

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“NIVELES DE ANSIEDAD INFANTIL EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES DE 4TO., 5TO., 6TO.
PRIMARIA.”**

TESIS DE GRADO

DESNY ISABEL ECHEVERRÍA PAREDES
CARNET 24640-11

ZACAPA, ABRIL DE 2018
CAMPUS "SAN LUIS GONZAGA, S. J" DE ZACAPA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

FACULTAD DE HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“NIVELES DE ANSIEDAD INFANTIL EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES DE 4TO., 5TO., 6TO.
PRIMARIA.”**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

DESNY ISABEL ECHEVERRÍA PAREDES

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

ZACAPA, ABRIL DE 2018

CAMPUS "SAN LUIS GONZAGA, S. J" DE ZACAPA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: MGTR. HÉCTOR ANTONIO ESTRELLA LÓPEZ, S. J.

VICEDECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO

SECRETARIA: LIC. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
MGTR. AURORA VIOLETA ANDRINO LÓPEZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
MGTR. YADIRA IVONNE BARRIOS CACERES DE BARRIOS



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante DESNY ISABEL ECHEVERRÍA PAREDES, Carnet 24640-11 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, del Campus de Zacapa, que consta en el Acta No. 051792-2018 de fecha 11 de abril de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

“NIVELES DE ANSIEDAD INFANTIL EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES DE 4TO., 5TO., 6TO. PRIMARIA.”

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 4 días del mes de abril del año 2018.

**LIC. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar**



Zacapa 2 de Enero de 2018

Señores
Consejo de Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Guatemala

Respetables Señores del Consejo:

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. Para someter a su consideración el trabajo de tesis de la estudiante Desny Isabel Echeverría Paredes, con número de carné 24640-11, previo a obtener el título de Psicóloga General en el grado de Licenciada.

He asesorado el trabajo de investigación cuyo título es **“Niveles de ansiedad infantil en un grupo de estudiantes de 4to. 5to. 6to. Primaria”** y considero que llena satisfactoriamente los requisitos exigidos por la Universidad Rafael Landívar y la Facultad de Humanidades. Por lo anterior, me permito solicitar se nombre revisor para que se establezca al dictamen correspondiente.

En espera de su favorable resolución, me es grato suscribirme,

Deferentemente,



MGTR. Aurora Violeta Andrino López de Elgueta
Asesora

Aurora V. Andrino de Elgueta
Mgtr. en Aprendizajes
y Docencia Universitaria
Colegiado No. 14,552

Agradecimientos:

- A Dios: En su infinita misericordia me ha sostenido a lo largo de este proceso que hoy concluyo con éxito.
- A mis padres: Jorge Echeverría y Lesbia Paredes por su inmenso amor, apoyo a lo largo de estos años, son mi motivo para seguir esforzándome.
- A mis hermanas: Sharon Echeverría (+), besos hasta el cielo, Kimberly Echeverría, quien me alentó en momentos que llegué a dudar de mi capacidad.
- A mis abuelos: Ernesto Paredes (+), Amelia Franco (+), Enrique Echeverría (+), Paula Franco (+), los amo y extraño.
- A la familia: Paredes Amézquita, quienes desde mi infancia se han regocijado de mis logros.
- A mis amigas: Joselin Portillo, Ericka Hernández, Melanie Cabrera, Kelly Orellana, Teresa Pinales, Doris Pinales, Avigail Sandoval, Rita Sett me siento bendecida por Dios al tenerlas en mi vida, personas con quienes compartí momentos de alegría, tristeza y me alentaron en los momentos difíciles.
- A mis catedráticos: A quienes debo mi formación académica, son para mí modelo de la profesional que quiero llegar a ser, con aprecio especial a Lcda. Pamela Cruz, Dra. Silvia Casasola, Msc. Aurora Andrino.
- A las instituciones que me abrieron sus puertas: En las cuales llevé a la práctica lo aprendido en las aulas y me brindó la oportunidad de ganar experiencia profesional, Escuela Oficial Urbana Mixta de Educación Especial “Nuevo Día”, Colegio San Francisco Javier, de Zacapa.

.
A mi Universidad
Rafael Landívar:

Institución educativa a la cual estoy orgullosa de pertenecer, la cual forjó en mí la búsqueda de la excelencia profesional.

A usted:

Que el día de hoy escudriña mi trabajo, el cual es representativo como un triunfo más, cada una de las páginas elaboradas con dedicación y esfuerzo.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	Definición de ansiedad.....	11
1.2	Clasificación de trastornos de ansiedad.....	14
1.3	Ansiedad en la infancia y adolescencia.....	20
1.4	Factores que intervienen en la experiencia ansiosa.....	21
1.5	Límites de la experiencia ansiosa.....	21
1.6	Ansiedad normal	23
1.7	Ansiedad patológica.....	23
1.8	Factores de riesgo y factores mantenedores de ansiedad.....	24
1.9	Componentes de la ansiedad infantil.....	29
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
2.1	Objetivos.....	34
2.1.1	Objetivo general.....	34
2.1.2	Objetivos específicos.....	34
2.2	Variable.....	35
2.3	Definición de la variable.....	35
2.3.1	Ansiedad.....	35
2.4	Definición operacional.....	35
2.5	Instrumento.....	36

2.6	Alcances y límites.....	36
2.7	Aporte.....	36
III	MÉTODO	38
3.1	Sujetos.....	38
3.2	Instrumento.....	39
3.3	Procedimiento.....	40
3.4	Tipo de investigación, diseño y metodología estadística.....	41
IV	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	42
V	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	56
VI	CONCLUSIONES	61
VII	RECOMENDACIONES	63
VIII	REFERENCIAS	65
IX	ANEXOS	76
9.1	Estructuración de la CMASR-2	76
9.2	Propuesta de actividades lúdicas para reducción de ansiedad en el aula	80
9.3	Evaluación de la propuesta de actividades lúdicas para reducción de ansiedad en el aula	83
9.4	Test CMASR-2	84

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar el nivel de ansiedad que presenta un grupo de estudiantes de 4to. 5to. y 6to grado de nivel primario, en la Escuela Oficial Urbana Mixta, Jornada Vespertina, Zacapa, Zacapa. Los sujetos que participaron en el estudio lo constituyeron un universo de treinta y seis estudiantes, de los géneros femenino y masculino, de los grados cuarto, quinto, sexto primaria, en edades comprendidas de 10 a 15 años, de un nivel socioeconómico bajo. El diseño de investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo. Para el ejercicio del trabajo de campo, el instrumento utilizado fue la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª. Edición (CMAS-R, 2008), misma que fue diseñada para evaluar el grado y naturaleza de la ansiedad, compuesta por seis escalas.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la administración del instrumento a los sujetos, se concluye que existe ansiedad en los estudiantes de 4to. 5to. y 6to. primaria de la Escuela Oficial Urbana Mixta, Jornada Vespertina, Zacapa, Zacapa, el nivel de ansiedad que presentan el 97.22% de los estudiantes es ansiedad media y un 2.78% ansiedad elevada.

Se creó una guía informativa sobre ansiedad infantil, enfocada con actividades en apoyo para el maestro y estudiante como estrategia para contrarrestar la ansiedad infantil en el aula.

Es innegable que la ansiedad conduce a la persona a un estado en el que le impide disfrutar de sus actividades diarias, un comportamiento alterado tendrá repercusión en cada uno de los ámbitos en donde tenga que desenvolverse.

I. INTRODUCCIÓN

En general, el ser humano tiene la capacidad de adaptarse a los cambios que de manera repentina se presentan en la vida. Desafortunadamente, en algunos casos esta disposición no es apropiada en todos los individuos. El miedo ante situaciones adversas, por ejemplo, conlleva a accionar un mecanismo de defensa, útil para resguardar la integridad del sujeto. Pero, desarrollar miedo extremo afecta las actividades diarias de una persona. En la medida que diferentes síntomas somáticos se unan por un tiempo de seis meses corresponden a un diagnóstico de trastorno de ansiedad. En el caso de los menores de edad, la ansiedad infantil es la respuesta de preocupación ante situaciones de riesgo, reales o imaginarias. Quien presenta la patología, experimenta sensaciones de opresión en el pecho, malestar estomacal, sudoraciones, respiración agitada, entre otras. Los desencadenantes de un episodio de ansiedad pueden estar ligados a un evento traumático en la vida del niño. 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. (Tayeh, Agámez, Chaskel 2016).

Los padres que no poseen la información sobre cómo actuar ante el fenómeno de la ansiedad considerarán como una rabieta o deseo de llamar la atención por parte del infante. Actitudes de regaño por parte de los progenitores ante un episodio de ansiedad infantil, en afán de calmar la situación, logrará el efecto opuesto. Los niños que padecen ansiedad infantil, necesitan a la persona con la cual tiene un vínculo de apego para hacerle sentir seguro. Fomentar la autoestima en el niño será clave para reducir los niveles de ansiedad, sin dejar a un lado el

aspecto más importante que es buscar la ayuda de un profesional de la salud mental. Es el psicólogo quien después de realizar la anamnesis infantil desarrollará el plan terapéutico que se adapte a las necesidades del paciente que presenta ansiedad infantil.

En el departamento de Zacapa existe una alta demanda de apoyo a niños afectados por trastornos de conducta, problemas de aprendizaje, entre otros. Por ese motivo, es desalentador que la Dirección Departamental de Educación del departamento solamente cuente con una persona como psicóloga profesional para apoyar en los establecimientos educativos públicos a nivel departamental. De acuerdo a lo anterior, el objetivo de la siguiente investigación es establecer el nivel de ansiedad que presenta un grupo de estudiantes de 4to. 5to. y 6to grado de primaria, en la Escuela Oficial Urbana Mixta, Jornada Vespertina, Zacapa, Zacapa.

A continuación, se citan trabajos de diversos autores, iniciando con autores nacionales, seguido de autores internacionales haciendo énfasis en el tema de interés de esta investigación.

Illescas (2008), llevó a cabo una investigación con el objetivo de determinar si el programa “medalla de valor” con orientación cognitivo-conductual disminuye el nivel de ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años. El diseño utilizado fue el pre experimental de pre prueba y pos prueba con un solo grupo experimental. La muestra de la investigación se obtuvo a través del muestreo no probabilístico mediante la opinión de los docentes, a quienes se les administro una lista de cotejo con el fin de identificar los síntomas de ansiedad en el grupo de alumnos para la pre selección del grupo experimental. Se evaluó a 19 niños de la institución a través de dicha lista de cotejo, 13 estudiantes cumplieron con los criterios de pre selección y 12 fueron identificados con un nivel promedio alto y alto de ansiedad a través del Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), siendo éste último el número de sujetos

que fueron seleccionados para el grupo experimental. Seguidamente, fue aplicado el programa “medalla de valor” con orientación cognitivo-conductual, integrado por 12 sesiones. El programa consistió en una serie de actividades con el fin de que los niños fuesen capaces de adquirir herramientas que involucran la identificación de los temores, adquisición de técnicas de relajación, la desensibilización sistemática, el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de autocontrol, exposición de los miedos y la autorrecompensa por haber logrado los objetivos del programa con éxito. Luego de aplicar el postest, la investigadora concluyó que se presentó una diferencia estadísticamente significativa posterior a la aplicación del programa con orientación cognitivo-conductual a los sujetos del estudio, rechazándose así la hipótesis nula. Recomienda que el programa con orientación cognitivo-conductual puede ser utilizado con niños entre las edades del presente estudio o con niños mayores.

También, Valle (2010) determinó el nivel de ansiedad presente en los niños y niñas que cursaron el primer grado de primaria en tres diferentes colegios privados del departamento de Guatemala. El tipo de estudio fue descriptivo con una muestra de ciento veinte niños y niñas en edades comprendidas entre los seis y siete años. La variable de ansiedad fue medida con el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS. Obteniendo como resultado que los niveles de ansiedad presente en los niños de 6 y 7 años de edad que cursaron el primer grado de primaria, de los tres colegios participantes, oscilan en ansiedad moderada y ansiedad marcada. Concluyó que los niños estudiados en su mayoría presentan niveles de ansiedad moderados, los cuales podrían evidenciar inseguridad ante situaciones extrañas, falta de cariño, comprensión y presión relacionada a la carga académica. Recomendó a los colegios crear programas que puedan modificar los niveles de ansiedad en los alumnos, así también realizar investigaciones relacionadas a las manifestaciones de ansiedad y a los factores que la desencadenan.

Salanic (2014) realizó una investigación con el objetivo de determinar cómo influye la ansiedad infantil en el comportamiento del niño en el aula, específicamente de niños que cursaron primer, segundo y tercer grado de primaria, del municipio de Cantel, Quetzaltenango, Guatemala. Para dicho estudio los sujetos fueron 92 niños y niñas comprendidos en las edades de 6 a 9 años. La investigadora utilizó el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAI adaptado a Guatemala, con el cual identificó a los niños con trastorno de ansiedad. Posteriormente, redactó dos boletas de opinión para establecer el comportamiento usual de los niños ansiosos, recabó la autodescripción del niño y la percepción del docente al comportamiento del niño en el aula. Tras el análisis de los instrumentos, la investigación arrojó como principales resultados un porcentaje elevado de ansiedad en los niños ante actividades realizadas dentro del salón de clases. Por tanto la investigadora concluye que la ansiedad influye negativamente en el comportamiento del niño en el aula y altera el comportamiento en casi todas las áreas de desenvolvimiento. Considera necesario indicar que cuando los docentes encargados de atender a los niños del ciclo de educación fundamental de primaria no cumplen las exigencias esperadas para la atención de los mismos, dado que crea un ambiente repugnante, individualizados, de rechazo, incompatible entre el docente y el niño, ambiente que afectará especialmente a los alumnos con ansiedad intensa, cuyas características conductuales limita el desarrollo pleno en el proceso de aprendizaje y educación integral. Recomienda la aplicación de actividades lúdico terapéuticas para inducir al niño a interactuar adecuadamente en el ambiente escolar.

En la investigación de Bolaños (2014) planteó como objetivo determinar los niveles de ansiedad en estudiantes de psicología clínica e industrial de la Universidad Rafael Landívar de tercer año de la jornada vespertina que están por iniciar las prácticas de intervención psicológica. La investigación fue de tipo descriptiva cuantitativa; utilizó la prueba IDAREN, la cual mide el

nivel de ansiedad que puede presentar una persona en dos aspectos: ansiedad-estado, la cual mide específicamente la ansiedad en la persona como situación del aquí y ahora; y ansiedad-rasgo, la cual se refiere a la ansiedad en la dimensión más cambiante de la personalidad y por lo tanto temporal. La muestra estuvo conformada por 13 estudiantes de psicología clínica y 12 estudiantes de psicología industrial, con edades comprendidas entre los 20 a 25 años. Obtuvo como resultado que no existe relación estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad (rasgo y estado) entre carrera, género y edad de los estudiantes de psicología clínica e industrial de tercer año de la jornada vespertina, que estaban por iniciar las prácticas de intervención psicológica. Recomienda crear espacios en los cuales los estudiantes de cuarto año compartan sus experiencias sobre la intervención psicológica, con los estudiantes de tercer año y de esta manera contribuir a bajar probables niveles de ansiedad sobre el proceso.

Por parte de Gourriere (2016) determino los factores que impiden que los estudiantes desarrollen una prueba satisfactoriamente. Como base reviso los antecedentes de las pruebas diagnósticas realizadas por el Ministerio de Educación a estudiantes de tercero básico del Instituto Francisco Marroquín Morales, con un nivel de logro insatisfactorio. La muestra del estudio estuvo comprendida por 66 estudiantes de ambos sexos comprendidos entre las edades de 12 a 16 años. Utilizó la escala de actitudes hacia las matemáticas, instrumento dividido en tres sub-escalas. La primera sub-escala, hace alusión a la ansiedad hacia las matemáticas como concepto, la segunda sub-escala, determina la ansiedad hacia la resolución de problemas de matemáticas y la tercera sub-escala, mide la ansiedad hacia las situaciones de evaluación en matemática. Obteniendo como resultados principales que conllevaron a afirmar por parte del investigador, que los estudiantes presentan ansiedad hacia las matemáticas, con la variedad de resultados los clasificó en tres categorías: baja ansiedad, mediana ansiedad y alta ansiedad.

Concluyó que el aprendizaje de las matemáticas de los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica Francisco Marroquín del municipio de Morales, es afectado por la ansiedad ante dicha materia, las pruebas a las que los estudiantes son sometidos provocan emociones positivas al resolver problemas, los estudiantes se sienten motivados resolviendo el test. Con respecto a las recomendaciones, el investigador sugiere motivar a los estudiantes que formarán parte de las siguientes promociones de tercer año para que manifiesten un pensamiento positivo al igual que la población estudiada; a los docentes brindar estrategias de afrontamiento, en el caso de que se presenten en los estudiantes niveles de ansiedad, lo cual influye en el bienestar psicológico y afecte en gran medida el logro de las metas y aspiraciones académicas.

López (2016) en su investigación tuvo como objetivo determinar la presencia de ansiedad en niños que conviven en familias que presentan violencia intrafamiliar, y que son estudiantes de establecimientos conformados en el área urbana del municipio de Cabricán, departamento de Quetzaltenango. La muestra la conformaron 47 niños, en edades comprendidas de 6 a 8 años de edad. Aplicó el instrumento Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAI) creado por J.S. Gillis (1980), el cual provee la información que como profesional se debe tener en casos de ansiedad infantil. Los resultados obtenidos por la investigadora, en el proceso estadístico, fue un porcentaje elevado en el nivel de ansiedad presentado en los niños. Llegó a la conclusión, de que el nivel de ansiedad que presentan los niños es alto, en un porcentaje del 68%, según los resultados, considera que el mismo es debido a la violencia intrafamiliar que sufren entre otros problemas que les aquejan. En cuanto a las recomendaciones que la investigadora destaca, a los padres de familia y/o encargados, establecer formas de comunicación efectivas en donde de manera paulatina se elimine cualquier tipo de violencia hacia los cónyuges o los hijos que es uno de tantos estresores que afectan a los miembros del hogar, así mismo que los padres de familia

proporcionen a los niños un trato de igualdad de forma que esto contribuya a eliminar la violencia dentro del hogar y de la misma manera los patrones negativos establecido por generaciones.

El propósito de estudio de Ceron (2017) fue conocer los niveles de ansiedad que presentan niños y niñas de primer grado de primaria de un Colegio privado Católico de la Ciudad de San Salvador, a su vez analizar la incidencia del factor emocionalidad y cognitivo en la ansiedad en niños y niñas. La investigación la desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, con diseño de tipo descriptivo. La muestra estuvo constituida por 77 sujetos, 48 del sexo femenino y 29 sujetos de sexo masculino, entre las edades de 6 y 7 años. Aplicó la escala psicométrica CAS “Cuestionario de Ansiedad Infantil” de Gillis (1980). La investigadora concluyó que los estudiantes de primer grado no presentaron niveles altos de ansiedad que interfieran con su bienestar personal, social y educativo sino más bien es expresión de una respuesta funcional a los acontecimientos que viven diariamente, considerándose como una respuesta que impulsa a la acción. Así mismo, determinó en la población que presentó niveles moderados de ansiedad que existe mayor incidencia del factor cognitivo manifestado en retraimiento, timidez y seguimiento de dependencia. Recomienda continuar con la educación integral para los estudiantes, con ello propicia el desarrollo cognitivo, espiritual y socio-emocional de la persona, aunado a ello es necesario potenciar la investigación en el área psicoeducativa ya que contribuye a tener una sólida formación y ello aplicarlo en las aulas con los estudiantes.

Asimismo se presentan investigaciones y artículos de autores internacionales, referente al tema ansiedad los cuales se citan a continuación.

Orgilés, Méndez, Rosa y Cándido (2003) en el artículo “La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia”, publicado para la revista Anales de psicología de la Universidad de Murcia, España, consideraron como objetivo revisar la eficacia de los tratamientos para los trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación en niños y adolescentes. Analizando ocho informes científicos correspondientes al período de 1980 a 2002 que derivaron en 21 estudios independientes. Describieron con mayor detenimiento uno de los programas considerado más eficaz para estos problemas. Con base en los resultados del estudio concluyeron que la terapia cognitivo-conductual debería de considerarse como el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños y adolescentes.

Por otro lado, Caballo, González, Alonso, y Irurtia (2007) presentaron el trabajo Cuestionario de interacción social para niños (CISO-N): un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad social en niños, publicado en la revista de Psicología Conductual, en Granada España, en el estudio desarrollaron y aplicaron un nuevo cuestionario para evaluar el malestar/ansiedad social en niños. El instrumento consta de 82 ítems que se refieren a situaciones sociales típicas de la niñez. Aplicado de forma individual a niños y niñas de 9 a 12 años y posteriormente se realizó una serie de pruebas estadísticas, como el análisis factorial exploratorio y la validación concurrente con el Inventario de miedos infantiles. Se obtuvieron seis factores que explicaban el 40% de la varianza y que incluían 64 de los 82 ítems del cuestionario. Las niñas puntuaban significativamente más alto que los niños en todos los factores, pero, dentro del mismo sexo, había pocas diferencias debidas a la edad.

En cuanto, Pelaez, Bayón, Fernández y Rodríguez (2008) realizaron un estudio para la revista *Pediátrica Atención Primaria* volumen X, número 40, en España, con el objetivo principal de investigar la relación entre los rasgos de temperamento y carácter y los síntomas de ansiedad y depresión en la población general infantil. Para llevar a cabo el estudio, utilizaron tres instrumentos, el Inventario infanto juvenil de temperamento y carácter de Cloninger, el inventario de depresión infantil de Kovacs y el Cuestionario auto aplicado de ansiedad/rasgo de Spielberger, administrado a 827 niños, entre las edades de 9 13 años, 342 niñas y 481 niños. Al término de la calificación de los instrumentos, como resultados obtuvieron, todas las dimensiones del temperamento y carácter; presentaron correlaciones estadísticamente significativas con las puntuaciones en los cuestionarios de ansiedad y depresión. Los valores más elevados fueron con evitación del daño y autodirección, que resultaron ser positivo y negativo, respectivamente. Como conclusión concuerdan en que el inventario infanto juvenil de temperamento y carácter de Cloninger puede resultar una herramienta interesante para la detección de niños en riesgo de padecer algún trastorno psicopatológico.

Por su parte, Espinosa (2009) publicó un artículo titulado: “Ansiedad infantil e implicación de los padres: una revisión”, publicado en la revista *Psicología Conductual*, de la Universidad de Jaen, España, en el que explora el rol que juegan los padres tanto en el origen, desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad infantil como en el tratamiento y la prevención de los mismos. Presentan considerables pautas educativas, tales como el rechazo y, sobre todo, el excesivo control de los padres se ha relacionado con la presencia de ansiedad en los niños. Otro aspecto a tener en cuenta es la presencia de algún trastorno de ansiedad en los propios padres. En relación al tratamiento y la prevención se dispone ya de datos que muestran la eficacia que tiene la intervención al incluir a los padres en la misma, entrenándolos en

determinadas estrategias y habilidades. Concluyeron que a pesar que cada vez van apareciendo más estudios sobre esta temática, aún se puede decir que es muy escasa, requiriendo más investigación en los diferentes ámbitos de estudio.

Además, Orgilés, Méndez, Espada, Carballo y Psiqueras (2012) realizaron un estudio en el cual su objetivo era, examinar la frecuencia y característica de los síntomas de los principales trastornos de ansiedad en niños y adolescentes empleando una medida de autoinforme basada en las categorías diagnósticas del manual de la APA. Participaron 2522 niños y adolescentes comprendidos entre las edades de 8 a 17 años (49% varones), reclutados en diversos colegios de la provincia de Alicante, que completaron la Escala de Ansiedad Infantil de Spence. En cuanto a los resultados de la prueba, la puntuación media obtenida en la escala fue de 25,15. El 26,41% de los niños y adolescentes mostraron puntuaciones elevadas en cualquier trastorno de ansiedad. Las niñas puntuaron 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 únicamente en la ansiedad por separación, que desciende con la edad, y en la ansiedad generalizada, mayor en los adolescentes que en los niños. Como conclusión se destaca la importancia que desde el ámbito de la salud mental, se lleve a cabo una detección temprana de los síntomas de ansiedad en los niños a partir de los 8 años para facilitar la intervención y evitar el desarrollo posterior de los trastornos de ansiedad.

Mayta (2016), presentó el trabajo de investigación, realizado en Bolivia, con el objetivo de describir el autoconcepto en niños con ansiedad. El estudio estuvo conformado con una muestra de 20 niños a los cuales se les identificó rasgos de ansiedad, mediante un registro de

observación y escala de Ansiedad infantil de Spence. Con la administración de la prueba dio como resultado puntajes altos en las sub escalas de la ansiedad por separación y fobia social. Seguidamente aplicó la escala de Autoconcepto P-H, dónde se observan puntajes altos en la sub escala del comportamiento y la intelectualidad. En conclusión, los niños que presentaron un nivel bajo de ansiedad, presentaron a la vez un adecuado nivel de autoconcepto, por el contrario, los niños con un alto nivel de ansiedad, presentaron un déficit en su autoconcepto. En cuanto a recomendaciones plantea a los padres de familia brindar a los hijos seguridad y pasar tiempo de calidad, además fomentar la comunicación entre toda la familia. A la comunidad educativa, permitirse trabajar en conjunto con otros profesionales, dando paso al abordaje multidisciplinario, en pro de la niñez del país.

La ansiedad es activada en una persona por diferentes situaciones. Al término de la lectura de las investigaciones anteriormente descritas, reflejan una creciente por explorar el fenómeno de ansiedad en niños. De los autores citados anteriormente, en sus trabajos abordan situaciones diversas en las cuales la ansiedad se presenta, así mismo recomendaciones que involucran a las personas que conviven con la persona afectada, para hacerse partícipes en acciones que propicien a ayudar a enfrentar los episodios de ansiedad. Por consiguiente se desarrolla temas que darán sustento teórico a la investigación.

1.1. Definición de ansiedad

Cárdenas, Feria, Palacios, y De la Peña (2010) definen la ansiedad como una emoción normal que todas las personas han experimentado, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que resultan, sorprendidas, nuevas o amenazantes. La ansiedad incita a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora o prepara

para escapar. Es decir, se trata de una emoción encaminada a la adaptación y la preservación, ayuda a enfrentar a situaciones estresantes para tener el mejor desempeño.

Sin embargo, como toda función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudar a una situación puede verse alterado, resultando esto en una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana, en otras palabras, un trastorno de ansiedad.

En términos generales, Bertoglia (2005) precisa que la ansiedad involucra un temor a algo, y ese algo puede variar desde un objeto cualquiera que provoca una reacción fóbica, hasta situaciones sociales de la más diversa índole que producen temor. Por otro lado, se hace necesario recalcar que la ansiedad es una reacción emocional individual que depende, por lo tanto, de la naturaleza de cada persona. Es decir, la intensidad del temor experimentado va a depender de la forma en que cada uno percibe la situación ansiógena.

1.1.2 Origen de la palabra ansiedad

Referente a la historia de la ansiedad, Coca (2013) aduce que la ansiedad está estrechamente vinculada al concepto psicoanalítico de "neurosis". Se puede decir que este término fue con el que se hizo referencia en un inicio a aquella sintomatología que hoy se calificaría con el término "ansiedad". El uso del término neurosis, así como de sus derivados (tales como neurastenia o histeria), ha sido más propio de la literatura de la psicología dinámica, aunque su contenido original, establecido por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769 en su "Synopsis nosologiae methodicae", no correspondía estrictamente al uso que actualmente se hace de tal denominación. Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni daño de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose

en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la demencia y la manía.

Esta sintomatología se consideró durante muchos años una enfermedad familiar o de origen hereditario. En 1869 el neurólogo George M. Beard acuñó el término de neurastenia para describir un cuadro clínico formado por síntomas de fatiga, estrés, dolor de cabeza, impotencia, neuralgia y depresión, como resultado de una disminución de la actividad del sistema nervioso central y del cual, Beard, pudo observar que en gran medida era un trastorno hereditario.

Pero fue Sigmund Freud quien hizo la contribución más decisiva al acuñar el concepto de "neurosis de angustia", desarrollado en su obra "Las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis" publicada entre 1892 y 1899. Con este término compuesto, el médico vienés aunó y relacionó por primera vez los dos términos más vinculados en su origen y uso a la ansiedad: la neurosis y la angustia. Freud denomina "neurosis de angustia" a un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. El cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Además, puntualiza que le es característica la "espera angustiosa", que corresponde a expectativas catastróficas respecto de los seres queridos o del paciente mismo, (Coca, 2013).

A continuación se presenta contenido de los principales trastornos de ansiedad con los que pueden ser diagnosticado en niños.

1.2 Clasificación de trastornos de ansiedad

Con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013), en su 5ta. Edición, los trastornos de ansiedad se encuentran clasificados de la siguiente manera.

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Otro trastorno de ansiedad no especificado

A continuación se presenta la descripción de los trastornos de ansiedad que predominan en los niños:

1.2.1 Trastorno de ansiedad por separación

En palabras de Ruiz y Lago (2005) el trastorno de ansiedad por separación consiste en una ansiedad excesiva cuando el niño tiene que separarse de sus padres o de las figuras vinculares principales. Se diagnostica cuando la ansiedad es muy intensa o no es apropiada para la etapa del desarrollo.

La ansiedad de separación es un fenómeno normal a partir de los 4-5 meses. A partir de los tres años, los niños tienen la capacidad de percibir que separarse no es para siempre ya que pueden tener una representación mental de la madre durante su ausencia. En condiciones normales las manifestaciones normales de ansiedad de separación van disminuyendo entre los 3-5 años.

Los sistemas clasificatorios coinciden en cuáles son los síntomas que caracterizan este trastorno:

- Preocupación o malestar excesivos al separarse de su hogar o de las figuras vinculares principales.
- Miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo, miedo a que ocurra algo que pueda resultar en una separación (miedo a ser secuestrado o a extraviarse).
- Resistencia a ir a la escuela o a cualquier otro sitio (no poder dormir alejado de sus padres o fuera de su casa).
- Resistencia a estar solo.
- Tener pesadillas repetidas con contenidos de raptos, accidentes, pérdidas.

1.2.2 Mutismo selectivo

El Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra, en la Guía para la detección, evaluación e intervención precoz en la escuela, Cortéz y Gallego (2009), definen el mutismo selectivo como la dificultad que presentan algunos niños y niñas para comunicarse verbalmente en entornos y situaciones sociales poco familiares y/o con personas poco conocidas.

Esta definición indica, por una parte, que los niños con mutismo selectivo tienen una competencia lingüística y comunicativa adecuada para su edad, y por otra, que esta buena competencia se manifiesta habitualmente en el entorno familiar próximo, pero no se manifiesta en otros ambientes y con otras personas menos conocidas. El mutismo selectivo conlleva altos niveles de sufrimiento personal, y tiene como consecuencia importantes problemas de adaptación al entorno. Puede mediatizar el desarrollo afectivo-emocional y repercutir negativamente (siempre en función de su gravedad y del grado de generalización del rechazo a hablar) en el desarrollo social, personal y académico del niño.

Balbuena y Paz (2012) señalan que los niños con mutismo selectivo presentan un complejo conjunto de síntomas y no sólo se niegan a hablar en situaciones sociales concretas a pesar de hacerlo en otras, sino que en ellos también se observa timidez, ansiedad, sobreprotección familiar y/o bilingüismo.

1.2.3 Fobia específica

Lipsitz (2002), Menzies (1996), Merckelbach (1996), Sosa y Capafons (1995), refieren que la categoría diagnóstica de fobia específica incluye un gran número de fobias, las cuales no comparten necesariamente las mismas características clínicas; de hecho se han hecho distinciones entre diversas fobias específicas en cuanto a edad y tipo de comienzo, predominancia por sexos, patrón de respuesta fisiológica, experiencia emocional subjetiva, aprensión sobre los síntomas físicos o sobre aspectos externos de la situación, presencia de ataques de pánico inesperados, antecedentes familiares, curso y tipo de tratamiento indicado.

1.2.4 Trastorno de ansiedad social

Bados (2009) explica, la fobia social, o trastorno de ansiedad social, como aquella que se caracteriza por un miedo intenso, persistente y excesivo en respuesta a una o más situaciones sociales o actuaciones delante de otros en las cuales la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. La persona teme ser observada, actuar de un modo que sea humillante o embarazoso o mostrar síntomas de ansiedad con resultados similares de humillación o embarazo. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o se soportan con una ansiedad o malestar intensos. La fobia interfiere marcadamente en la vida de la persona o produce un malestar clínicamente significativo. Si no fuera así, sólo se podría hablar de ansiedad social o timidez: malestar e inhibición más o menos generalizada en presencia de otras personas, pero con un grado mucho menor de evitación e interferencia que en la fobia social y con un curso menos crónico.

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (2009) explica que se diagnostica el trastorno de ansiedad social, cuando la gente se siente abrumadoramente ansiosa y excesivamente consciente de sí misma en situaciones sociales de la vida cotidiana. Las personas con fobia social tienen miedo intenso, persistente, y crónico de ser observadas y juzgadas por los demás y de hacer cosas que les producirán vergüenza. Se pueden sentir preocupadas durante días o semanas antes de una situación que les produce temor. Este miedo puede tornarse tan intenso, que interfiere con su trabajo, estudios, y demás actividades comunes, y puede dificultar el hacer nuevas amistades o mantenerlas.

Aunque las personas con fobia social son conscientes de que sus miedos de estar con la gente son excesivos o irracionales, son incapaces de superarlos. Incluso en el caso de que logren enfrentar sus temores y logren estar rodeadas de otras personas, con frecuencia se sienten muy

ansiosas de antemano, se sienten muy incómodas durante el encuentro, y se preocupan durante muchas horas después de la situación acerca de cómo fueron juzgadas por los demás.

La fobia social se puede limitar a una sola situación (tal como preguntar algo a la gente, comer o beber, o escribir en una pizarra en frente a los demás), o puede ser tan amplia (como en el caso de una fobia social generalizada) que la persona puede experimentar ansiedad en presencia de prácticamente cualquier persona que no sea de su familia.

1.2.5 Trastorno de pánico

Sobre la crisis de pánico López y Quaranta (2007) explican que es una reacción física normal que ocurre en un momento inadecuado y sin causa aparente, dando lugar a una crisis espontánea o falsa alarma. La hipótesis médica más relevante con respecto a esta enfermedad es que el sistema de alarma cerebral de las personas que lo padecen está hipersensible produciendo descargas de noradrenalina y adrenalina que llevan a las crisis de pánico o a falsas alarmas. El trastorno de pánico se presenta clínicamente por ataques de pánico, estas son crisis discretas, por lo general paroxísticas de temor o malestar intenso.

1.2.6 Agorafobia

Para Espada (2009), la agorafobia es un trastorno de ansiedad. Consiste en un miedo intenso a lugares concurridos o en los que se percibe dificultad para escapar o recibir ayuda. Puede llegar a ser un trastorno incapacitante, que impide llevar una vida normal. La agorafobia es miedo al miedo. Los agorafóbicos temen las situaciones que puedan generarles sensaciones de ansiedad, miedo a la propia activación fisiológica y a los pensamientos sobre las consecuencias de experimentarlas, como la idea de morir. Entre los miedos agorafóbicos, se presenta el miedo a

experimentar una crisis, desmayarse, tener un infarto, perder el control, volverse loco, hacer el ridículo o ahogarse

1.2.7 Trastorno de ansiedad generalizada

Para la Academia Nacional de Medicina, de la Universidad Autónoma de México (2012) el trastorno de ansiedad generalizada está asociado con cierta afectación del estado mental, social y la salud en general del individuo, que interfieren en sus actividades diarias. Este trastorno también está asociado con un número mayor de visitas al médico debido a que no es diagnosticado ni tratado oportunamente. También se presenta con otros trastornos de ansiedad y estados de depresión mayor y diferentes síntomas físicos sin una base orgánica.

El Royal College of Psychiatrists (2009) estima que entre 5 y 10 de cada 100 niños y adolescentes tienen un problema de ansiedad lo bastante severo como para afectar su vida normal. Los niños muy pequeños con frecuencia desarrollan miedos y fobias. A menudo, esto ocurre en una situación determinada como puede ser ir a la guardería o pasar la noche fuera y tener que separarse de los padres. Otras veces, la ansiedad es producida por cosas concretas como perros, serpientes o arañas. Los miedos como estos son muy comunes en los niños pequeños y normalmente no duran mucho. Con apoyo y motivando al niño la mayoría aprende a sobreponerse a la ansiedad. Pero algunos niños y jóvenes se sienten ansiosos la mayoría del tiempo.

Esto ocurre sin que identifiquen una causa concreta. Pueden ser niños con un temperamento autoexigente o inquieto. Algunas veces, esta conducta es parecida a la de otro miembro de la familia. Si esta ansiedad se vuelve severa puede interferir en la

capacidad del niño de ir al colegio, concentrarse, aprender o fiarse de los demás. El rechazo a ir a la escuela puede estar causado por la ansiedad. Esto se suele llamar fobia escolar. A su vez, la preocupación con la escuela puede ser causa de otros problemas y es recomendable investigar qué puede estar causándolos. La ansiedad del niño al separarse de sus padres es común en niños pequeños, aunque puede repetirse al pasar a la educación secundaria. El miedo a ser objeto de burlas o problemas con los compañeros es también muy frecuente. Los problemas con el trabajo en la escuela o problemas con los maestros pueden también jugar un papel importante.

1.3 Ansiedad en la infancia y adolescencia

Según la Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y la Depresión (s.f), los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad suelen experimentar un miedo intenso, preocupación o inquietud que puede durar largos períodos de tiempo y afectar significativamente sus vidas. Si no se trata con prontitud, los trastornos de ansiedad pueden derivar en:

- Repetidas ausencias a clase o una incapacidad para terminar el período de escolaridad.
- Deterioro en las relaciones con iguales.
- Baja autoestima.
- Abuso de alcohol u otro tipo de drogas.
- Problemas de ajuste en situaciones laborales.
- Trastornos de ansiedad en edad adulta.

1.4 Factores que intervienen en la experiencia ansiosa

El trabajo de Rodríguez (1998) indica que en el conjunto de la experiencia ansiosa participan numerosos elementos, factores y dimensiones que la constituyen, la matizan o la influyen. Y de todos ellos, el primero en interés es el factor cognitivo. Tradicionalmente se ha venido manteniendo una diferencia esencial entre la ansiedad, como emoción y la cognición.

Zajonc, (1980-82) y Williams (1990), concuerdan, en que estudios e investigaciones recientes procedentes del campo de la psicopatología afirman que las relaciones entre ellas, aun siendo dos estructuras potencialmente diferentes no son necesariamente independientes y que ambas estructuras se dan funcionalmente unidas. Las relaciones entre la ansiedad y lo cognitivo son de ida y vuelta: el desarrollo cognitivo del niño va matizando la manera de vivir la ansiedad. La espera ansiosa impregna el futuro de desarrollo de ésta y la actitud de expectativa, función claramente cognitiva, mediatiza el estilo afectivo más o menos ansioso que el niño va adquiriendo poco a poco en sucesivos aprendizajes. A su vez esta experiencia continuada ansioso- cognitiva va modelando el tipo de percepción emocional y de ansiedad que a su vez repercutirán e influenciarán en el futuro desarrollo cognitivo. Este sentido evolutivo y de futuro estará siempre presente en la experiencia infantil de ansiedad. Experiencia que debe ser entendida como un todo autotransformable en desarrollo, cambiante y adaptable, en el que lo cognitivo y lo ansioso están tan funcionalmente unidos que su separación resulta una tarea que parece alejarse razonablemente de la realidad.

1.5 Límites de la experiencia ansiosa

Rodríguez (1998) reiteró que la ansiedad está presente en la mayoría de las experiencias y estructuras psíquicas normales o patológicas en mayor o menor medida. El autor examinó cuál

sería su participación y su relación con algunas de las organizaciones psicopatológicas más importantes: la neurótica, la depresiva, la hiperquinética, la psicótica y la deficitaria.

Antes de examinar cual es la posición que ocupa la ansiedad en la estructura neurótica es obligado hacer unas consideraciones sobre el uso actual del término neurosis. Y como introducción se puede afirmar lo siguiente: se tiende a restringir el término “neurosis”. La clasificación de la CIE-10 (2016) emplea el término neurótico de manera ocasional, como encabezamiento general de un grupo de trastornos “neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”. Y ahí incluye todas las formas clínicas que tradicionalmente se incluían dentro de “neurosis”. En cuanto a la psicopatología infantil ninguna de las dos clasificaciones internacionales hace mención a las neurosis en la infancia como trastorno específico. Sin embargo, en la clínica diaria en Europa es habitual identificar “estructuras neuróticas” en la infancia, es decir, organizaciones que tienen el sello de “lo neurótico”, como adjetivo, no como sustantivo, ni como enfermedad específica o como trastorno concreto. Hecho de relevante significado porque es indicativo de la utilidad y la aceptación que tiene entender la clínica infantil en un sentido evolutivo de estructuraciones sintónicas, de grandes patrones de enfermar, de organizaciones psicopatológicas. Para entender, en psicopatología evolutiva no se pueden prescindir del término estructura neurótica en la que la ansiedad es elemento central y medular. No se pueden olvidar las aportaciones de la psicología dinámica ni de la fenomenología clínica, en el campo de “lo neurótico”, a riesgo de empobrecer peligrosamente el hecho clínico evolutivo. Por ello, y con arreglo a la tradición europea se resumen los rasgos principales que caracterizan a las “estructuras neuróticas infantiles”: 1) la presencia de ansiedad. 2) ansiedad que se involucra con la personalidad de una manera evolutiva, implicando el desarrollo del comportamiento emocional y social del niño con la producción de sentimientos de

inferioridad, hipersensibilidad, vulnerabilidad emocional, exageración en las respuestas emocionales, timidez, aislamiento social, vinculaciones afectivas inadecuadas, autoconciencia de su situación, llantos, desequilibrios emocionales, rigidez emocional, aplicación de la “ley del todo o nada”, carácter “complaciente” y falsamente adaptado, etc. etc. 3) La presencia de conflictos intrapsíquicos, que son constelaciones emocionales con cogniciones inadecuadas, que pueden ser inconscientes o no. 4) El empleo de mecanismos defensivos de la angustia y la ansiedad que provocan los conflictos. 5) Con el rasgo general de la reactividad y la psicogenicidad aprendida, lo que da un menor sello de endogeneidad a las respuestas, como reacción a estímulos o situaciones externas, y a situaciones vividas. 6) Ansiedad que se expresa a través de signos físicos con clara participación del organismo, como ya hemos visto, o con síntomas llamados psíquicos de la estirpe emocional y comportamental en forma de segmentos complejos (Rodríguez, 1998).

1.6 Ansiedad normal

Manifiesta Rodríguez (1998) que la ansiedad normal sería un estado emocional de tensión que puede tener su origen en un estímulo “positivo” o “negativo”, que al ser superado aporta al niño una mayor seguridad en sí mismo y le enseña a adaptarse al medio en el que desarrolla su existencia como persona y que, aunque las reacciones sean aparatosas no habrá repercusiones para el futuro de su organización y maduración emocional.

1.7 Ansiedad patológica

Continuando con Rodríguez (1998) la ansiedad patológica sería un estado emocional con desproporción entre la respuesta emotiva y una situación externa dada, en el que el niño o el adolescente sienten una mezcla de desazón, inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación

de peligro o sentimiento de inseguridad, no imputable siempre a circunstancias reales, vivenciado todo de una forma psíquica intensa, acompañado de sensaciones físicas de opresión, malestar, dolor, inestabilidad y somatizaciones.

Es en este sentido se puede definir la ansiedad patológica como un estado emocional con desproporción entre la respuesta emotiva y una situación externa dada, en el que el individuo siente una mezcla de inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad no imputable a circunstancias reales, vivenciado todo de una forma psíquica intensa, acompañado de sensaciones físicas de opresión, malestar, dolor, inestabilidad y somatizaciones.

1.8 Factores de riesgo y factores mantenedores de ansiedad

1.8.1 Transmisión familiar

La ansiedad es hereditaria, esto en palabras de Rapee (2016). Parientes en primer grado de personas con trastornos de ansiedad tienen un riesgo significativamente mayor de tener también trastornos de ansiedad, así como trastornos del ánimo. Lo mismo ocurre más específicamente con la ansiedad en niños y adolescentes. Los niños ansiosos son considerablemente más propensos a tener padres con trastornos de ansiedad, y adultos con trastornos de ansiedad son más propensos a tener niños ansiosos (Rapee 2016). Una relación similar se produce de manera más general para el temperamento relacionado con la ansiedad. Los adultos con trastornos de ansiedad son más propensos a tener hijos altamente inhibidos y los niños inhibidos son más propensos a tener padres con trastornos de ansiedad y del ánimo (Rosenbaum, 1993). Un hallazgo importante es que la transmisión familiar de la ansiedad parece ser específica. En otras palabras, diversos estudios han demostrado que las personas con un

trastorno de ansiedad particular son más propensas a tener parientes en primer grado con el mismo trastorno, que con otros trastornos de ansiedad.

1.8.2 Factores genéticos

Para Rapee (2016) no existe duda de que los trastornos de ansiedad se transmiten genéticamente. Las mejores estimaciones indican que alrededor del 40% de la varianza en los síntomas de ansiedad y en los diagnósticos de trastorno de ansiedad está mediado por factores genéticos. Esta estimación es aún mayor si se considera la estabilidad de la ansiedad en el tiempo. Existe cierta evidencia (no obstante, con limitaciones) de que las estimaciones de heredabilidad del riesgo temperamental para la ansiedad son ligeramente superiores (Rapee y Coplan, 2010). Como se mencionó anteriormente, el riesgo genético para los trastornos de ansiedad parece ser en gran medida general, y aparentemente se asocia a un factor muy amplio como el neuroticismo general (Gregory y Eley, 2007). La investigación sobre los genes específicos que subyacen a los trastornos de ansiedad es menos extensa y, hasta la fecha, no existe evidencia que asocie cualquier gen individual específicamente con la ansiedad. Se han explorado muchos genes, siendo los más ampliamente estudiados los de la región promotora del gen transportador de serotonina (5HTTLPR). Sin embargo, los polimorfismos en este gen se han asociado con diferentes trastornos y es poco probable que pudiera desempeñar un papel específico en la ansiedad. De hecho, cierta teoría afirma que el tener dos alelos cortos en el gen 5HTT puede aumentar la capacidad de respuesta global de un individuo a eventos ambientales (positivos y negativos) (Belsky, 2009).

1.8.3 Factores temperamentales

El temperamento como factor de riesgo para la ansiedad es, probablemente, el más estudiado y más claramente establecido Fox (2005); Rapee (2009). Rapee (2016) resalta sobre la asociación de una variedad de temperamentos similares con la ansiedad de los niños, incluyendo: la inhibición del comportamiento, el retraimiento, la timidez y el temor. El autor se refiere a estos diversos temperamentos en esta sección bajo el término general inhibición. Numerosas investigaciones han demostrado que los niños muy pequeños que son identificados como altamente inhibidos están en mayor riesgo de sufrir trastornos de ansiedad posteriores. Como se describió anteriormente, la investigación también ha relacionado la inhibición con los trastornos de ansiedad en parientes en primer grado. La evaluación de la inhibición comúnmente ocurre en niños entre los 2 y 5 años de edad. Esto se puede hacer a través de cuestionarios u observación directa. Las características comunes de la inhibición incluyen: • Retraimiento frente a lo nuevo. • Demoran en entrar en confianza con extraños o pares. • No sonríen. • Mantienen mucha proximidad con una de sus figuras de apego. • No conversan. • Ejercen limitado contacto visual o “evaden” la mirada. • No buscan explorar nuevas situaciones. Los niños que muestran estas características durante la edad preescolar son de dos a cuatro veces más propensos a reunir los criterios para trastornos de ansiedad durante la niñez media y se ha demostrado que este aumento del riesgo continuará al menos hasta la adolescencia (Fox 2005). Algunas evidencias también indican que los infantes (de 3-6 meses) que muestran altos niveles de excitación y emotividad están en mayor riesgo de mostrar alta inhibición entre los 2 a 5 años de edad. Por lo tanto, parece ser posible identificar un riesgo alto para la ansiedad desde los pocos meses de edad (Kagan, Snidman, 1991).

Rapee y Coplan (2010) sostienen que hay algunas evidencias de que la inhibición y el trastorno tienen algunas características únicas y por lo tanto representan constructos diferentes, pero la cuestión está lejos de ser establecida.

1.8.4 Factores parentales y familiares

Rapee (2016) resalta que, dada la evidencia descrita anteriormente sobre la transmisión de la ansiedad dentro de las familias, comúnmente se ha supuesto que los padres y el entorno familiar deben contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad. Sin embargo, ha sido difícil obtener esta evidencia y los datos no han sido totalmente consistentes. La investigación más amplia se ha centrado en la crianza y en las interacciones de los padres con sus hijos. Actualmente hay pocas dudas de que la crianza de niños ansiosos está caracterizada por la sobreprotección, intrusismo y, en menor medida, negatividad (McLeod (2007)). Si esta relación es causal, es difícil de determinar y, hasta la fecha, ha habido muy poco análisis sobre esta cuestión. Las teorías argumentan que es probable que la relación padre-hijo refleje interacciones cíclicas. Es decir, los niños inhibidos son propensos a provocar la sobreprotección por parte de sus padres y, a su vez, es probable que la crianza sobreprotectora conduzca a una mayor ansiedad (Hudson, Rapee, 2004, Rubin 2009).

1.8.5 Eventos vitales

En este aspecto, Rapee (2016) califica que, aunque ha habido una gran cantidad de investigaciones que examinan el papel de los eventos vitales negativos de la vida en la aparición de trastornos de ansiedad en el adulto (principalmente agorafobia), existe muy poca investigación que haya estudiado los eventos de la vida en la ansiedad infantil. Esto puede deberse a que la ansiedad infantil a menudo se desarrolla en un contexto de temperamento

inhibido y es relativamente raro un inicio repentino y claro. La evidencia sugiere que los niños ansiosos reportan un mayor número de acontecimientos negativos en la vida y estos tienen un mayor impacto que en los niños sin trastornos de ansiedad.

1.8.6 Sesgos cognitivos

Los niños ansiosos reportan un aumento de las creencias y expectativas de amenaza. Hasta cierto punto esto es un reflejo del diagnóstico, pero también se postula que esto representa una característica fundamental para mantener el trastorno en el tiempo. Aunque existe una considerable superposición, en cierta medida las expectativas de amenazas son específicas. Es decir, los niños con fobia social son más propensos a experimentar el aumento de las expectativas de amenaza social (p. ej.: “los otros niños no me van a querer”), los niños con ansiedad de separación experimentan un aumento de expectativas de amenaza física (p. ej.: “mis padres resultarán heridos”), etcétera. La evidencia sugiere que estas creencias de amenazas son mayores entre los niños ansiosos que entre los niños con otras psicopatologías y que disminuyen con un tratamiento exitoso (Schniering y Lyneham, 2007). El hecho de que se trate de una relación causal con la aparición de la ansiedad o simplemente reflejen la ansiedad, no está claro.

Investigaciones más recientes también se han enfocado en cómo los niños ansiosos procesan la información de las amenazas (Hadwin, 2006). Como ya se ha demostrado en adultos, los niños ansiosos tienen tanto un sesgo en la atención hacia la amenaza como un sesgo para interpretar la información ambigua de una manera constantemente amenazante. Algunas investigaciones han demostrado que estos sesgos disminuyen con un tratamiento exitoso.

1.9 Componentes de la ansiedad infantil

De acuerdo con Jalenques, Coudert y Lachal (1994) las manifestaciones particulares o características propias de la ansiedad infantil son principalmente cuatro:

1.9.1 Componente comportamental

En forma de cólera, agitación, inestabilidad psicomotriz y trastornos de atención. Frecuentemente, la cólera es la expresión comportamental de la ansiedad y el niño que la sufra presentará labilidad emocional y será sensible a los mínimos reproches u observaciones, poniéndose colérico de manera repetida. También, durante una crisis ansiosa el niño puede presentar una agitación clásica desordenada, durante la cual no puede “aguantarse” más e incita que el entorno le contenga emocional y físicamente. El niño tiende entonces a debatirse, a luchar, y la impulsividad de las descargas motoras es alta en esos momentos. También están la inestabilidad psicomotriz y los problemas de concentración, pasando de una actividad a otra sin interesarse realmente o estar motivado, a menudo con gestos impulsivos que no controla bien respecto a los objetos. El niño puede expresar un contacto demasiado fácil con su entorno, con dificultad para encontrar límites sin llegar a establecer una verdadera relación con los otros niños. Dentro de la inestabilidad psicomotriz se puede encontrar la aparición de tics, hipertonía global o segmentaria, dificultad para relajarse y enlentecimiento motor.

1.9.2 Componente emocional

La ansiedad contiene una percepción interna del sujeto de un tipo de sentimiento descrito como desagradable, que ha recibido el nombre de afecto negativo. La identificación de esta forma de afecto ha llevado al denominado modelo tripartito para diferenciar la aparición de este sentimiento en la ansiedad y en la depresión. Fue Tellegen (1985) el que diferenció por primera

vez la ansiedad de la depresión basándose en los conceptos de afectividad positiva y negativa a partir de la teoría del afecto. El afecto positivo refleja la medida en que una persona se siente activa, entusiasta, alerta, con energía y participación gratificante, mientras que el afecto negativo representa un factor de estrés participación desagradable, con predominio de sentimientos negativos como el disgusto, la ira, la culpa o el nerviosismo. Según este autor, la diferencia fundamental entre la ansiedad y la depresión consiste en que sólo en la segunda si hay bajo o poco afecto positivo, es decir, que el bajo afecto positivo sería una característica específica de la depresión. Siguiendo este mismo modelo explicativo, fueron Clark y Watson (1991) quienes propusieron el modelo tripartito para explicar tanto las características distintivas como las solapadas entre la ansiedad y la depresión. Según este modelo, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos comparten un factor general de diestrés o alta afectividad negativa. En cambio, los aspectos distintivos son la hiperactivación fisiológica, propia únicamente de la ansiedad, y la anhedonía (bajo afecto positivo) específica sólo de la depresión. Siguiendo el modelo, el tercer factor que permite realizar el diagnóstico diferencial entre ansiedad y depresión es la activación autónoma o inhibición conductual, que es elevada en el caso del trastorno depresivo y muy baja (ya que presentan mucha activación fisiológica) en los trastornos de ansiedad.

1.9.3 Componente somático

Las cefaleas, cuya intensidad varía bruscamente en relación con el entorno y cuyo horario coincide con acontecimientos potencialmente ansiógenos, al igual que los dolores abdominales, sudoración fría, hiperventilación, taquicardia y malestares digestivos, pueden considerarse como manifestaciones propias de un cuadro ansioso en el niño. Algunos niños expresan malestar físico mediante quejas hipocondríacas y ocultan temores sobre la integridad y el funcionamiento de su

cuerpo. Por otro lado, si bien no se pueden considerar la enuresis y la encopresis como equivalentes ansiosos, en cierto número de casos estos trastornos esfinterianos aparecen en un contexto de ansiedad crónica, asociados a síntomas de angustia de separación y a fobias (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999). La anorexia es también un signo funcional que puede formar parte de un cuadro ansioso (Fernández, Jiménez, Badía, Jaurrieta, Solano y Vallejo, 2003; y Toro, 2001). De igual forma los trastornos del sueño en forma de pesadillas repetitivas, miedo a dormirse, noches agitadas con frecuentes despertares y ansiedad matinal (al despertar).

1.9.4 Componente cognitivo

Este hace referencia a las formas de “racionalizar” la ansiedad: obsesiones, prejuicios, manías, etc. En ocasiones el niño ansioso va desinteresándose por las tareas escolares y las actividades sociales para replegarse en el juego individual y en su mundo interior. Ante una crisis ansiosa el pensamiento se vuelve desorganizado, pasando a funcionar de forma rápida (taquipsíquica) o lenta (bradi-psíquica). En otras ocasiones se produce a un bloqueo intelectual (lo comúnmente llamado “quedarse en blanco”).

1.9.5 Componente relacional

Los trastornos de ansiedad alteran el individuo y consecuentemente también las formas de relación de éste con su entorno. Se pueden distinguir tres tipos de conducta en el niño ansioso que afectan a su sociabilidad: la inhibición, la evitación y la dependencia: -Inhibición: Puede tratarse sencillamente de timidez o de una patología mayor con mutismo, bloqueo intelectual e incluso alguna estereotipia o tic nervioso. -Conductas de evitación: Son, al igual que en el adulto, unos recursos empleados por el niño para evitar el enfrentamiento a situaciones u objetos fóbicos. -Dependencia ansiosa: Es otra manera en el niño de evitar las circunstancias ansiógenas

y de protegerse, desarrollando un lazo excesivo de insatisfacción permanente y de tipo regresivo hacia el adulto.

Es innegable que para cada uno de los niños que asisten a las escuelas primarias del país el contexto que les rodea es diferente para cada uno de ellos, mismo que puede ser favorecedor o perjudicador para su vida. Situaciones que, viéndolas desde el plano perjudicador, afectan significativamente su día a día, al vivir preocupados por los sucesos reales, imaginarios o bien anticipatorios a lo que posiblemente pueda suceder, los estudiantes pueden llegar a verse inmersos en un cuadro de preocupación constante y con ello desarrollar el trastorno de ansiedad. Las preocupaciones que afectan de un niño a otro pueden ser diferentes. Es sabido que tanto en instituciones educativas privadas, padres de familia presionan a sus hijos por obtener las mejores calificaciones en los exámenes que realizan los maestros al final de la unidad, una de muchas situaciones ligadas a deteriorar el sentido de seguridad del estudiante. Por ello la importancia del presente estudio para dar a conocer que la ansiedad puede presentarse desde la edad escolar y tanto el ámbito familiar como escolar pueden influir positiva o negativamente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A medida que el ser humano crece, son diversas las preocupaciones que invaden la conciencia. Cabe en lo normal para un niño enfrentar diferentes miedos, a medida que se desarrolla estos miedos van desvaneciéndose. Sin embargo, llegan miedos para quedarse en el infante.

En los niños esta pesadumbre, acompañada de síntomas como palpitaciones, sudoración, presión en el pecho, nerviosismo, encuadra en criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad. El contexto en el que se relaciona el niño, es factor clave para entender el detonante de su ansiedad.

En el ámbito escolar, el período de exámenes escolares puede relacionarse con la incidencia de ansiedad para el estudiante. Las relaciones interpersonales, la relación con sus pares, misma que puede llegar a no ser la más adecuada, favorece a que el estudiante se inhiba de participar en las actividades escolares, tales como exposiciones, trabajos grupales, teniendo como consecuente, puntuaciones bajas. Las pruebas escolares resultan para el estudiante momentos de tensión, a esto se le puede sumar la exigencia de los padres para que el resultado de la prueba sea la ponderación alta o exacta. Ante esta situación, el niño puede llegar a experimentar sensaciones de angustia ante la forma en que los padres llegarían a reprenderlo al no cumplir con las exigencias. Otro aspecto afectado en el niño es su autoestima, donde se sentirá poco competente al no cumplir con las exigencias de sus padres. Es importante saber que puedan darse los casos en la que los estudiantes prefieran el hermetismo, ver su episodio de ansiedad como algo pasajero, sufriendo en silencio cada uno de los síntomas.

Los padres de familia, ante un niño con trastorno de ansiedad suelen no tener el conocimiento para ayudarlo, en el intento de querer calmar al niño, incurren en el regaño, acción que no es positiva ante el cuadro de ansiedad en el niño. Actualmente se empieza a romper

muchos mitos acerca de quienes asisten a terapia psicológica, conceptos errados de épocas pasadas. En instituciones educativas privadas recurren a apoyar a los estudiantes con un profesional en el área de psicología, en donde el padre de familia cancela los honorarios de éste. Los establecimientos públicos carecen de este servicio. En el departamento de Zacapa, el Ministerio de Educación tiene asignada únicamente a una persona profesional en el área de psicología para cubrir los casos reportados por directores de los establecimientos

Tomando en cuenta lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de ansiedad que presenta un grupo de estudiantes de 4to. 5to. y 6to grado de nivel primario, en la Escuela Oficial Urbana Mixta, Jornada Vespertina, Zacapa, Zacapa?

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Determinar el nivel de ansiedad que presenta un grupo de estudiantes de 4to. 5to. y 6to grado de nivel primario, en la Escuela Oficial Urbana Mixta, Jornada Vespertina, Zacapa, Zacapa.

2.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar el nivel de ansiedad según las puntuaciones de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª. Edición, obtenidas en las escalas: Defensividad, Ansiedad total, Ansiedad fisiológica, Inquietud, Ansiedad social, inquietud e Índice de respuestas inconscientes.
- ✓ Determinar la ansiedad que presentan los niños de 4to. 5to. y 6to. primaria por género.
- ✓ Plantear una estrategia de actividades en apoyo a la disminución de ansiedad en el aula.

2.2 Variable

Ansiedad

2.3 Definición de la variable

2.3.1 Ansiedad

Rodríguez (2009), explica que la ansiedad, puede definirse como una reacción defensiva e instantánea ante el peligro, respuesta que se da ante situaciones que comprometen la seguridad personal, ejerce una función protectora para el niño para adaptarse paulatinamente a diferentes situaciones ya que a lo largo de su vida tiene que enfrentarse a infinidad de peligros, sin embargo cuando dicha reacción pierde la función inicial se convierte en un trastorno de ansiedad que puede describirse como la angustia incontrolable ante una amenaza real o imaginaria y la consiguiente imposibilidad de hacer frente a las diversas situaciones de la vida.

Para atribuir el diagnóstico de ansiedad Tayeh, Agámez y Chaskel (2016) enfatizan que solo cuando los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia/ medicamento o a otra condición médica, y no se explican mejor por otro trastorno mental.

2.4 Definición operacional

Para fines de este estudio, la ansiedad se midió por medio del instrumento Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2 2008), a través de las siguientes escalas: Defensividad, Ansiedad fisiológica, Inquietud, Ansiedad social, Índice de respuestas inconscientes, ansiedad total. Con las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas permitirán medir si existe ansiedad y en que rango se presenta.

2.5 Instrumento

El test a aplicar para la investigación será la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada, 2ª edición (CMASR-2 2008), instrumento desarrollado por Reynolds y Richmond (1985). El objetivo de este test es identificar y evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008) es un instrumento que consta de 49 reactivos, aplicable de forma individual o colectiva. La persona evaluada responde a cada una de los cuestionamientos circulando la respuesta “Si” o “No”, respondiendo según la identificación a la interrogante. El test brinda seis puntuaciones en las siguientes escalas: 1. Defensividad (DEF), 2. Ansiedad total (TOT), 3. Ansiedad fisiológica (FIS), 4. Inquietud (INQ), 5. Ansiedad social (SOC), 6. Índice de respuestas inconscientes (INC).

2.6 Alcances y límites

El alcance del presente estudio fue establecer el nivel de ansiedad en un grupo de niños comprendidos entre las edades de 10 a 15 años, provenientes de familias de estrato social bajo, cursando los grados de cuarto, quinto y sexto primaria en la Escuela Oficial Urbana Mixta, Jornada Vespertina Zacapa, Zacapa. Por ello se justifica que los resultados no pueden generalizarse, por ser grupos de estudio con características únicas.

2.7 Aporte

Al concluir con la investigación titulada “Niveles de ansiedad en un grupo de niños de edad escolar en grados 4to. 5to. y 6to primaria pertenecientes a una escuela del nivel oficial”, el

documento puede ser utilizado como fuente de consulta ante dudas que surjan respecto al tema de ansiedad.

Para la directora y maestros del establecimiento la investigación puede ser utilizada como herramienta para obtener conocimiento científico sobre ansiedad, así también la descripción de los principales trastornos de ansiedad que afectan a los niños.

Para estudiantes de psicología, la investigación está compuesta por trabajos recientes de otros investigadores, con lo cual se incentiva a continuar con la exploración del tema, así también plantear propuestas que conlleven a soluciones concretas para apoyar a los niños que presenten ansiedad.

Así mismo se redactó una guía con actividades lúdicas para apoyo del docente, que podría utilizarse como estrategia para contrarrestar la ansiedad infantil en el salón de clases.

III. Método

3.1 Sujetos:

El trabajo de campo se realizó con un universo de 36 estudiantes, pertenecientes a los géneros femenino y masculino, entre las edades comprendidas de 10 a 15 años que estudian los grados de cuarto, quinto y sexto del nivel primario en un establecimiento educativo público del municipio de Zacapa y departamento de Zacapa, pertenecientes a la cultura ladina, nivel socioeconómico bajo.

Características de los sujetos:

Grado: 4to. Primaria		
Género	Cantidad de estudiantes	Edades
Masculino	6	10, 11 y 12 años
Femenino	6	10, 11, 12 años

Grado: 5to. primaria		
Género	Cantidad de estudiantes	Edades
Masculino	6	11 y 12 años
Femenino	6	11 y 12 años

Grado: 6to. Primaria		
Género	Cantidad de estudiantes	Edades
Masculino	6	12 y 13 años
Femenino	6	12, 13 y 15 años

3.2 Instrumento:

Se utilizó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), instrumento que permite medir los niveles de ansiedad, en edades comprendidas de 6 a 19 años. Razón por la cuál que se adapta a la edad del grupo a estudiar. El instrumento está estructurado con 49 reactivos, tiene un tiempo de 15 minutos para ser respondido. Para dar respuesta a la CMASR-2, el estudiante lee el enunciado, debe preguntarse ¿así soy yo?, encierra con círculo “SI” o “No” de acuerdo a la identificación de la interrogante, cada respuesta encerrada en el círculo tiene valor de un punto. El instrumento está diseñado para aportar puntuaciones en seis sub escalas, estas son: 1. Defensividad (DEF), 2. Ansiedad total (TOT), 3. Ansiedad fisiológica (FIS), 4. Inquietud (INQ), 5. Ansiedad social (SOC), 6. Índice de respuestas inconscientes (INC). Para la administración del instrumento, la investigadora siguió las normas legales para su aplicación.

Para el proceso de calificación del test, se verificó que el estudiante haya dado respuesta a cada uno de los 49 reactivos. Con apoyo de la plantilla de calificación del instrumento, se contaron todos los “Si” que fueron encerrados en un círculo por el estudiante para determinar la puntuación natural en cada una de las sub escalas, únicamente se tomó en cuenta como puntuación la respuesta “No” encerrada en círculo de los reactivos cuarenta, cuarenta y cuatro y cuarenta y ocho de la sub escala de defensividad, misma instrucción especificada en el manual del instrumento. Para obtener la puntuación de ansiedad total, fueron sumadas las puntuaciones naturales de tres sub escalas: 1. Ansiedad fisiológica (FIS), 2. Inquietud (INQ), 3. Ansiedad social (SOC) éstas se anotaron en la parte inferior del cuadernillo de respuesta, en la casilla correspondiente.

El cálculo de la sub escala Índice de Respuestas Inconscientes (INC), se realizó, trasladando las respuestas marcadas en círculos de los nueve pares de reactivos que especifica el test, en caso que la puntuación hubiera llegado a seis o más valores, la instrucción del manual es realizar nuevamente la administración del test al estudiante, ya que probablemente el estudiante realizó la prueba con el objeto de complacer al entrevistador únicamente.

Al obtener las puntuaciones naturales de cada una de las sub escalas se procedió a seleccionar el perfil, tomando en cuenta las características de género y edad, dado a que la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008) proporciona tres perfiles, femenino en rango de edad de 6 a ocho años, femenino rango de edad de 9 a 14 años, femenino rango de edad de 15 a 19 años, así mismo; para el género masculino tres perfiles, masculino rango de edad de 6 a 8 años, masculino rango de edad de 9 a 14 años, masculino rango de edad de 15 a 19 años.

3.3 Procedimiento

Para realizar el estudio, los pasos a seguir fueron los siguientes:

- Elección de tema viable para la investigación.
- Definición de objetivo general y objetivos específicos.
- Investigación de antecedentes (autores nacionales e internacionales).
- Estructuración del marco teórico.
- Selección de instrumento a utilizar.
- Selección de la muestra.
- Solicitud de permiso para ingresar al establecimiento educativo.

- Solicitud de permiso a padres y/o tutores de los estudiantes seleccionados para la muestra.
- Aplicación del instrumento.
- Calificación e interpretación del instrumento.
- Se realizó el trabajo de tabulación, análisis estadístico con los resultados obtenidos.
- Se elaboró la discusión de resultados.
- Se desarrollaron las conclusiones y recomendaciones.
- Se integró el informe final.

3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística

Para el desarrollo de la investigación, se planteó llevarla a cabo con diseño de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo. El análisis estadístico se realizó por medio de medidas de tendencia central: media, moda, mediana, la información se procedió a graficar utilizando programa Microsoft Excel.

IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El grupo de estudiantes seleccionados para la investigación, lo ocupó un universo de 36 estudiantes inscritos en los grados de cuarto, quinto, sexto del nivel primario, en la Escuela Oficial Urbana Mixta Jornada Vespertina, del municipio de Zacapa y Departamento de Zacapa, en la siguiente tabla se detalla código del estudiante, género y la edad.

No.	Código de alumno	Género:		Edad
		Masculino	Femenino	
1	Cuarto 1	Masculino		10
2	Cuarto 2	Masculino		10
3	Cuarto 3	Masculino		10
4	Cuarto 4	Masculino		11
5	Cuarto 5	Masculino		10
6	Cuarto 6	Masculino		12
7	Cuarto 7	Femenino		11
8	Cuarto 8	Femenino		11
9	Cuarto 9	Femenino		12
10	Cuarto 10	Femenino		10
11	Cuarto 11	Femenino		10
12	Cuarto 12	Femenino		10
13	Quinto 13	Masculino		11
14	Quinto 14	Masculino		12
15	Quinto 15	Masculino		11
16	Quinto 16	Masculino		12
17	Quinto 17	Masculino		12
18	Quinto 18	Masculino		12
19	Quinto 19	Femenino		12
20	Quinto 20	Femenino		12
21	Quinto 21	Femenino		11
22	Quinto 22	Femenino		12
23	Quinto 23	Femenino		11
24	Quinto 24	Femenino		12
25	Sexto 25	Masculino		13
26	Sexto 26	Masculino		12
27	Sexto 27	Masculino		12
28	Sexto 28	Masculino		13
29	Sexto 29	Masculino		12

30	Sexto 30	Masculino	12
31	Sexto 31	Femenino	12
32	Sexto 32	Femenino	12
33	Sexto 33	Femenino	12
34	Sexto 34	Femenino	12
35	Sexto 35	Femenino	13
36	Sexto 36	Femenino	15

Con los datos de la tabla anterior se realizaron los análisis estadísticos con medidas de tendencia central, arrojando los siguientes resultados.

Grado 4to. Primaria		Grado 5to. Primaria		Grado 6to. Primaria	
Estudiantes Masculinos	Estudiantes Femeninos	Estudiantes Masculinos	Estudiantes Femeninos	Estudiantes Masculinos	Estudiantes Femeninos
6	6	6	6	6	6
50%	50%	50%	50%	50%	50%

Cálculo de desviación estándar se aplicó mediante la siguiente fórmula, tabla con resultados obtenidos.

Desviación estándar $= \sqrt{\frac{\sum |x - \bar{x}|^2}{n}}$

	Grado 4to. Primaria	Grado 5to. Primaria	Grado 6to. Primaria
Género Masculino	\bar{X} : 10.5 DE: 0.87	\bar{X} : 11.67 DE: 0.52	\bar{X} : 12 DE: 1
Género Femenino	\bar{X} : 10.67 DE: 0.52	\bar{X} : 11.67 DE: 0.52	\bar{X} : 12.67 DE: 1.21

A continuación se presentan los resultados obtenidos al haber suministrado la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), describiendo género masculino de los grados cuarto primaria, quinto primaria, sexto primaria, género femenino de los grados cuarto primaria, quinto primaria, sexto primaria.

Tabla puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género masculino, grado cuarto primaria

Abreviatura	Escalas	Género: Masculino		Puntuación T					
DEF	Defensividad	No.	Código del alumno	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	INC
TOT	Puntuación de Ansiedad Total	1	Cuarto 1	50	51	42	55	57	3
FIS	Ansiedad Fisiológica	2	Cuarto 2	57	52	45	51	58	2
INQ	Inquietud	3	Cuarto 3	57	43	30	42	64	1
SOC	Ansiedad Social	4	Cuarto 4	50	44	37	55	47	3
INC	Puntuación del Índice	5	Cuarto 5	50	40	33	51	43	2
		6	Cuarto 6	50	54	51	55	53	2

Gráfica puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género masculino, grado cuarto primaria

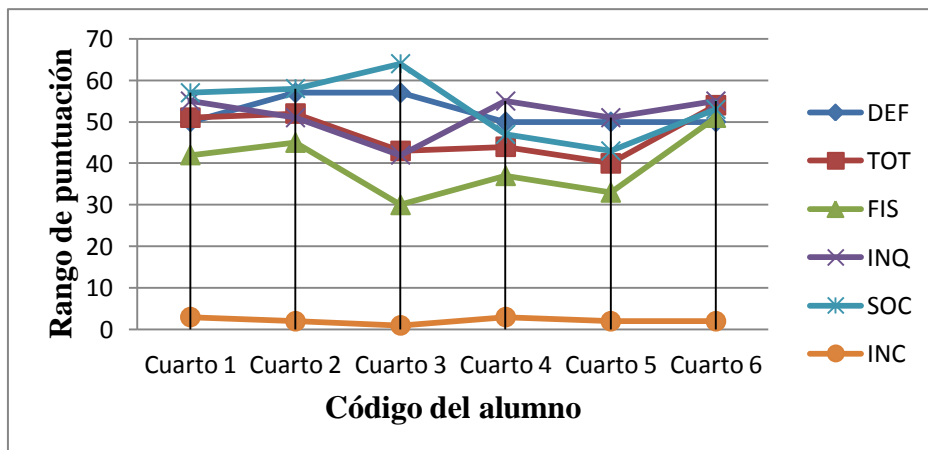


Tabla y gráfica con puntuaciones T de las seis sub escalas que conforman la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), género masculino, grado de cuarto primaria. Seis estudiantes fueron seleccionados para el estudio.

Sub escala Defensividad (DEF), los seis estudiantes rigen puntuación T de cincuenta a cincuenta y siete puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de estudiantes.

Sub escala de Ansiedad Total (TOT), los seis estudiantes rigen puntuación T de cuarenta a cincuenta y cuatro puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de estudiantes.

Sub escala Ansiedad Fisiológica (FIS), tres estudiantes rigen puntuación T de treinta a treinta y siete puntos, describiéndolos como menos problemáticos que para la mayoría de estudiantes, tres estudiantes obtuvieron puntuación T de cuarenta a cincuenta y un puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Inquietud (INQ), seis estudiantes rigen puntuaciones T entre cuarenta y dos y cincuenta y cinco puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de estudiantes.

Sub escala de Ansiedad Social (SOC), cinco estudiantes oscilan puntuación T entre cuarenta y tres a cincuenta y ocho puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de los estudiantes, un estudiante obtuvo una puntuación T de sesenta y cuatro puntos, resultado que se describiéndolo como moderadamente problemático, refleja ansiedad.

Sub escala de Índice de Respuestas Inconscientes (INC), seis estudiantes obtuvieron puntuación de uno a tres puntos, al ser una puntuación menor de seis, interpretándose, el grupo no requiere de una segunda administración del instrumento.

**Tabla puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género masculino, grado quinto primaria**

Abreviatura	Escalas	Puntuación T					
DEF	Defensividad						
TOT	Puntuación de Ansiedad Total						
FIS	Ansiedad Fisiológica						
INQ	Inquietud						
SOC	Ansiedad Social						
INC	Puntuación del Índice						

Género: Masculino		Puntuación T					
No.	Código del alumno	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	INC
7	Quinto 13	53	55	48	55	58	4
8	Quinto 14	57	40	39	38	43	3
9	Quinto 15	50	44	37	64	40	4
10	Quinto 16	63	37	35	38	43	3
11	Quinto 17	57	82	53	71	58	1
12	Quinto 18	50	44	35	64	43	3

**Gráfica puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género masculino, grado quinto primaria**

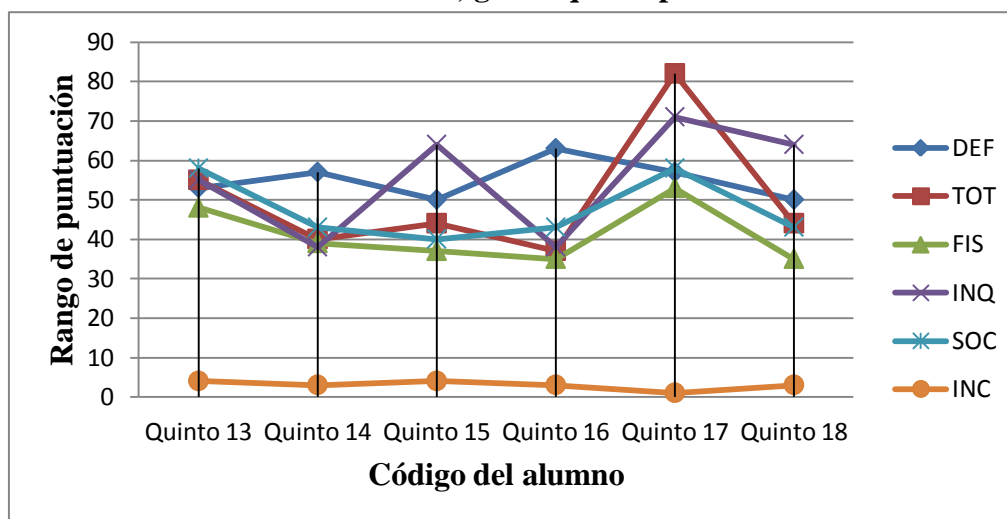


Tabla y gráfica con puntuaciones T de las seis sub escalas que conforman la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), género masculino, grado de quinto primaria. Seis estudiantes fueron seleccionados para el estudio.

Sub escala Defensividad (DEF) cinco estudiantes oscilan puntuación T de cincuenta a cincuenta y siete puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de los estudiantes, un estudiante con puntuación T de sesenta y tres punto, describiéndolo como moderadamente problemático, refleja ansiedad.

Sub escala Ansiedad Total (TOT), un estudiante obtuvo puntuación de treinta y siete, describiéndolo como menos problemático que para la mayoría de los estudiantes, cuatro estudiantes obtuvieron puntuación T de cuarenta a cincuenta y cinco puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de los estudiantes, un estudiante obtuvo puntuación T de ochenta y dos puntos, describiéndolo como extremadamente problemático, nivel de ansiedad elevado.

Sub escala Ansiedad Fisiológica (FIS), cuatro estudiantes obtuvieron puntuación T de treinta y cinco a treinta y nueve puntos, describiéndolos como menos problemáticos que para la mayoría de estudiantes, dos estudiantes obtuvieron puntuación T de cuarenta y ocho a cincuenta y tres puntos, describiéndolos como no más problemático que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Inquietud (INQ), dos estudiantes obtuvieron puntuación T de treinta y ocho puntos, describiéndolos como menos problemáticos que para la mayoría de los estudiantes, un estudiante obtuvo puntuación T de cincuenta y cinco puntos describiéndolo como no más problemático que para la mayoría de los estudiantes, tres estudiantes obtuvieron puntuación T entre sesenta y cuatro a setenta y un puntos, describiéndolos como extremadamente problemático, nivel de ansiedad elevado.

Sub escala Ansiedad Social (SOC), seis estudiantes obtuvieron puntuación T entre cuarenta a cincuenta y ocho puntos, describiéndolos como no más problemático que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Índice de Respuestas Inconscientes (INC) seis estudiantes obtuvieron puntuación de uno a cuatro puntos, al ser una puntuación menor de seis, interpretándose, el grupo no requiere de una segunda administración del instrumento.

Tabla puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género masculino, grado sexto primaria

Abreviatura	Escalas	Género: Masculino		Puntuación Total					
DEF	Defensividad	No.	Código del alumno	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	INC
TOT	Puntuación de Ansiedad Total	13	Sexto 25	50	60	45	64	64	1
FIS	Ansiedad Fisiológica	14	Sexto 26	39	50	49	46	61	1
INQ	Inquietud	15	Sexto 27	57	46	45	51	43	4
SOC	Ansiedad Social	16	Sexto 28	50	36	3	46	40	5
INC	Puntuación del Índice	17	Sexto 29	50	57	55	59	51	3
		18	Sexto 30	53	43	39	38	53	5

Gráfica puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género masculino, grado sexto primaria

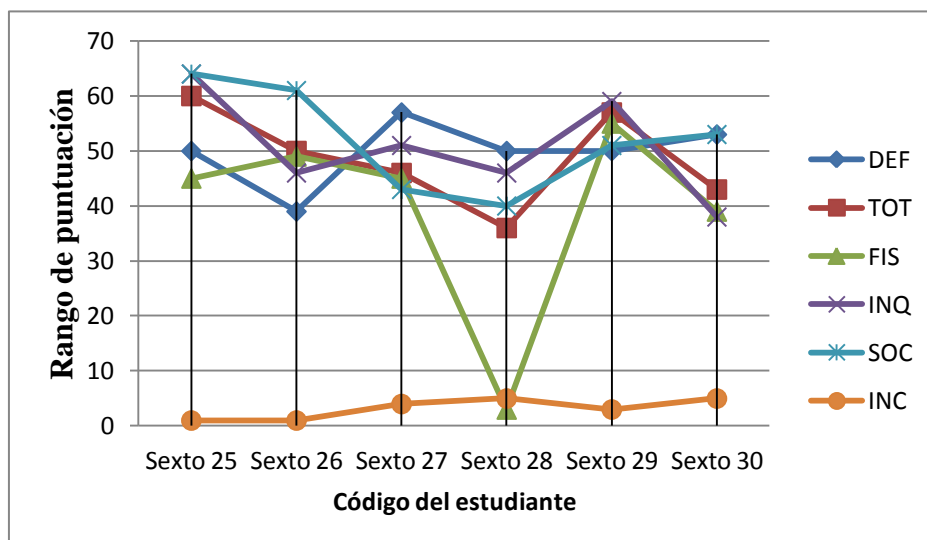


Tabla y gráfica con puntuaciones T de las seis sub escalas que conforman la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), género masculino, grado de sexto primaria. Seis estudiantes fueron seleccionados para el estudio.

Sub escala Defensividad (DEF), un estudiante obtuvo puntuación T de treinta y nueve puntos, describiéndolo como menos problemático que para la mayoría de los estudiantes, cinco estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango de cincuenta a cincuenta y siete puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Ansiedad Total (TOT), un estudiante obtuvo puntuación T de treinta y seis puntos, describiéndolo como menos problemático que para la mayoría de los estudiantes, cinco estudiantes obtuvieron puntuación T entre cuarenta y seis a sesenta puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Ansiedad Fisiológica (FIS). dos estudiante obtuvieron puntuación T entre tres y treinta y nueve puntos describiéndolos como menos problemáticos que para la mayoría de los estudiantes, cuatro estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango de cuarenta y cinco a cincuenta y cinco puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Inquietud (INQ), un estudiante obtuvo puntuación T de treinta y ocho puntos, describiéndolo como menos problemático que para la mayoría de los estudiantes, cuatro estudiantes obtuvieron puntuación T entre cuarenta y seis a cincuenta y nueve puntos, describiéndolos como no más problemático que para la mayoría de los estudiantes, un estudiante obtuvo puntuación T de sesenta y cuatro puntos, describiéndolo como moderadamente problemático.

Sub escala Ansiedad Social (SOC), cuatro estudiantes obtuvieron puntuación T entre cuarenta a cincuenta y tres puntos, describiéndolos como no más problemáticos que para la mayoría de los estudiantes, dos estudiantes obtuvieron puntuación T de sesenta y uno; y sesenta y cuatro puntos, describiéndolos como moderadamente problemático.

Sub escala Índice de Respuestas Inconscientes (INC), seis estudiantes obtuvieron puntuación de uno a cinco puntos, al ser una puntuación menor de seis, interpretándose, el grupo no requiere de una segunda administración del instrumento.

**Tabla puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género femenino, grado cuarto primaria**

Abreviatura	Escalas	Género: Femenino		Puntuación Total					
DEF	Defensividad	No.	Código del alumno	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	INC
TOT	Puntuación de Ansiedad Total	1	Cuarto 7	44	48	45	61	44	2
FIS	Ansiedad Fisiológica	2	Cuarto 8	51	55	50	48	60	2
INQ	Inquietud	3	Cuarto 9	38	45	40	57	47	5
SOC	Ansiedad Social	4	Cuarto 10	44	43	45	52	36	2
INC	Puntuación del Índice	5	Cuarto 11	46	55	50	57	55	2
		6	Cuarto 12	51	48	50	37	55	2

**Gráfica puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género femenino, grado cuarto primaria**

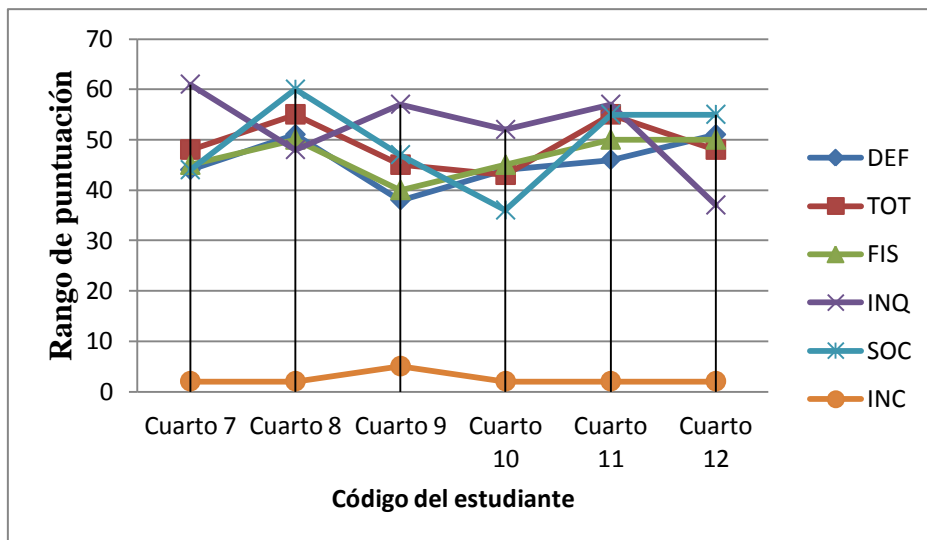


Tabla y gráfica con puntuaciones T de las seis sub escalas que conforman la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), género femenino, grado de cuarto primaria. Seis estudiantes fueron seleccionadas para el estudio.

Sub escala Defensividad (DEF), una estudiante obtuvo puntuación T de treinta y ocho puntos, describiéndola como menos problemática que para la mayoría de los estudiantes, cinco estudiantes obtuvieron puntuación T entre cuarenta y cuatro a cincuenta y un puntos, describiéndolas como no más problemáticas que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Ansiedad Total (TOT), seis estudiantes obtuvieron puntuación T de cuarenta y tres a cincuenta y cinco puntos, describiéndolas como menos problemático que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala de Ansiedad Fisiológica (FIS), seis estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango de cuarenta a cincuenta puntos, describiéndolas como no más problemático que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Inquietud (INQ), una estudiante obtuvo puntuación T de treinta y siete puntos, describiéndola como menos problemática que para la mayoría de los estudiantes, cuatro estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango de cuarenta y ocho a cincuenta y siete puntos, describiéndolas como no más problemáticas que para la mayoría de los estudiantes, una estudiante obtuvo puntuación T de sesenta y un puntos, describiéndola como moderadamente problemática.

Sub escala Ansiedad Social (SOC), una estudiante obtuvo puntuación T de treinta y seis puntos, describiéndola como menos problemática que para la mayoría de los estudiantes, cinco

estudiantes obtuvieron puntuación T entre el rango de cuarenta y cuatro a sesenta puntos, describiéndolas como no más problemático que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Índice de Respuestas Inconscientes (INC), seis estudiantes obtuvieron puntuación de dos a cinco puntos, al ser una puntuación menor de seis, interpretándose, el grupo no requiere de una segunda administración del instrumento.

**Tabla puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género femenino, grado quinto primaria**

Abreviatura	Escalas	Género: Femenino		Puntuación Total					
		No.	Código del alumno	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	INC
DEF	Defensividad	7	Quinto 19	56	43	33	48	55	2
TOT	Puntuación de Ansiedad Total	8	Quinto 20	51	40	0	57	50	2
FIS	Ansiedad Fisiológica	9	Quinto 21	51	40	31	44	50	5
INQ	Inquietud	10	Quinto 22	51	45	40	52	50	3
SOC	Ansiedad Social	11	Quinto 23	44	46	45	57	44	2
INC	Puntuación del Índice	12	Quinto 24	41	49	50	61	40	2

**Gráfica puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género femenino, quinto primaria**

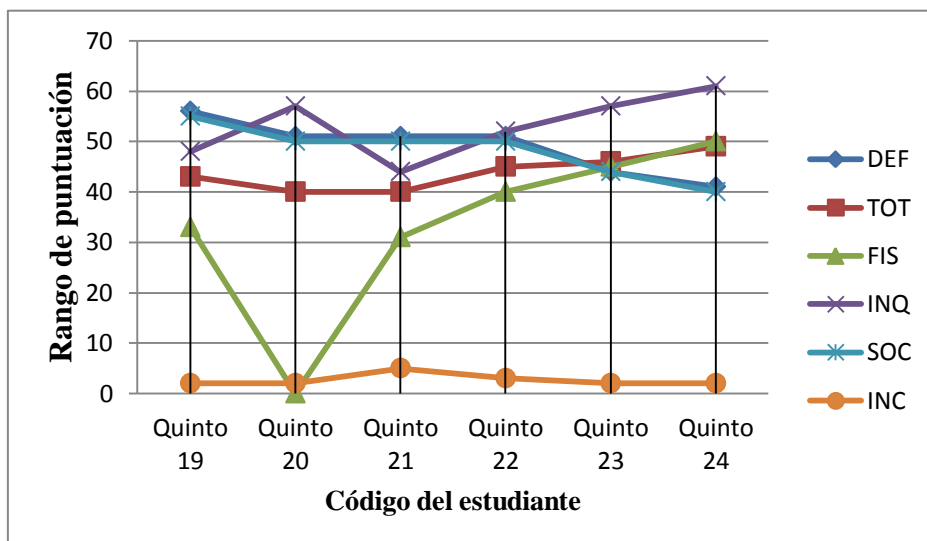


Tabla y gráfica con puntuaciones T de las seis sub escalas que conforman la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), género femenino, grado de quinto primaria. Seis estudiantes fueron seleccionadas para el estudio.

Sub escala Defensividad (DEF), seis estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango de cuarenta y uno a cincuenta y seis puntos, describiéndolas como no más problemáticas que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Ansiedad Total (TOT), seis estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango de cuarenta a cuarenta y nueve puntos, describiéndolas como no más problemáticas que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala de Ansiedad Fisiológica (FIS), tres estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango cero a treinta y tres puntos, describiéndolas como menos problemáticas que para la mayoría de los estudiantes, tres estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango de cuarenta a cincuenta puntos, describiéndolas como no más problemáticas que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Inquietud (INQ), cinco estudiantes obtuvieron puntuación T de cuarenta y cuatro a cincuenta y siete puntos, describiéndolas como no más problemáticas que para la mayoría de los estudiantes, una estudiante obtuvo puntuación T de sesenta y un puntos, describiéndola como moderadamente problemática.

Sub escala Ansiedad Social (SOC), seis estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango de cuarenta a cincuenta y cinco puntos, describiéndolas como no más problemáticas que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Índice de Respuestas Inconscientes (INC), seis estudiantes obtuvieron puntuación de dos a cinco puntos, al ser una puntuación menor de seis, interpretándose, el grupo no requiere de una segunda administración del instrumento.

**Tabla puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género femenino, grado sexto primaria**

Abreviatura	Escalas	Género: Femenino		Puntuación Total					
DEF	Defensividad	No.	Código del alumno	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	INC
TOT	Puntuación de Ansiedad Total	13	Sexto 31	51	45	31	52	40	3
FIS	Ansiedad Fisiológica	14	Sexto 32	56	46	33	48	63	2
INQ	Inquietud	15	Sexto 33	46	44	31	61	52	4
SOC	Ansiedad Social	16	Sexto 34	51	43	37	57	47	4
INC	Puntuación del Índice	17	Sexto 35	46	44	43	57	40	4
		18	Sexto 36	53	40	32	67	36	3

**Gráfica puntuaciones T sub escalas de CMASR-2
Género femenino, sexto primaria**

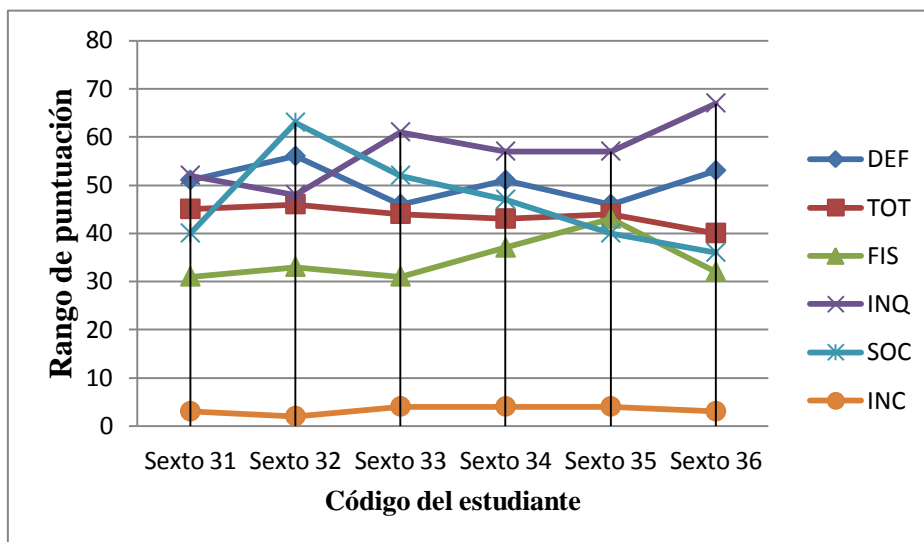


Tabla y gráfica con puntuaciones T de las seis sub escalas que conforman la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), género femenino, grado de sexto primaria. Seis estudiantes fueron seleccionadas para el estudio.

Sub escala Defensividad (DEF), seis estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango de cuarenta y seis a cincuenta y seis puntos, describiéndolas como no más problemáticas que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Ansiedad Total (TOT), seis estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango de cuarenta a cuarenta y seis puntos, describiéndolas como no más problemáticas que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala de Ansiedad Fisiológica (FIS), cinco estudiantes obtuvieron puntuación T entre rango treinta y uno a treinta y siete puntos, describiéndolas como menos problemáticas que para la mayoría de los estudiantes, una estudiante obtuvo puntuación T de cuarenta y tres puntos, describiéndola como no más problemática que para la mayoría de los estudiantes.

Sub escala Inquietud (INQ), cuatro estudiantes obtuvieron puntuación T entre el rango de cuarenta y ocho a cincuenta y siete puntos, describiéndolas como no más problemáticas que para la mayoría de los estudiantes, dos estudiantes obtuvieron puntuación T de sesenta y uno a sesenta y siete puntos, describiéndolas como moderadamente problemático.

Sub escala Índice de Respuestas Inconscientes (INC), seis estudiantes obtuvieron puntuación de dos a cuatro puntos, al ser una puntuación menor de seis, interpretándose, el grupo no requiere de una segunda administración del instrumento.

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La ansiedad es una respuesta defensiva, que la persona desarrolla al verse amenazada por una determinada situación, ésta puede ser real o imaginaria, lo que derivará a un estado de alerta, manifestando síntomas y conducta atípica. Valderrama (2016) indica que la ansiedad, es considerada como una actitud cognitiva emocional desarrollada a partir del miedo (emoción primaria), como un sistema de procesamiento de informaciones amenazantes que permite movilizar anticipadamente acciones preventivas. Consiste en un proceso que mejora el rendimiento y la capacidad de adaptación, es decir, tiene una importante función, como es la de movilizar recursos frente a situaciones de posible amenaza o preocupantes, de tal manera que se haga todo lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

En la investigación se planteó, como objetivo general determinar si existe ansiedad en un grupo de estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado del nivel primario, estudio realizado en un establecimiento educativo público del municipio de Zacapa y departamento de Zacapa. En el momento que se llevó a cabo la investigación los sujetos seleccionados contaban con la edad de 10, 11,12 y 15 años. Partiendo desde la premisa que la ansiedad puede surgir en niños, autores explican, los síntomas y trastornos de ansiedad son de los problemas psicológicos más comunes en niños y adolescentes (Orgilés, Espada, García Fernández, Méndez, Hidalgo 2011).

Lapastora, De la Torre, Jiménez, Del Prado, De Cos, Gómez y García (2007), señalan que la ansiedad es un fenómeno evolutivo estructurante y normal debe ser discriminada de aquella que resulta patológica, que se presenta como un trastorno emocional en la infancia con elevadas dosis de sufrimiento y estrés generando síntomas e interfiriendo con el proceso normal de desarrollo psicológico.

Basado en los resultados obtenidos en la administración de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), a los treinta y seis sujetos, el estudiante identificado como Quinto 17, género masculino, arroja una puntuación elevada en las sub escalas en que se divide el instrumento, siendo la sub escala de Ansiedad total, la más elevada, con una puntuación de ochenta y dos , ubicando la puntuación en la escala de rangos descriptores cualitativos de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), estudiante extremadamente problemático.

Indagando los resultados, no existe otro sujeto que haya puntuado alto en la sub escala de Ansiedad Total (TOT), sin embargo, es verificable en ambos géneros, que dos sub escalas fueron las que predominaron con puntuaciones más altas de la media, éstas fueron sub escala de Inquietud (INQ), y sub escala de Ansiedad Social (SOC). Los sujetos del género femenino predominaron con puntuación elevada en comparación del género masculino, en la sub escala de Inquietud (INQ), los sujetos identificados; Cuarto 7, sesenta y un puntos, Quinto 24, sesenta y un puntos, Sexto 33, sesenta y un puntos, Sexto 36, sesenta y siete puntos. Sujetos del género masculino con puntuación elevada en la sub escala de Inquietud (INQ), Quinto 15, sesenta y cuatro puntos, Quinto 17, setenta y un puntos, Sexto 25, sesenta y cuatro puntos.

En la escala de Ansiedad Social (SOC), el género masculino predominó con puntuación elevada en comparación con el género femenino, sujetos de género masculino identificados; Cuarto 3, sesenta y cuatro puntos, Sexto 25, sesenta y cuatro puntos, Sexto 26, sesenta y un puntos, género femenino, sujeto identificado, Sexto 32, sesenta y tres puntos. De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos, se difiere que existe ansiedad en el grupo de estudiantes, siendo elevada en dos sub escalas, de las cuales está conformado el instrumento utilizado.

Poniendo atención a la edad en la que se encontraban los sujetos de estudio, los reactivos de las sub escalas de Inquietud (INQ) y Ansiedad Social (SOC), en su mayoría, están enfocadas a indagar la percepción de otros sobre sí misma. Siendo una edad con proximidad a la adolescencia, el resultado evidencia una relativa preocupación en el aspecto social de los sujetos. En el grupo de estudio se puede identificar en las sub escalas de Inquietud (INQ) y Ansiedad Social (SOC) en la que obtuvieron como resultado, mayor puntuación de ansiedad.

La preocupación es un fenómeno común entre los niños entre 8 y 13 años. En un estudio realizado en niños normales, aproximadamente el 70% mostraba preocupaciones importantes de acuerdo a Muris, Meesters, Merckelbach, Sermon y Zwakhalem (1998).

Salanic (2014) enfatiza, por lo tanto que los docentes han de prestar atenciones especializadas capaces de provocar persuasión y adaptación integral a las actividades de todas las áreas curriculares exigidas por el Currículum Nacional Base -CNB- y la exigencia de la competitividad en el mundo globalizado, especialmente por pertenecer a una nueva era, en un mundo cambiante y sistemático. Es también necesario indicar que cuando los docentes encargados de atender a los niños del ciclo de educación fundamental de primaria, no cumplen las exigencias esperadas para la atención de los mismos, se crea un ambiente repugnante, individualizador, de rechazo, incompatible entre el docente y el niño, ambiente que afectará especialmente a los alumnos con ansiedad intensa, cuyas características conductuales limita el desarrollo pleno en el proceso de aprendizaje y educación integral.

Cárdenas (2012) menciona que cuando los padres no se percatan de esta situación, que su niño está viviendo con ansiedad, pues evidentemente no se le ayudará a salir de ese contexto y evidentemente, como todo lo que sucede en la infancia afecta, esto afectará los años por venir en

la vida de esa persona. Los padres deben de estar alerta a los síntomas de ansiedad severa para que ellos puedan intervenir a la mayor brevedad posible y así evitar complicaciones. Aquí el punto importante es que los padres deben de estar siempre atentos a esas circunstancias, temores, ansiedad que el niño está manifestando.

Al haber observado al grupo de estudio y haber conversado con las maestras de cada uno de los grados, es repetitivo el patrón en el que los estudiantes apoyan a sus padres en diferentes actividades, exponen que el tiempo para conversar con sus padres es escaso. Se pudo constatar entre las situaciones que causan preocupación en los estudiantes observados son: reprobar materias, encajar con sus compañeros de clase, problemas familiares como el alcoholismo.

En la Política de Salud Mental 2007-2015 (2008), del Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, exponen, que en Guatemala existe un marco jurídico que da cuenta de la responsabilidad, obligaciones y funciones del Estado en materia de salud y bienestar de la población guatemalteca. En tal sentido se debe trabajar para diseñar y proponer una ley específica de salud mental y la formulación dentro del código de salud de un capítulo dedicado a la salud mental.

Muñoz (2017) puntualiza, que pese a que la depresión y la ansiedad son padecimientos frecuentes en el país, existe una debilidad en la atención debido a la falta de personal especializado que atienda a toda la población en el área de salud pública. Ninette Alburez de Von Ahn, coordinadora del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, señaló que trabajan para fortalecer el primer y segundo nivel de atención para que en los puestos y centros de salud, que no cuenta con personal especializado, identifiquen de manera temprana a una persona con un trastorno mental o que esté predispuesto a padecerlo. “Y entonces desde la

localidad y la comunidad se pueda intervenir sin necesidad de subir a un nivel de atención más alto. Ahora si tuviera necesidad, se tiene que referir”, indicó. Resaltó que en el programa se trabaja con otras instituciones en la iniciativa de salud mental para fortalecer la atención y descentralizarla.

En conclusión con lo anteriormente descrito, la patología de ansiedad tiene sus inicios en la infancia de la persona, indagar la causa de ésta será esencial, en la medida que se busque ayuda de un profesional en salud mental, para desarrollar el proceso terapéutico que ayudará a afrontar la ansiedad y por ende disminuir el nivel de la misma. Asimismo es sumamente necesario que en el país exista una ley de salud mental, con la cual los habitantes tengan garantizados los servicios de salud mental mediante una red organizada de profesionales en la materia, con el objetivo de tratar, prevenir y disminuir los trastornos mentales, aunado a ello sentar un precedente en el cual las instituciones educativas del país, tanto públicas como privadas cuenten con un psicólogo en sus instalaciones para apoyar a los estudiantes que presenten condiciones relacionadas a trastornos mentales.

VI. CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los resultados obtenidos en la administración de la CMASR-2 (2008) a los estudiantes de 4to. 5to. y 6to. primaria de la Escuela Oficial Urbana Mixta, Jornada Vespertina, Zacapa, Zacapa el nivel de ansiedad que presentan el 97.22% de los estudiantes es ansiedad media y un 2.78% ansiedad elevada, se resalta que la escala de Ansiedad Social (SOC) fue la que predominó con puntuaciones más altas que la media en ambos géneros, tomando en cuenta la edad de los sujetos de estudio atraviesan la etapa de la pre adolescencia, misma en la que prestan mayor atención a la percepción que otros hacen sobre ellos, con lo cual la escala de Ansiedad Social (SOC) eminentemente lo refleja.
2. Tomando en cuenta las puntuaciones de las diversas escalas en el que está dividido el instrumento aplicado para la investigación, la escala de Ansiedad Social (SOC) destaca con ponderación elevada, basado en los reactivos que conforman la referida escala y los criterios diagnósticos del DSM-5 ansiedad fobia social es el diagnóstico asignado.
3. Comparando la teoría de varios investigadores del tema de ansiedad infantil, quienes refieren que el género femenino presenta ansiedad con mayor frecuencia a comparación del género masculino; en el grupo de estudio, el género masculino presento más casos de ansiedad en comparación del género femenino.

4. Reducir la ansiedad que presenta el estudiante requiere del apoyo de padres, psicólogo, maestros y compañeros de clase. Con la aplicación de la propuesta de actividades lúdicas para la reducción de ansiedad, se pretende que con ellas, el estudiante que presente ansiedad, reduzca los episodios y el contexto escolar, la convivencia con sus pares, se vuelva agradable y haya motivación por asistir al centro educativo

VII. RECOMENDACIONES

A los sujetos de estudio y a sus padres de familia

1. Expresar sus emociones a una persona de confianza dentro de su círculo familiar, o bien, en la institución educativa, esto con el propósito de dar a conocer sobre alguna situación que les esté afectando y así buscar la ayuda adecuada.
2. Utilizar los recursos escritos, tecnológicos que hoy en día están a disposición de todas las personas, para obtener información que oriente acerca de las acciones a realizar ante una conducta diferente a la habitual del estudiante, así mismo, tomar una actitud de comprensión ante la condición que presente el estudiante.
3. Buscar ayuda psicológica de un profesional de la salud mental, en donde a través de la terapia psicológica se puedan crear estrategias para afrontar los episodios de ansiedad.

A los maestros y directora

4. Que la directora del establecimiento educativo gestione capacitaciones en la Dirección Departamental de Educación para instruir a sus compañeros maestros respecto al tema de ansiedad.
5. Indagar sobre la historia familiar de los estudiantes que presenten ansiedad, utilizando esta información para conocer sobre la dinámica familiar, con el propósito de apoyar al estudiante, así mismo tener conocimiento de acciones a realizar para calmar al estudiante en caso se presente un episodio de ansiedad dentro del centro educativo.

6. Establecer dentro del plan de clase un horario oportuno en el cual la maestra de grado junto con los estudiantes realicen actividades lúdicas, será útil como momento de relajación, propiciando un ambiente agradable en el aula, animando a los estudiantes a continuar con el proceso de enseñanza aprendizaje.

7. Utilizar la guía de actividades lúdicas propuesta en la investigación, en la que el maestro tendrá como herramienta para contrarrestar episodios de ansiedad en sus estudiantes y así mismo, brindar a sus alumnos momentos agradables en su ambiente escolar.

VIII. REFERENCIAS

- Academia Nacional de Medicina. (2012). El trastorno de ansiedad generalizada Vol. 56, N.4. Pág. 53- 55 Julio-Agosto 2013, revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, boletín de Información Clínica Terapéutica México. Recuperado el 05 de mayo de 2017 <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (5ª ed.)*. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y Depresión. Ansiedad en la infancia y adolescencia. (s.f). Recuperado el 01 de mayo de 2017 http://www.actad.org/actad_cas/ansiedad_infantil.php
- Bados, A. (2009). Fobia Social. Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos Universidad de Barcelona, España. Recuperado el 28 de Abril de 2017.
- Baeza, J. (2007). Clínica de la ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad. Madrid y Barcelona, España. Recuperado el 01 de mayo de 2017 <https://clinicadeansiedad.com/asistente/pensar-bien/ansiedad-pensamiento-y-anticipacion/>

Balbuena, F. y Paz, M. (2012). Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Granada, Campus de Melilla, España. Recuperado el 28 de abril de 2017

Bertoglia, L. (2005). La ansiedad y su relación con el aprendizaje. *Psicoperspectivas revista de la Escuela de Psicología facultad de filosofía y educación pontificia Universidad Católica de Valparaíso Chile*, vol. IV / 2005 [pp. 13 - 18]. Recuperado el 12 de mayo de 2017

Bell, D. Last, C. y Straus, C. (1990). "*Symptoms of Anxiety Disorders in Normal Children*", *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 29, 759-765. Recuperado el 28 de abril de 2017

Bolaños, M. (2014). *Niveles de ansiedad en estudiantes de psicología clínica e industrial de la universidad Rafael Landívar de tercer año de la jornada vespertina que están por iniciar las prácticas de intervención psicológica*. (tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado el 01 de mayo de 2017
<http://studylib.es/doc/6147836/niveles-de-ansiedad-en-estudiantes-de-psicolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica-...>

Caballo, V. González, S. Alonso, V. y Iruña, M. (2007). El «cuestionario de interacción social para niños» (CISO-N): un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad social en niños. *Revista Psicología conductual* vol. 15 No. 1, 2007, págs. 77-93. Universidad de Granada, España. Recuperado el 15 de mayo de 2017
http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=282

Cárdenas, E. Feria, M. Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. Ed. S Berenzon, Del Bosque, Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado el 12 de mayo de 2017.

Cárdenas, S. (2012). *El niño ansioso. Esperanza para la familia A.C, catálogo No. 0126* pág. 1-7 Monterrey, Nuevo León, México. Recuperado el 28 de septiembre de 2017.
<http://www.esperanzaparalafamilia.com/Rev/Articulos/PDFs/PDF0126.pdf>

Cerón, A. (2017). *Niveles de ansiedad en niños y niñas de primer grado de primaria de un colegio privado católico de la Ciudad de San Salvador.* (tesis de posgrado) Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado el 28 de septiembre de 2017
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/05/83/Ceron-Ana.pdf>

Coca, A. (2013). *La ansiedad infantil desde el análisis transaccional.* (tesis doctoral), Universidad Nacional de Educación a distancia. España. Recuperado el 28 de abril de 2017

Cortéz, C. Gallego, C. y Marco, P. (2009). Guía para la detección, evaluación e intervención precoz en la escuela. Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra, España. Recuperado el 28 de abril de 2017.
https://www.educacion.navarra.es/documents/713364/714655/guia_mutismo.pdf/24d97030-ec36-44be-9216-2bab01f883b6

Espada, J. (2009). *Mente y cerebro: La Agorafobia.* España. Recuperado el 15 de mayo de 2017 <http://www.investigacionyciencia.es/files/3425.pdf>

Espinosa, L. (2009). Ansiedad infantil e implicación de los padres: una revisión. Revista Psicología conductual; vol. 17 No. 1 pág. 67-87. Universidad de Jaen, España. Recuperado el 15 de mayo de 2017

<http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA226571530&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=11329483&p=AONE&sw=w&authCount=1&isAnonymousEntry=true>

González, S. (2005). *Miedos infantiles y estilos de educación: diferencias y similitudes entre España y Costa Rica*. Universidad de Granada, España. Recuperado el 01 de mayo de 2017 <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>

Gourrier, A. (2016). *La ansiedad y el aprendizaje de la matemática en los estudiantes de secundaria del Instituto Nacional de Educación Básica Francisco Marroquín*. (tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Campus Regional San Luis Gonzaga S.J de Zacapa, Zacapa. Recuperado el 27 de septiembre de 2017 <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/86/Gourrier-Alfredo.pdf>

Hernández, L. (2016). *Bajo rendimiento escolar, síntoma de la ansiedad en niños*. Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 01 de mayo de 2017 <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/ciencia-y-salud/salud/2016/08/2/bajo-rendimiento-escolar-sintoma-de-la-ansiedad-en-ninos>

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Trastornos de ansiedad. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Recuperado el 12 de mayo de 2017

http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad_esp.pdf

Illescas, J. (2008). *Aplicación del programa “medalla de valor” con orientación cognitivo-conductual para disminuir el nivel de ansiedad en niños que oscilan entre las edades de 6 a 8 años.* (tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar.

Recuperado el 28 de septiembre de 2017 <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/05/63/Illescas-Reyes-Jessica-Azucena/Illescas-Reyes-Jessica-Azucena.pdf>

<http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/05/63/Illescas-Reyes-Jessica-Azucena/Illescas-Reyes-Jessica-Azucena.pdf>

Lapastora, P. De la Torre, M. Jiménez, C. Del Prado, N. De Cos, A. Gómez, V. y García, C. (2007). *Trastornos de ansiedad en la infancia: presentación de un caso.* 8°. Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis febrero 2007, págs. 1-10, España. Recuperado el 28 de Abril de 2017

<https://www.psiquiatria.com/ansiedad/trastornos-de-ansiedad-en-la-infancia-presentacion-de-un-caso/>

Lipsitz, J. Mannuza, S. Klein, D. Ross, D. y Fyer, A. (1999). Specific phobia 10-16 years after treatment. *Depression and Anxiety*, 10, 105-11. Recuperado el 01 de mayo de 2017

López, G. y Quaranta, A. (2007). Trastorno de pánico y dolor torácico. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina No. 167. Recuperado el 12 de mayo de 2017 http://med.unne.edu.ar/revista/revista167/5_167.pdf

López, G. (2016). *Ansiedad en niños víctimas de violencia intrafamiliar (Estudio realizado en la Escuela Oficial urbana Mixta Elisa Molina de Stahl, Colegio Cristiano Faro de Luz, Colegio La Asunción, con estudiantes de 6 a 8 años de edad, de la cabecera del municipio de Cabricán, Quetzaltenango.* (tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Campus Quetzaltenango. Recuperado el 01 de mayo de 2017 <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/22/Lopez-Gilda.pdf>

Mayta, L. Gryzbowsky, C. y Miroslava, S. (2016). *El autoconcepto en niños (as) con ansiedad infantil, de 1° a 3° de primaria del colegio "Simón Bolívar" del municipio de Luribay del Departamento de la Paz.* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Mayor de San Andrés, Paz, Bolivia. Recuperado el 27 de septiembre de 2017 <http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/7728/C%20J%20M%20L.%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2008). Programa Nacional de Salud Mental, Política de Salud Mental 2007-2015. Guatemala. Recuperado el 28 de septiembre de 2017. http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=document&layout=d

[efault&alias=241-politica-salud-mental&category_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518](http://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/salud-no-puede-cubrir-trastornos-mentales)

Muñoz, G. (2017). Salud no puede cubrir trastornos mentales. Prensa Libre 3 de enero de 2017. Guatemala. Recuperado el 12 de mayo de 2017.

<http://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/salud-no-puede-cubrir-trastornos-mentales>

Muris, P. Meesters, C. Merckelbach, H. Sermon, A. y Zwakhalem, S. (1998). Worry in Normal Children. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development. Sheridan Books- Braun- Brunfield Ann Arbor: Michigan 1998, 37(7):703–710. Recuperado el 27 de septiembre de 2017.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709626770>

Olmedo, L. (2013). Ansiedad Infantil. Universidad Montemorelos, México. Recuperado el 01 de mayo de 2017

<https://es.slideshare.net/LucioOlmedo/monografia-ansiedad-infantil>

Orgilés, M. Méndez, X. Rosa, A. y Cándido, J. (2003). *La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia*. Revista Anales de psicología 2003, vol. 19, No. 2 (diciembre), págs.193-204, Universidad de Murcia, España. Recuperado el 01 de mayo de 2017

http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf

Orgilés, M. Méndez, X. Espada, J. Carballo, J. y Psiqueras, J. (2012). *Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2012;5 (2) págs. 115-120. España.

Recuperado el 01 de mayo de 2017 <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-sintomas-trastornos-ansiedad-ninos-adolescentes-S1888989112000237>

Orgilés, M. Espada, J. García, F. Hidalgo, M. y Méndez, X. (2011). *Most feared situations related to separation anxiety and characteristics by age and gender in late childhood*.

Revista Anales de Psicología, 27, 80-85. Recuperado el 12 de mayo de 2017 <http://revistas.um.es/analesps/article/view/113501>

Pelaez, A. Bayón, C. Fernández, A. y Rodríguez, P. (2008). *Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil*. Revista Pediátrica Atención Primaria volumen X. Número 40, octubre/diciembre 2008; pág 45-5. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, España. Recuperado el 27 de septiembre de 2017

<http://www.redalyc.org/revista.oa?id=3666>

Rapee, R. (2016). *Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención*. (Irrázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey JM (ed), Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes. Geneva:

Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes. (S.F) Australia. Recuperado el 01 de mayo de 2017

Reynolds, C. y Richmond, B. (2008). Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS). Western Psychological Services, Los Angeles, California, U.S.A. Recuperado el 01 de mayo de 2017

Rodríguez, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente, capítulo 21: La ansiedad en la infancia. La experiencia de la angustia en los niños*. Universidad de Sevilla, España. Recuperado el 12 de mayo de 2017
https://books.google.com.gt/books?id=CNZR9LgdtwsC&pg=PP12&lpg=PP12&dq=La+ansiedad+en+la+infancia.+La+experiencia+de+la+angustia+en+los+ni%C3%B1os&source=bl&ots=tFLS6ePTBH&sig=VAaAAmj_HB3tOlJpz2v0awYxQTW&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwiEiNjemPvTAhVJJiYKHTfUDgQ4ChDoAQgMAQ#v=onepage&q=La%20ansiedad%20en%20la%20infancia.%20La%20experiencia%20de%20la%20angustia%20en%20los%20ni%C3%B1os&f=false

Ruiz, A. y Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid:Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280. Recuperado el 01 de mayo de 2017

Salanic, M. (2014). *Ansiedad infantil y comportamiento en el aula” (estudio realizado con alumnos de primero, segundo y tercero primaria del municipio de cantel)*. (tesis de

licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado el 01 de mayo de 2017 <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/22/Salanic-Manuela.pdf>

Sierra, J. Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Malestar e Subjetividades / fortaleza/ v. Iii / n. 1 / p. 10 - 59 / mar. 2003. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 12 de mayo de 2017 <http://www.redalyc.org/html/271/27130102/>

Tayenh, P. Agámez, P. y Chaskel, R. (2016). *Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia*. CCAP Volumen 15 Número 1. Recuperado el 05 de mayo de 2017 <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>

Valderrama, L. (2016). *Problemas de ansiedad en niños y adolescentes y su relación con variables cognitivas disfuncionales*. (tesis doctoral). Universidad de Málaga, España. Recuperado el 01 de mayo de 2017 https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/14038/TD_VALDERRAMA_MA_RTOS_Lidia.pdf%3Fsequence%3D1+%&cd=5&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt

Valle, M. (2010) *Niveles de ansiedad en niños y niñas que cursan primero primaria de tres colegios privados del departamento de Guatemala*. (tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado el 28 de Abril de 2017 <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/05/42/Valle-Solares-Maria/Valle-Solares-Maria.pdf>

Virgen, R. Lara, A. Morales, G. y Villaseñor, S. (2005). *Los trastornos de ansiedad*. Revista Digital Universitaria, volumen 6 Número 11, Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado el 05 de mayo de 2017 http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf

IX. Anexos

9.1 Estructuración de la CMASR-2008

Para llevar a cabo la investigación se utilizó como instrumento la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), la conforman 49 reactivos, consta de seis sub escalas, cuatro sub escalas están diseñadas para evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en la persona que fue administrada, se detalla los reactivos que pertenecen a cada sub escala.

Escalas	Número de reactivos
Escalas de validez	
Índice de respuestas Inconscientes (INC) (nueve pares de reactivos)	9
Defensividad (DEF)	9
Escala de ansiedad	
Ansiedad total (TOT)	40
Ansiedad Fisiológica (FIS)	12
Inquietud (INQ)	16
Ansiedad social (SOC)	12

Sub escala: Defensividad (DEF)

No.	Reactivo
14	Todas las personas que conozco me caen bien.
19	Siempre soy amable.
24	Siempre me porto bien.
29	Siempre soy bueno.
33	Siempre soy agradable con todos.
38	Siempre digo la verdad.
40	A veces me enojo.
44	A veces digo cosas que no debería decir.
48	He dicho alguna mentira.

Sub escala: Ansiedad fisiológica (FIS)

No. Reactivo

- 1 Muchas veces siento asco o nauseas.
- 5 Tengo demasiados dolores de cabeza
- 7 Algunas veces me despierto asustado(a).
- 11 Me cuesta trabajo tomar decisiones.
- 15 Muchas, veces siento que me falta el aire.
- 20 Me enojo con facilidad.
- 25 En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a).
- 31 Me sudan las manos.
- 34 Me canso mucho.
- 39 Tengo pesadillas.
- 43 Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.
- 46 Me muevo mucho en mi asiento.

Sub escala: Inquietud (INC)

No. Reactivo

- 2 Soy muy nervioso (a).
- 3 Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.
- 6 Me preocupa no agradarle a los otros.
- 8 La gente me pone nervioso (a)
- 12 Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero.
- 16 Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).
- 17 Me siento mal si la gente se ríe de mí.
- 18 Muchas cosas me dan miedo.
- 21 Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.
- 26 Me preocupa lo que la gente piense de mí.
- 30 Es muy fácil herir mis sentimientos.
- 32 Me preocupa cometer errores delante de la gente.
- 35 Me preocupa lo que va a pasar.
- 42 Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir en la noche.
- 45 Me preocupa que alguien me dé una golpiza
- 49 Me preocupa decir alguna tontería.

Sub escala: Ansiedad Social (SOC)

No. Reactivo

- 4 Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.
- 9 Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas.
- 10 Tengo miedo que los demás se rían de mí.

- 13 Parees que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.
- 22 Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.
- 23 Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase.
- 27 Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a).
- 28 En la escuela se burlan de mí.
- 36 Los demás son más felices que yo.
- 37 Temó hablar en voz alta delante de un grupo.
- 41 Me preocupa que durante la clase me hagan participar.
- 47 Muchas personas están en mi contra.

Pares de reactivos que establece la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2^a edición (CMASR-2, 2008) para obtener la puntuación del Índice de respuestas Inconscientes (INC), dando ésta una puntuación de validez que ayuda a revelar si la persona examinada ha dado respuestas sesgadas, a una puntuación de seis o mayor, la instrucción es realizar nuevamente la administración del test.

No. Reactivo

- 2 Soy muy nervioso (a).
- 8 La gente me pone nervioso (a).

No. Reactivo

- 3 Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.
- 35 Me preocupa lo que va a pasar.

No. Reactivo

- 4 Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.
- 10 Tengo miedo que los demás se rían de mí.

No. Reactivo

- 6 Me preocupa no agradarle a los otros.
- 49 Me preocupa decir alguna tontería.

No. Reactivo

- 7 Algunas veces me despierto asustado (a).
- 39 Tengo pesadillas.

No. Reactivo

- 19 Siempre soy amable.
- 33 Siempre soy agradable con todos.

No. Reactivo

- 23 Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase.
- 37 Temo hablar en voz alta delante de un grupo.

No. Reactivo

- 24 Siempre me porto bien.
- 29 Siempre soy bueno (a).

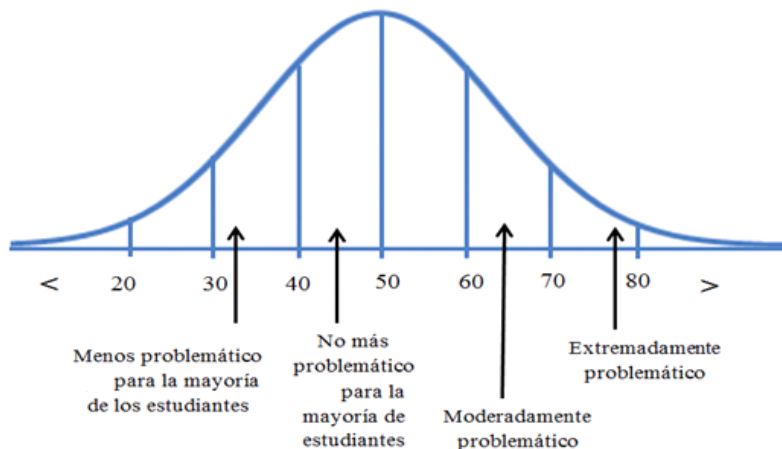
No. Reactivo

- 38 Siempre digo la verdad.
- 48 He dicho alguna mentira.

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008) establece los descriptores cualitativos que fueron utilizados para describir las puntuaciones obtenidas mediante el instrumento.

Rango	Descriptor
71 y mayor	Extremadamente problemático
61-70	Moderadamente problemático
40-60	No más problemático que para la mayoría de estudiantes
39 y menor	Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes.

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2ª edición (CMASR-2, 2008), detalla el resultado de puntuaciones T superiores a 60, que el examinado tiene por lo menos algunas dificultades con la ansiedad y una puntuación T inferior a 40 indica que el examinado está libre de ansiedad. Graficado por medio de campana de Gauss.



9.2 Propuesta de actividades lúdicas para reducción de ansiedad en el aula

Introducción:

La ansiedad infantil entorpece el desenvolvimiento natural en los niños, situaciones que ocurren en el plano familiar, escolar, ambiental son fuentes probables que provocan esta condición, afectando la forma de relacionarse con quienes le rodean y disfrutar de sus actividades. Dado a que los estudiantes que participaron en el estudio conviven un tiempo considerable de su día en la institución educativa, y en apoyo a las maestras de grado como herramienta de intervención dinámica en el aula, se proponen las siguientes actividades.

Objetivos:

- ✓ Orientar a los maestros de grado para realizar las actividades lúdicas, como estrategia favorecedora para crear un ambiente agradable, que contrarreste episodios de ansiedad en el aula.
- ✓ Fomentar el trabajo en equipo, compañerismo, mejora de relaciones interpersonales en el grupo de estudiantes.

Actividad No. 1 Pato y Ganso

Recurso: Humano.

Instrucciones:

- Los estudiantes deben de ser ubicados en un espacio amplio, sentados en el suelo formando un círculo.
- Se seleccionan una persona que deberá ponerse de pie, caminar alrededor de sus compañeros tocando sus cabezas diciendo pato, pato, decidirá a quien dice ganso.

- A la persona que le haya dicho ganso deberá pararse de inmediato, ambos correrán en dirección contraria, buscando el lugar que dejó desocupado la segunda persona para sentarse

Actividad No. 2 Globos divertidos

Recurso: Globos, lana, humano.

Instrucciones

- Se formarán parejas, cada uno de los estudiantes amarrará a su tobillo un globo.
- A la señal de la maestra intentarán reventar el globo de su compañero, utilizando únicamente sus pies.

Actividad No. 3 Descifrando gestos

Recursos Tarjetas con imágenes, humanos.

Instrucciones:

- Se formarán dos equipos, pasará al frente un representante de cada equipo, éste seleccionará una tarjeta que solo él debe observar.
- Únicamente utilizando mímicas darán ideas a su equipo para que éstos descifren la figura que su compañero observe en la tarjeta.

Actividad No. 4 Carreras de relevos

Recursos Trozo de madera, silbato, humano.

Instrucciones:

- Se formarán dos equipos, organizados en una fila india.
- Marcar los topes hacia donde deberán llegar los estudiantes.

- Tomarán el trozo de madera, al escuchar el sonido del silbato correrán, llegarán al tope y regresarán a entregar el trozo de madera al compañero siguiente.

Actividad No. 5 Tengo un tick

Recursos Humano

Instrucciones:

- Los estudiantes saldrán al patio, formarán un círculo.
- Se elegirá un estudiante que guie la actividad, entonará el siguiente canto y sus compañeros cantarán seguido de él.

Yo tengo un tic, tic, tic.

Yo tengo un tic, tic, tic.

Guiar con movimientos (manos, cabeza, piernas, aplauso)

El doctor me dijo que no tengo nada pero yo tengo un tic, tic, tic.

El doctor me dijo que no tengo nada pero yo tengo un tic, tic, tic.

- Todos los estudiantes tendrán su momento para guiar la actividad, los movimientos no deben de ser repetidos.

9.3 Evaluación de la propuesta de actividades lúdicas para reducción de ansiedad en el aula

La siguiente escala debe de ser respondida por el maestro de grado que ha implementado la propuesta de actividades lúdicas para contrarrestar casos de ansiedad en el aula.

1.	Al haber implementado la propuesta de actividades lúdicas con su grupo de estudiantes, ¿ha observado cambios favorables en la conducta de estudiantes que presentan ansiedad?
2.	¿El grupo de estudiantes se manifestó renuente a realizar las actividades?
3.	Con base en su experiencia en la aplicación de la propuesta de actividades lúdicas, ¿considera que las actividades aportaron a mejorar el dinamismo y convivencia entre sus estudiantes?
4.	Describa de forma global la percepción que amerita la propuesta de actividades lúdicas para contrarrestar la ansiedad en el aula.

Se sugiere una segunda administración de la CMASR-2 por un profesional de la salud mental a los estudiantes detectados con ansiedad, luego de haber puesto en práctica la propuesta de actividades lúdicas, con ello determinar si existe mejoría.

9.4 Cuestionario CMASR-2

CMASR-2 Cuestionario-Perfil

Cecil R. Reynolds, Ph.D., y Ben O. Richardson, Ed.D.

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Grado escolar: _____

Femenino Masculino

Instrucciones

Las oraciones que aparecen en este formulario dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración y luego encierra en un círculo la palabra que corresponde a tu respuesta. Encierra en un círculo la palabra **Sí** si piensas que así eres. Encierra en un círculo la palabra **No** si crees que no eres así. Responde a cada oración, incluso si te resulta difícil elegir una respuesta que se aplique a ti. No marques **Sí** y **No** para la misma oración. Si quieres cambiar tu respuesta, marca una **X** encima de tu primera respuesta y luego encierra en un círculo tu nueva elección.

No hay respuestas correctas ni incorrectas; sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes con respecto a ti mismo. Recuerda, después de leer cada oración, preguntarte: "¿Es cierto en mi caso?". Si es así, encierra **Sí** en un círculo; si no lo es, encierra el **No**.

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

continúa el reverso de esta página

1. Muchas veces siento asco o náuseas.	Sí	No
2. Soy muy nervioso(a).	Sí	No
3. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.	Sí	No
4. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.	Sí	No
5. Tengo demasiados dolores de cabeza.	Sí	No
6. Me preocupa no agradecerle a los otros.	Sí	No
7. Algunas veces me despierto asustado(a).	Sí	No
8. La gente me pone nervioso(a).	Sí	No
9. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas.	Sí	No
10. Tengo miedo que los demás se rían de mí.	Sí	No
11. Me cuesta trabajo tomar decisiones.	Sí	No
12. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero.	Sí	No
13. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.	Sí	No
14. Todas las personas que conozco me caen bien.	Sí	No
15. Muchas veces siento que me falta el aire.	Sí	No
16. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).	Sí	No
17. Me siento mal si la gente se ríe de mí.	Sí	No
18. Muchas cosas me dan miedo.	Sí	No
19. Siempre soy amable.	Sí	No
20. Me enoja con facilidad.	Sí	No
21. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.	Sí	No
22. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.	Sí	No
23. Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase.	Sí	No
24. Siempre me porto bien.	Sí	No

Nota: Este cuestionario está impreso en papel reciclado por el programa de reciclaje de la Universidad de California, San Diego.

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.



Manual Moderno®

D.R. © 2012 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Av. Simón Bolívar, Col. Hipódromo, 06700, México, D.F.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiado, etc.— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

	DEF	RS	INO	SOC
Funcionamiento Inicial (1-25)	—	—	—	—



4 489000 090024

MP
90-2

Índice de Respuestas Inconsistentes (INC)

Para calcular la puntuación del índice de Respuestas Inconsistentes (INC) seguir las instrucciones conforme se indique en el manual.

Pares de reactivos INC	Añade a la puntuación INC
2 ___ 8 ___	___ (marcar si son diferentes)
3 ___ 35 ___	___ (marcar si son diferentes)
4 ___ 10 ___	___ (marcar si son diferentes)
6 ___ 49 ___	___ (marcar si son diferentes)
7 ___ 39 ___	___ (marcar si son diferentes)
19 ___ 33 ___	___ (marcar si son diferentes)
23 ___ 37 ___	___ (marcar si son diferentes)
24 ___ 29 ___	___ (marcar si son diferentes)
38 ___ 46 ___	___ (marcar si son iguales)

Puntuación del índice INC: ___

25. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a).	Sí	No
26. Me preocupa lo que la gente piense de mí.	Sí	No
27. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a).	Sí	No
28. En la escuela se burlan de mí.	Sí	No
29. Siempre soy bueno(a).	Sí	No
30. Es muy fácil herir mis sentimientos.	Sí	No
31. Me sudan las manos.	Sí	No
32. Me preocupa cometer errores delante de la gente.	Sí	No
33. Siempre soy agradable con todos.	Sí	No
34. Me canso mucho.	Sí	No
35. Me preocupa lo que va a pasar.	Sí	No
36. Los demás son más felices que yo.	Sí	No
37. Temo hablar en voz alta delante de un grupo.	Sí	No
38. Siempre digo la verdad.	Sí	No
39. Tengo pesadillas.	Sí	No
40. A veces me enoja.	Sí	No
41. Me preocupa que durante la clase me hagan participar.	Sí	No
42. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir en la noche.	Sí	No
43. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.	Sí	No
44. A veces digo cosas que no debería decir.	Sí	No
45. Me preocupa que alguien me dé una golpiza.	Sí	No
46. Me muevo mucho en mi asiento.	Sí	No
47. Muchas personas están en mi contra.	Sí	No
48. He dicho alguna mentira.	Sí	No
49. Me preocupa decir alguna tontería.	Sí	No

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.



	DEF	FIS	INQ	SOC
Puntuación natural (reactivos 1-24) ▶	___	___	___	___

Nota: Este cuadernillo está impreso en rojo. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.