleccionando cuales son más	Psicológica	Criterio CON del Test de D2	Cualitativa ordinal: Sobresaliente: percentil 85-100. Muy buena: percentil 55-84.



	importantes para un procesamiento profundo.			Buena: percentil 30-54. Regular: percentil 10-29 Deficiente: percentil 0-9. Cualitativa nominal: -Adecuada: si la puntuación corresponde a sobresaliente, muy buena y buena. -Inadecuada: si califica como regular o deficiente (35).
Autoestima	Aprecio o consideración que uno tiene de sí mismo.	Psicosocial	Escala de autoestima de Rosenberg	Cualitativa Ordinal: 30-40: autoestima elevada 26-29: autoestima media <25: autoestima baja

4.7 Métodos, técnicas e instrumentos

Método: observacional

Técnica: aplicación de una encuesta

Instrumentos:

- a. Formulario: con variables demográficas y ciertos factores asociados (edad, sexo, año que cursa, residencia)
- b. Test de SPENCE
- c. Test de APGAR familiar
- d. Escala de Autoestima de Rosenberg.
- e. Escala de atención D2

4.8 Procedimientos

El protocolo de investigación fue aprobado por la Comisión de Proyectos de Investigación, Comité de Bioética y del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

La recolección de datos se realizó por las autoras, en la escuela “Sagrado Corazón”, en base a la aplicación autoaplicada de los formularios (Anexo 1, 2, 3, 5), en un tiempo aproximado de 20 minutos. Se solicitó la autorización pertinente para la aplicación de los formularios mediante un oficio dirigido a la directora de la escuela “Sagrado Corazón”.

Previo a la aplicación de los formularios se acudió a la escuela para explicar y motivar a los estudiantes en la participación de la investigación, cuales son los objetivos esperados, para que a su vez puedan transmitir a sus padres a que autoricen, mediante el consentimiento informado (Anexo 7) y a los estudiantes mayores de 12 años también se les entregó el asentimiento informado (Anexo 8) previo a la realización de la investigación.

El proceso de elaboración del protocolo de investigación, la recolección de datos, el análisis y la elaboración del informe final estuvo supervisado y apoyado por el director/asesor de la tesis.

4.9 Plan de tabulación y análisis

- Una vez terminada la recolección de datos se procedió a la interpretación de cada una de las escalas. Para la Escala de Ansiedad de Spence se ingresó al sitio web Spence Children's Anxiety Scale, en donde mediante el Automatic Scoring Questionnaire pdf (Anexo 6) se obtuvieron los percentiles para la valoración según edad y sexo (48). Para el test de atención D2 se obtuvieron las variables antes citadas en el marco teórico y se calculó el índice CON obteniendo los percentiles a través de la tabla de baremos incluidas en el Manual D2 (49).
- Luego se realizó una base de datos en Excel.
- La información se procesó y analizó a través del programa estadístico SPSS versión 22 para Windows.
- Para la elaboración del informe final y la presentación de datos se utilizó el programa Word mediante tablas. Para las variables cualitativas y cuantitativas se utilizó frecuencias y porcentajes.
- Para el análisis de la relación entre ansiedad y sus factores asociados se usó el Chi cuadrado, Odds Ratio, intervalo de confianza al 95% y valor de p (considerado diferencias estadísticamente significativas a valores <0.05).

4.10 Aspectos éticos

La presente investigación no transgredió los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia; así como la legislación y normativa vigente en el Ecuador, en materia de salud e investigación para la salud. Este estudio guardó absoluta confidencialidad y no conllevó riesgos. A los participantes mayores de 12 años se solicitó el asentimiento informado y a todos se les solicitó firmar el consentimiento informado por sus padres previa a la aplicación de la encuesta. La información obtenida tiene uso exclusivo para cumplimiento de la investigación.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Cumplimiento del estudio

Se aplicó el formulario a 328 escolares, y no hubo pérdidas.

5.2. Análisis de los resultados

Tabla 1. Distribución de 328 estudiantes de la escuela “Sagrado Corazón”, según características demográficas. Cuenca, 2017.

Características Demográficas		n=328	%=100
Edad *	Niñez (8-9)	82	25
	Primera etapa adolescencia (10-14)	246	75
Sexo	Masculino	111	33,8
	Femenino	217	66,2
Año que cursa	Básica media (5°-7°)	184	56,1
	Básica superior (8°-10°)	144	43,9
Residencia	Urbana	261	79,6
	Rural	67	20,4

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: Gabriela Moscoso, Samantha Fajardo.

* Media 10,86 años. Desvío estándar (DS) 1,66 años.

La media de edad en la muestra fue de 10,8 años, entre un mínimo de 8 y un máximo de 14 años. El grupo etario predominante correspondió a la primera etapa de la adolescencia, cuyas edades oscilan entre los 10-14 años representando un porcentaje del 75% (246 estudiantes). El sexo femenino fue el de mayor frecuencia en relación al masculino con el 66,2% (217 estudiantes). La mayoría de estudiantes se encontraban cursando básica media correspondiendo el 56,1% (184 estudiantes). En un 79,6% (261 estudiantes) residían en la zona urbana.

Tabla 2. Distribución de 328 estudiantes de la escuela “Sagrado Corazón”, según prevalencia de ansiedad. Cuenca, 2017.

Ansiedad	n=328	%=100
Normal	195	59,5
Elevado	133	40,5

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: Gabriela Moscoso, Samantha Fajardo.

La prevalencia de la ansiedad de la escuela “Sagrado Corazón” fue de 40,5%.

Tabla 3. Distribución de 328 estudiantes de la escuela “Sagrado Corazón”, según tipos de ansiedad. Cuenca, 2017.

Tipos de la ansiedad	Normal		Elevado	
	n	%	n	%
Pánico y Agorafobia	212	64.6	116	35.4
Ansiedad por separación	167	50.9	161	49.1
Miedos Físicos	217	66.2	111	33.8
Fobia Social	219	66.8	109	33.2
Trastorno Obsesivo Compulsivo	226	68.9	102	31.1
Ansiedad generalizada	211	64.3	117	35.7

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: Gabriela Moscoso, Samantha Fajardo.

El subtipo de ansiedad más frecuente fue ansiedad por separación con 49,1% (161 estudiantes), siguiéndole con un 35,7% (117 estudiantes) ansiedad generalizada y en tercer lugar pánico y agorafobia con un 35,4% (116 estudiantes).

Tabla 4. Distribución de 328 estudiantes de la escuela “Sagrado Corazón”, según relación entre ansiedad y factores asociados. Cuenca, 2017.

Factores Asociados	Ansiedad				RP	IC (95%)	p
	Elevado		Normal				
	f	%	F	%			
Edad							
Primera etapa adolescencia (10-14)	107	80,5	139	71,3	1,65	(0,97-2,81)	0,06
Niñez (8-9)	26	19,5	56	28,7			
Sexo							
Femenino	102	76,7	115	59,0	2,28	(1,39-3,74)	0,001
Masculino	31	23,3	80	41,0			
Año que cursa							
Básica media (5°-7°)	69	51,9	105	59,0	0,75	(0,48-1,16)	0,20
Básica superior (8°-10°)	64	48,1	80	41,0			
Residencia							
Urbana	103	77,4	158	81,0	8,80	(0,46-1,38)	0,63
Rural	30	22,6	37	19,0			
Funcionalidad familiar							
Disfuncional	37	27,8	27	13,8	2,39	(1,37-4,18)	0,002
Normo funcional	96	72,2	168	82,2			
Autoestima							
Baja	74	55,6	68	34,9	2,34	(1,49-3,67)	0,00
Elevada	59	44,4	127	65,1			
Atención							
Inadecuada	79	59,4	110	56,4	1,13	(0,72-1,76)	0,59
Adecuada	54	40,6	85	43,6			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por: Gabriela Moscoso, Samantha Fajardo.

Estar en la primera etapa de la adolescencia es un factor de riesgo para tener ansiedad según la RP que es 1,65; en comparación a la niñez, sin embargo el límite inferior del intervalo de confianza nos dice que en ocasiones es un factor de protección (IC 95% 0,97-2,81). Esta asociación no es estadísticamente significativa ($p=0,06$).

Pertenecer al sexo femenino es un factor de riesgo para la ansiedad según la RP 2,28 en comparación a los estudiantes de sexo masculino. Esta asociación si es estadísticamente significativa ($p= 0,001$).

Corresponder a básica media es un factor de protección para tener ansiedad según la RP que es 0,75; en comparación a la básica superior. Esta asociación no es estadísticamente significativa ($p=0,20$).

Vivir en la zona urbana es un factor de riesgo para presentar ansiedad en relación con los que habitan en el área rural, sin embargo el límite inferior del intervalo de confianza nos dice que a veces también puede ser un factor protector (IC 95% 0,46-1,38). Esta asociación no es estadísticamente significativa ($p = 0,63$).

Pertenecer a una familia disfuncional es un factor de riesgo, es 2,39 veces mayor probabilidad para desarrollar ansiedad, en relación a los estudiantes que pertenecen a una familia normo funcional. Si existe asociación estadísticamente significativa ($p = 0,002$).

Tener una autoestima baja es un factor de riesgo según el RP 2,34 veces mayor probabilidad para desarrollar ansiedad en relación a los estudiantes que tiene autoestima elevada. Esta asociación si es estadísticamente significativa ($p=0,00$).

La atención inadecuada es un factor de riesgo 1,13 veces mayor probabilidad para presentar ansiedad, en relación a los que tienen una atención adecuada. Sin embargo el límite inferior del intervalo de confianza nos manifiesta que en ocasiones esta variable se puede comportar como un factor protector (IC 95% 0,72-1,76). Esta asociación no es estadísticamente significativa ($p = 0,59$).

5.3. Contrastación de hipótesis

La hipótesis estadística de este estudio fue planteada para comprobar si existe asociación o no de la ansiedad con ciertos factores. Además determinar la prevalencia de esta enfermedad.

En el presente estudio se rechazó la hipótesis nula (H_0) y se aceptó la hipótesis de trabajo, al establecer que la prevalencia de ansiedad es superior al referido en la literatura científica.

Con respecto a los factores asociados, se rechazó la hipótesis nula (H_0) al demostrar que si existe asociación estadísticamente significativa con: sexo, funcionalidad familiar y autoestima.



Con respecto a los factores asociados, no se rechaza la hipótesis nula (H_0) al demostrar que no existe asociación estadísticamente significativa con: edad, instrucción, residencia y atención.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Concluida la investigación se encontró una prevalencia de 40,5%, es así que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo planteada, que establecía que la prevalencia de ansiedad sería mayor al 30%. Según la autora Palacios C. en el 2016 en la ciudad de Cuenca en 425 niños de cuarto de básica de 13 escuelas diferentes se obtuvo una prevalencia de ansiedad de 7,6%, la ansiedad por separación es la más frecuente con un 39,2% lo que es similar a nuestro estudio en donde se encontró un 49,1% (12).

Según Ochoa y Pérez en una investigación realizada en el 2012 en España, se señala que el trastorno de ansiedad escolar afecta principalmente a niños entre 11-14 años de edad, a pesar de que la ansiedad puede tener su inicio a partir de los 5 años porque es la edad donde experimentan más la separación de sus familiares y es en ésta edad donde se inicia su etapa escolar en su mayoría (22). En nuestro estudio la media fue de 10,8 años, demostrando que la primera etapa de la adolescencia de 10-14 años es el grupo que más frecuencia de ansiedad presenta con el 80,5%.

El sexo femenino presentó un 76,7% de prevalencia de ansiedad en relación al sexo masculino con el 23,3%. Cabe recalcar que la población de este estudio estaba conformada por un 66,2% de niñas. Según Orgilés et al. también las niñas presentan mayor prevalencia que los niños (8), en el estudio realizado por Crane et al. las niñas presentan más síntomas de ansiedad en comparación con los niños (7), lo que podría deberse a que aún vivimos en un mundo en el que la violencia y diferencia de género está marcada, el ser niña o mujer significa ser pasiva, emotiva y dependiente.

En un estudio realizado en el cantón Gualaceo-Ecuador por Ríos et al. en 310 estudiantes, al analizar la variable escolaridad, se encontró que los estudiantes de quinto año presentaron una prevalencia de ansiedad alta con el 18,8%, en comparación con los estudiantes de sexto y séptimo año de básica que se observó niveles de ansiedad media y baja respectivamente (20). Similar a nuestro estudio en donde se evidenció mayor frecuencia de ansiedad elevada de quinto a séptimo año con un 51,9% en comparación de básica superior donde se presenta con menor frecuencia.

Como se evidenció en los resultados, existe más frecuencia de ansiedad en la zona urbana que la rural; en un estudio realizado por Diala y colaboradores encuentran que los niños que viven en zonas urbanas tiene 2 veces más riesgo de tener ansiedad que los que viven en zonas rurales, el estudio tiene significancia estadística, esto se puede explicar ya que en las ciudades existen más factores ansiógenos, tales como inseguridad, los padres deben trabajar, provocando que los niños permanezcan solos, agregando más responsabilidades de las que deberían tener en sus vidas (23).

En una investigación de corte trasversal realizada por Abambari et al. en el cantón Santa Isabel-Ecuador, en el 2013, en una muestra de 428 adolescentes encuestados en lo referente a la asociación entre disfuncionalidad familiar se observó que el 27.5% presentó ansiedad versus el 10,4% de jóvenes con familias funcionales; la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de ansiedad con Odds ratio de 3.25 (IC 95% 1.84-5.74) con un valor de $p < 0.05$ (50). En el presente estudio se encontró disfuncionalidad familiar, en un porcentaje de 27,8% en los estudiantes que presentaron ansiedad, con un Odds ratio de 2,39 (IC 95% 1,37-4,18) con un valor de $p = 0,002$, una cifra similar en comparación con el estudio referido.

En un estudio de Herrera P. en Cuba, considera que la familia es la unidad básica donde se presenta la salud y la enfermedad, las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de salud y enfermedad (51).

En el estudio realizado en España por Martínez et al. año 2014, se evidenció que existe relación entre autoestima baja y mayores niveles de ansiedad, en nuestro estudio encontramos que existe 2,34 veces más probabilidad de presentar ansiedad si tiene autoestima baja (52).

La prevalencia de los Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes con TDAH es altamente significativa, en muchos casos como consecuencia del impacto negativo académico, personal, social y familiar del trastorno. Los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia del 34% en niños con TDAH, pasando a un 40% en la población (53). En nuestro estudio se observó una frecuencia



de 59,4% de estudiantes que presentaban atención inadecuada con un factor de riesgo de 1,13 veces mayor probabilidad para presentar ansiedad, en relación a los que tienen una atención adecuada.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- La prevalencia de ansiedad en la escuela “Sagrado Corazón” es de 40,5%, lo cual se encuentra dentro de los intervalos encontrados en otras investigaciones.
- En la población de estudio el sexo femenino fue el de mayor frecuencia con 66,2%. El grupo etario más frecuente son los estudiantes que se encontraban en la primera etapa de la adolescencia con un 75%. El 56,1% se encontraban cursando básica media. Residían en la zona urbana el 79,6%.
- En cuanto a los factores asociados a la ansiedad están en la primera etapa de la adolescencia el 80,5%, sexo femenino con el 76,6%, básica media con el 51,9%, residencia urbana con 71,4%, familia disfuncional con 27,8%, autoestima baja con 55,6% y atención inadecuada con 59,4%.
- Se concluye que los factores de riesgo en este estudio fueron pertenecer a una familia disfuncional, tener autoestima baja y ser del sexo femenino. Es factor protector estar cursando básica media y son factores de riesgo y en ocasiones protectores la edad, vivir en una zona urbana y atención inadecuada.

RECOMENDACIONES:

- La ansiedad es una problemática tangible a nivel escolar, es por eso de suma importancia su detección oportuna, para de esta manera evitar consecuencias negativas en la adolescencia y adultez, a partir de la implementación de métodos de diagnóstico precoz en las instituciones educativas.
- Se debería realizar talleres para fomentar la relación de los estudiantes y familia para mejorar la relación familiar y confianza dentro de ella.



- Promover programas de intervención en mejora de la autoestima de los estudiantes, mediante la capacitación a los docentes y padres de familia de la institución “Sagrado Corazón”.
- Se debería plantear nuevas investigaciones para establecer de mejor manera la relación de la ansiedad escolar y otros factores relacionados.
- Es importante implementar por parte del MSP a nivel de la atención primaria la detección de esta problemática, durante el control del niño sano, utilizando la escala de SPENCE.

CAPÍTULO VIII

8. 1 BIBLIOGRAFÍA

8.1.1 Referencias bibliográficas:

1. Hernandez L, Bermúdez G, Spence S. Spanish version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (PDF Download Available) [Internet]. 2012 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/279670771_Spanish_version_of_the_Spence_Children's_Anxiety_Scale_SCAS.
2. Sotelo L, Sotelo N, Dominguez S. ANÁLISIS PSICOMÉTRICO PRELIMINAR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA (AMAS-A) EN ADULTOS LIMEÑOS [Internet]. 2012 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v14_2012_1/pdf/a04v14n1.pdf.
3. Riveros E. Adaptación y Validación de la Escala de Ansiedad manifiesta en niños (CMASR2) para población colombiana [Internet]. 2015 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en:
<http://ibero-repositorio.metabiblioteca.org/bitstream/001/346/1/BDIGITAL-IBERO%E2%80%9494CAH-2015-SPA-ADAPTACI%C3%93N%20Y%20VALIDACI%C3%93N%20DE%20LA%20ESCALA%20DE%20ANSIEDAD%20MANIFIESTA%20EN%20NI%C3%91OS%20%28CMAS-R2%29%20PARA%20POBLACION%20COLOMBIANA.pdf>.
4. Arrieta K, Cardenas S. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados [Internet]. [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100003.
5. Infante A. Transtornos de Ansiedad en Atención Primaria [Internet]. 2016 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en:
<http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado01/introduccion.html>.
6. Gold A. Trastornos de ansiedad en niños. Arch Pediatría Urug. 2015;77(1):34–8.

7. Crane Amaya A, Campbell M. Una comparación transcultural de síntomas de la ansiedad entre niños colombianos y australianos. *Electron J Res Educ Psychol* [Internet]. 2010 [citado 4 de septiembre de 2017];8(21). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=293122002003>.
8. Orgilés M, Méndez X, Espada JP, Carballo JL, Piqueras JA. Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 1 de abril de 2012;5(2):115–20.
9. López C, Alcántara M, Fernández V. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica entre 8 a 12 años mediante el CBCL [Internet]. 2015 [citado 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/167/16713079017/>.
10. Delgado L, Gómez M. Prácticas de Crianza y su Relación con la Ansiedad Infantil [Internet]. 2015 [citado 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/3311/Practicas_crianza_relacion.pdf?sequence=1.
11. Tayeh P, Agámez P, Chaskel M. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. *Rev Precop SCP*. 1 de abril de 2016; 9-10. [Internet]. Disponible en: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>.
12. Palacios C. Relación entre ansiedad, inteligencia y rendimiento académico en estudiantes de cuarto año de básica de dieciséis escuelas de la ciudad de Cuenca. Cuenca, 2016 [citado 20 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5711/1/12031.pdf>.
13. García JM, Inglés C, Lagos San Martín N. Ansiedad escolar según género y edad en una muestra de adolescentes chilenos. *School anxiety according to gender and age in a sample of Chilean adolescents* [Internet]. 2014 [citado 30 de agosto de 2017]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/48556>.

14. Orgilés M, Fernández-Martínez I, Gonzálvez MT, Espada JP. Niños con síntomas de ansiedad por separación: un estudio de sus hábitos y problemas de sueño. *Ansiedad Estrés*. 1 de julio de 2016;22 (2):91–6.
15. Astudillo M, Inga A. Repositorio Digital de la Universidad de Cuenca: Frecuencia de ansiedad y depresión en niñas y adolescentes de la casa de acogida “Miguel León” del Cantón Cuenca-Ecuador, 2016 [Internet]. 2016 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25503>.
16. Ordoñez A. Estudio longitudinal sobre la Inhibición Conductual en la infancia, sus factores asociados y su relación con el desarrollo de los trastornos de ansiedad [Internet]. Jaén : Universidad de Jaén; 2016 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://ruja.ujaen.es/handle/10953/732>.
17. Gómez-Restrepo C, Aulí J, Tamayo Martínez N, Gil F, Garzón D, Casas G. Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 1 de diciembre de 2016;45:39–49.
18. Navas W, Vargas M. Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para primaria [Internet]. 2012 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.
19. Rodríguez J, Contreras C. Algunos datos recientes sobre la Fisiopatología de los trastornos por ansiedad [Internet]. 2012 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema3/documentos/C9D_2.pdf
20. Ríos V, Rodas F, Quintero S. Prevalencia de conducta ansiógena y factores asociados, en niños de quinto a séptimo de básica de las escuelas “Santo Domingo de Guzmán” y “Brasil” del Cantón de Gualaceo, año lectivo 2011-2012 [Internet]. 2012 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3428/1/MED115pdf>.

21. Larenas F. Enfermedades de Adultos ahora se presentan en adolescentes [Internet]. 2014 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1234:mayo-21-2014&Itemid=356.
22. Ochoa G, Peris S. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica [Internet]. 2012 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-11/actualizacion-de-la-ansiedad-en-la-edad-pediatrica/>.
23. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, Streit F, Tost H, Schuch P, et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*. 22 de junio de 2011;474(7352):498–501.
24. Jadue J G. ALGUNOS EFECTOS DE LA ANSIEDAD EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR. *Estud Pedagógicos Valdivia*. 2001;(27):111–8.
25. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Medica Hered*. abril de 2014;25(2):57–9.
26. Seijo D, Novo M, Carracero S. Efectos de la ruptura de los progenitores en la salud física y psicoemocional de los hijos [Internet]. 2014 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.ase mip.org/content/2135-efectos-de-la-ruptura-de-los-progenitores-en-la-salud-fisica-y-psicoemocional-de-los-hijos#.WaY3W7LyjIV>.
27. Couoh C, Góngora A, García A, Macías I. Ansiedad y autoestima en escolares de educación primaria de Mérida, Yucatán. [Internet]. 2014 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29242800007.pdf>.
28. Bloemasma JM, Boer F, Arnold R, Banaschewski T, Faraone SV, Buitelaar JK, et al. Comorbid anxiety and neurocognitive dysfunctions in children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. abril de 2013;22(4):225–34.

29. González-Castro P, Rodríguez C, Cueli M, García T, Alvarez-García D. State, trait anxiety and selective attention differences in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) subtypes. *Int J Clin Health Psychol.* 2015;105–12.
30. Carmen Ospina-Ospina F, Hinestrosa-Upegui M, Paredes M, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev. Salud pública [revista en la Internet].* 2011 Dic. 13 (6): 908-920. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600004&lng=es.
31. Galiano M, Castellanos L, Moreno T. Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. *Rev Cubana Pediatr [Internet].* 2016 Jun [citado 2016 Jun 13]; 88(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000200008&lng=es.
32. Essau CA, Anastassiou-Hadjicharalambous X, Muñoz LC. Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) in Cypriot children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2011 Oct;42(5):557-68. doi: 10.1007/s10578-011-0232-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21630020>.
33. Wigham S, McConachie H (2014) Systematic Review of the Properties of Tools Used to Measure Outcomes in Anxiety Intervention Studies for Children with Autism Spectrum Disorders. *PLoS ONE* 9(1): e85268. doi:10.1371/journal.pone.0085268. Disponible en <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0085268>.
34. Suárez M, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. [Internet]. 2014 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
35. Novillo K. Prevalencia de los problemas de atención en niños, niñas, adolescentes de 8 a 12 años de edad en el servicio de pediatría del Hospital José Carrasco Arteaga y su relación con factores asociados. Cuenca, 2014-2015. 2016 [citado 30 de agosto de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23864>



36. Jiménez JE, Hernández S, García E, Díaz A, Rodríguez C, Martín R. Test de atención D2: Datos normativos y desarrollo evolutivo de la atención en educación primaria. *Eur J Educ Psychol* [Internet]. 2012 [citado 30 de agosto de 2017];5(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=129324775008>
37. Cogollo Z, Campo-Arias A, Herazo E. Rosenberg' Self-Esteem Scale: Internal Consistency and Dimensionality in Middle-School Student in Cartagena, Colombia. *Psychol Av Discip*. julio de 2015;9(2):61–71.
38. Bruce K. Shapiro, BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR: UNA PERSPECTIVA DESDE EL DESARROLLO DEL SISTEMA NERVIOSO, *Rev. Med. Clin. CONDES* - 2011; 22(2) 218-225.
39. Hernández-Pozo, MR, Coronado Álvarez, O., Araújo Contreras, V., & Cerezo Reséndiz, S. (2008). DESEMPEÑO ACADÉMICO DE UNIVERSITARIOS EN RELACIÓN CON ANSIEDAD ESCOLAR Y AUTO-EVALUACIÓN. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 13-23.
40. Gaeta González, L., Martínez-Otero Pérez, V., LA ANSIEDAD EN ALUMNOS MEXICANOS DE PRIMARIA: VARIABLES PERSONALES, ESCOLARES Y FAMILIARES, Universidad Complutense de Madrid, *Revista Iberoamericana de Educación*. N.º 66 (2014), pp. 45-58.
41. García-Fernández, José M., Martínez-Monteagudo, María C., Inglés, Cándido J.. ¿CÓMO SE RELACIONA LA ANSIEDAD ESCOLAR CON EL RENDIMIENTO ACADÉMICO? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* [en línea] 2013, 4 (Enero-Sin mes): [Fecha de consulta: 12 de julio de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245126428003>> ISSN 2171-2069
42. Moreno Méndez, Jaime, Escobar Altare, Andrea, Vera Maldonado, Anderssen, Beltrán Saavedra, Diego, Castañeda Maldonado, Ivonne. Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares. *Psychologia. Avances de la disciplina* [en línea] 2009, 3

(Julio-Diciembre): [Fecha de consulta: 12 de julio de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531004>> ISSN 1900-2386

43. Bertoglia Richards, Luis., ANSIEDAD Y RENDIMIENTO EN ADOLESCENTES ESCOLARES. UNA ALTERNATIVA DE ACCIÓN, *Psico perspectivas Revista de la Escuela de Psicología Facultad de Filosofía y Educación Pontificia Universidad Católica de Valparaíso* vol. IV / 2005 [pp. 27 - 32].
44. Contreras, Françoise, Espinosa, Juan Carlos, Esguerra, Gustavo, Haikal, Andrea, Polanía, Alejandra, & Rodríguez, Adriana. (2005). AUTOEFICACIA, ANSIEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ADOLESCENTES. *Diversitas*, 1(2), 183-194.
45. García-Zapatero de Villegas, G., ANSIEDAD DEBILITADORA Y RENDIMIENTO ESCOLAR *Revista de Psicología, Departamento de psicología, Pontificia universidad católica del Perú*, Vol. 1, No. 1 (1983).
46. Sánchez García M. J., Parra Delgado M., Sánchez Núñez T., Montañas Rodríguez J., Blanc Portas P., DIFERENCIAS DE ANSIEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE CON CRÉDITOS ECTS *Departamento de Psicología, Universidad de Castillo-La Mancha. Ensayos* 2006 (21), 203-215.
47. Jadue J., Gladys ALGUNOS EFECTOS DE LA ANSIEDAD EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR. *Estudios Pedagógicos*, núm. 27, 2001, pp. 111-118.
48. Spence S. Automatic Scoring Questionnaire, [Internet]. [citado 1 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.scaswebsite.com/1_1_.html
49. Brinckenkamp R., *Manual Test de Atención D2*. Cuarta Ed. Alemania. 2012.
50. Abambari C., Zhunio D., Romero A. La disfunción familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel. Ecuador. 2013; 5(1). Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/161>

51. Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 13(6): 591-595.
52. Martínez O., Piqueras J., Riquelme M. Aceptación/Rechazo social infantil: Relación con problemas emocionales e inteligencia emocional. *Av.psicol.* 2014. 22 (2). Disponible en: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014_2/205_Piqueras.pdf
53. Tapia S. Comorbilidad TDAH-Ansiedad en niños y adolescentes. [Internet]. 2015 [citado 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/comorbilidad-tdah-ansiedad-en-ninos-y-adolescentes.html#>

8.1.2 Bibliografía general

1. Balcázar R. La Atención Sostenida en niños y niñas de 7 a 10 años de la Escuela Juan Isaac Lovato que presentan Ansiedad. Universidad central del Ecuador. Quito. 2015. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7859/1/T-UCE-0007-52pi.pdf>
2. Carrillo F, Godoy A, Gavino A. Escala de ansiedad infantil Spence: fiabilidad y validez de las versión española. *Behavior Phisicology*. [Internet]. España. 2012 [citado 30 de agosto de 2017];20(3). Disponible en: http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=558
3. Cogollo Z, Campo-Arias A, Herazo E. Rosenberg' Self-Esteem Scale: Internal Consistency and Dimensionality in Middle-School Student in Cartagena, Colombia. *Psychol Av Discip.* julio de 2015;9(2):61–71.
4. Franco Nerín, N., Pérez Nieto, M. Á., & de Dios Pérez, M. J. Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes.* Madrid.2016.Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4771/477147184006/>



5. Gómez F., Ponce E., Una nueva propuesta para la interpretación de Family Apgar (Versión en Español). México. Rev UNAM.2012.17(4)):102-106. Disponible en: http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/21348/2014
6. Highland L. Universidad Autónoma de Aguas Calientes.2016. Atención y ansiedad manifiesta en niños identificados como víctimas de Bullying. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/123456789/637>
7. Jiménez JE, Hernández S, García E, Díaz A, Rodríguez C, Martín R. Test de atención D2: Datos normativos y desarrollo evolutivo de la atención en educación primaria. Eur J Educ Psychol [Internet]. 2012 [citado 30 de agosto de 2017];5(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=129324775008>
8. Ministerio de Educación. Educación General Básica. Disponible en: https://educacion.gob.ec/educacion_general_basica/
9. Padilla C. Tratamiento cognitivo conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Vol. 1. N°. 2 - Julio 2014 - pg 157-163. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4771/477147184007/>
10. Reyes A. Trastornos de Ansiedad Guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento [Internet]. 2013 [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>



8.2 ANEXOS:

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
ESCALA DE SPENCE

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: M [] F []

AÑO QUE CURSA: _____

RESIDENCIA: URBANA [] RURAL []

Lea y coloque una X en el cuadrado dependiendo de su respuesta.

Table with 5 columns: Question, Nunca, A veces, Muchas veces, Siempre. Contains 15 items related to anxiety symptoms.



16. <i>Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir a la escuela.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. <i>Soy bueno en los deportes.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. <i>Me dan miedo los perros.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. <i>No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. <i>Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. <i>De repente empiezo a temblar sin motivo.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. <i>Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. <i>Me da miedo ir al medio o al dentista.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
24. <i>Cuando tengo un problema me siento nervioso.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. <i>Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. <i>Soy una buena persona.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. <i>Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo un numero o una palabra) para evitar que algo malo me pase.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. <i>Me da miedo viajar en autobús, auto o tren.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. <i>Me preocupa lo que otras personas piensa de mí.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. <i>Me da miedo estar en lugares donde esta mucha gente (centros comerciales, cine, parques.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. <i>Me siento feliz.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. <i>De repente tengo mucho miedo sin motivo.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. <i>Me da miedo los insectos o las arañas.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. <i>De repente me siento mareado o siento que me voy a desmayar sin motivo.....</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre



35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Escribe que es..... ¿Con qué frecuencia te pasa?.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre



Anexo 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
APGAR FAMILIAR

Lea las siguientes preguntas y marque con una X su respuesta.

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo.			
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos.			



Anexo 3

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
TEST DE ATENCIÓN D2

1	d d p d d p p d p d d d d p p d d d d d d p d d p p d d d p p d d d p
2	p d p p d d d d p d d d d p d d p d d d d p d d d d p d p d d d d p d d d
3	d d d d p p p d p d p p d d p d d p d d p d d p d d p d d p d d p d d d d p d
4	d d p d d d p p d p d d d d p d p p d d d d d d p d p d d d p d d p d d p
5	p d p p d d d d p d d d p d d p d d p d d d d p d d d d p d d d d p d d p d d
6	d d d d p p d p d p p d d p d p d p d p d d p d d p d d p d d d d d p d d
7	d d p d d d p p d p d d d d p d d d p d d d d d p d d d d d p d d d d p d d p
8	p d p p d d d d p d d d d p d d p d d p d d d d p d d d d p d d d d p d d d
9	d d d d p p d p d p p d d p d d p d d p d d p d d p d d p d d p d d d d p d
10	d d p d d d p p d p d d d d p d d d d d p d d d d d p d d d d d p d d p d d p
11	p d p p d d d d p d d d d p d d p d d p d d d d p d d d d p d d d d p d d d
12	d d d d p p d p d p p d d p d p d d p d d p d d p d d p d d p d d p d d d d p d
13	d d p d d d p p d p d d d d d p d d d d d p d d d d d p d d d d p d d p d d p
14	p d p p d d d d p d d d d p d d p d d p d d d d p d d d d p d d d d p d d d d

MUY IMPORTANTE
POR FAVOR, NO ESCRIBA NADA EN ESTA FRANJA AZUL O PUEDE INVALIDAR SU EJERCICIO



Anexo 5

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene como objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada, coloque una X.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo.				
6.Siento que no tengo mucho de lo que estoy orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy muy fracasado.				
8. Me gustaría sentir más respeto a mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que soy buena persona				



Anexo 6

PROGRAMA DE INTERPRETACIÓN ESCALA DE SPENCE

CLIENT'S NAME: File Number:

DATE:

	SCORE RESULTS	Score Range	Sub Scale T-Score
PANIC ATTACK AND AGORAPHOBIA:	<input type="text" value="0"/>	Select ▾	<input type="text" value="T-Score"/>
SEPARATION ANXIETY:	<input type="text" value="0"/>	Select ▾	<input type="text" value="T-Score"/>
PHYSICAL INJURY FEARS:	<input type="text" value="0"/>	Select ▾	<input type="text" value="T-Score"/>
SOCIAL PHOBIA:	<input type="text" value="0"/>	Select ▾	<input type="text" value="T-Score"/>
OBSESSIVE COMPULSIVE:	<input type="text" value="0"/>	Select ▾	<input type="text" value="T-Score"/>
GENERALIZED ANXIETY DISORDER:	<input type="text" value="0"/>	Select ▾	<input type="text" value="T-Score"/>
TOTAL SCAS SCORE:	<input type="text" value="0"/>	Select ▾	
<hr/>			
Total T-Score:	<input type="text" value="0"/>	Select ▾	<input type="text" value="-----"/>



Anexo 7

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCIÓN: Nosotras, Evelyn Samantha Fajardo Morales y Gabriela Alexandra Moscoso Saquicela, estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, quienes estamos realizando la investigación: “**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN LA ESCUELA SAGRADO CORAZON**” como tesis previa a obtención del título de Médicos, solicitamos a usted su aprobación y colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación. Antes de decidir si participa o no su hijo/a, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

OBJETIVO: determinar la prevalencia de ansiedad y factores asociados en la escuela “Sagrado Corazón”. 2017

PARTICIPANTES: la cantidad será de 328 estudiantes que cursa de quinto a décimo año de básica.

DURACIÓN: el tiempo de participación será de 20 minutos.

PROCEDIMIENTO: si usted acepta que su hijo/a forme parte de nuestra investigación, se realizará la aplicación de una encuesta durante el horario de clases regular, donde contestará, datos como edad, sexo, año que cursa, funcionalidad familiar, depresión, déficit de atención



y el test de ansiedad (test de SPENCE) donde se evaluará acerca de la ansiedad y que factores influyen.

RIESGO DEL ESTUDIO: la participación en la presente investigación no implica riesgo alguno.

BENEFICIOS: los datos obtenidos serán proporcionados a las autoridades pertinentes para que puedan usar esta información de la manera más adecuada y responsable.

COSTOS: la presente encuesta no tiene valor económico por su participación.

COMPENSACIÓN: no recibirá remuneración u otros beneficios por participar en el presente estudio.

PARTICIPACIÓN: la participación es voluntaria, su decisión no afectará de ninguna manera, ni tendrá repercusiones con los docentes de la escuela.

CONFIDENCIALIDAD: cualquier información obtenida en este estudio se guardará en un archivo, solo los investigadores manejan la información presente en el mismo, evitando así la identificación de la persona que llenó el cuestionario.

CONTACTOS: Evelyn Samantha Fajardo Morales (0987974580) y Gabriela Alexandra Moscoso Saquicela (098700597).

.....
Firma del representante

.....
Fecha



Anexo 8

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

ASENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCIÓN: Nosotras, Evelyn Samantha Fajardo Morales y Gabriela Alexandra Moscoso Saquicela, estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, quienes estamos realizando la investigación: “**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN LA ESCUELA SAGRADO CORAZON**” como tesis previa a obtención del título de Médicos, solicitamos a usted su aprobación y colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

OBJETIVO: determinar la prevalencia de ansiedad y factores asociados en la escuela “Sagrado Corazón”. 2017

PARTICIPANTES: la cantidad será de 328 estudiantes que cursa de quinto a décimo año de básica.

DURACIÓN: el tiempo de participación será de 20 minutos.

PROCEDIMIENTO: si usted acepta ser parte de nuestra investigación, se realizará la aplicación de una encuesta durante el horario de clases regular, donde contestará, datos como edad, sexo, año que cursa, funcionalidad familiar, depresión, déficit de atención y el test de ansiedad (test de SPENCE) donde se evaluará acerca de la ansiedad y que factores influyen.

RIESGO DEL ESTUDIO: la participación en la presente investigación no implica riesgo alguno.



BENEFICIOS: los datos obtenidos serán proporcionados a las autoridades pertinentes para que puedan usar esta información de la manera más adecuada y responsable.

COSTOS: la presente encuesta no tiene valor económico por su participación.

COMPENSACIÓN: no recibirá remuneración u otros beneficios por participar en el presente estudio.

PARTICIPACIÓN: la participación es voluntaria, su decisión no afectará de ninguna manera, ni tendrá repercusiones con los docentes de la escuela.

CONFIDENCIALIDAD: cualquier información obtenida en este estudio se guardará en un archivo, solo los investigadores manejan la información presente en el mismo, evitando así la identificación de la persona que llenó el cuestionario.

CONTACTOS: Evelyn Samantha Fajardo Morales (0987974580) y Gabriela Alexandra Moscoso Saquicela (098700597).

.....
Firma del estudiante

.....
Fecha