



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**VALIDEZ CONCURRENTENTE DEL CUESTIONARIO DE
ESTRÉS EN NIÑOS (CEN)**

Tesis que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

ANA CECILIA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

Directora de Tesis:

Dra. María Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Revisora de Tesis:

Mtra. María Cristina Heredia Ancona

Asesor Metodológico:

Mtra. María del Consuelo Durán Patiño

Sinodales:

Mtra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Mtra. Laura Somarriba Rocha

Mtra. Rocío Nuricumbo Ramírez

México, D.F., Febrero 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

I. Resumen	1
II. Introducción	3
III. Antecedentes	5
Capítulo1: Estrés	
1.1 Definición	14
1.2 Clasificación de los eventos estresantes	25
1.3 Causas del estrés	26
1.4 Efectos del estrés	31
1.4.1 Efectos psicológicos	32
1.4.2 Efectos psicofisiológicos	33
1.5 Afrontamiento del estrés	38
1.5.1 Estilos de afrontamiento	38
1.5.2 El afrontamiento como proceso	40
1.6 Estrategias del manejo y control del estrés	41
1.7 Medición del Estrés	44
1.8 Estrés infantil	
1.8.1 Definición	47
1.8.2 Factores que intervienen en la experiencia del estrés infantil	48
1.8.3 Impacto del estrés infantil	51
1.8.4 Fuentes del estrés infantil	52
1.8.5 Efectos del estrés en los niños	55
1.8.6 Afrontamiento infantil	58

Capítulo 2: Ansiedad

2.1 Definición	61
2.2 Clasificación de la ansiedad	64
2.3 Psiconeurobiología de la ansiedad	65
2.4 Síntomas de la ansiedad	66
2.5 Tipos de ansiedad	68
2.6 Perspectiva médica	70
2.7 Diagnóstico y tratamiento de la ansiedad	71
2.8 Medida de la Ansiedad	73
2.9 Ansiedad infantil	75
2.10 Diferencia entre Ansiedad y Estrés	82

Capítulo 3: Validez

3.1 Definición	85
3.2 Validez de contenido	86
3.3 Validez de criterio	86
3.4 Validez de constructo	87

Capítulo 4: Metodología

4.1 Justificación y Planteamiento del problema	89
4.2 Objetivos	
4.2.1 Objetivo General	90
4.2.2 Objetivo específico	90
4.3 Pregunta de Investigación	91
4.4 Hipótesis	91
4.5 Variables	
4.5.1 Variable 1	91
4.5.2 Variable 2	92
4.6 Tipo de Estudio	92
4.7 Diseño	92
4.8 Muestreo	93
4.9 Participantes	93

4.10 Criterios de inclusión	95
4.11 Criterios de exclusión	95
4.12 Escenario	95
4.13 Materiales	96
4.13.1 Descripción de los instrumentos	
<i>Cuestionario de Estrés en Niños</i>	96
Desarrollo del Cuestionario de Estrés en Niños	97
Estabilidad del Cuestionario de Estrés en Niños	98
Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada	99
Desarrollo de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños	100
Estabilidad de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños	102
4.14 Procedimiento	103
4.15 Análisis de datos	104
Capítulo 5: Resultados	
5.1 Datos sociodemográficos del grupo de estudio	105
5.2 Indicadores de Estrés	110
5.3 Indicadores de Ansiedad	112
5.4 Validez concurrente.....	116
Capítulo 6: Discusión, conclusiones y limitaciones	
6.1 Discusión	118
6.2 Conclusiones	124
6.3 Limitaciones	125
Referencias	126
Anexos	132

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la *UNAM*, la máxima casa de estudios, por abrirme las puertas y ofrecerme la gran oportunidad de salir adelante, institución de la cual me siento muy orgullosa de formar parte.

A la *Dra. Emilia Lucio* por ser un ejemplo de persona, por compartirme sus conocimientos, orientarme y sobre todo por creer en mí para realizar este trabajo.

A la *Mtra. Consuelo Durán* por sus sabios consejos y por todo el apoyo dado en este proceso, además por brindarme su valiosa amistad.

A la *Mtra. Cristina Heredia* por su apreciable atención y amabilidad siempre.

A las *Mestras Blanca Barcelata, Laura somarriba y Rocío Nuricumbo* por sus valiosos consejos para este estudio y por aceptar formar parte del mismo.

Al proyecto PAPIIT IN308310 “*Resiliencia, riesgo y psicopatología en la niñez y la adolescencia*” gracias al cual fue posible la realización de éste trabajo.

A mis compañeros: *Pau, Tere, Estefi, Laura, Edith, Mariana y Hugo* por formar parte del equipo y colaborar en este proceso.

DEDICATORIAS

Este trabajo lo dedico a *Dios*, por sus bendiciones y por guiar y cuidar cada paso de mi vida.

A *mis padres*, por haberme encaminado siempre y por animarme a cumplir mis sueños. Gracias por confiar en mí, por todo su amor y sus regaños, que han hecho de mí la mujer que ahora soy y de la cual espero se sientan orgullosos.
los amo

A *Rubén*, por ser mi apoyo incondicional y mi motivación, por estar conmigo en las buenas y en las malas, y además por brindarme tanto cariño. te amo

A *mi hermana* por todas las experiencias que hemos compartido y por ayudarme a ver mis errores y defectos. te quiero

A *mis abuelitos*, a los que me han dejado en el camino pero quienes confiaron en mí hasta el último momento.

A *toda mi familia* por que han sido parte importante de mi vida siempre y porque sé que cuento con sus mejores deseos y cariño.

A mis amigas *Perla, Karla y Elizabeth*, quienes siempre han sido mis cómplices, mis confidentes y han estado a mi lado en mis éxitos y fracasos.

A *todos* los que han creído en mí, y en la realización de este sueño...

Gracias por formar parte de mi vida

VALIDEZ CONCURRENTENTE DEL CUESTIONARIO DE ESTRÉS EN NIÑOS

I. RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de obtener la validez concurrente del Cuestionario de Estrés en Niños (CEN) de Lucio, Durán y Heredia (2011) por medio de una correlación estadística con las puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), de Reynolds y Richmond (1997). Este trabajo consta de 6 capítulos: el primero de ellos, aborda el estrés, su definición, clasificación, causas y efectos, medición, así como las estrategias de afrontamiento y su impacto en los niños. Posteriormente, el capítulo dos trata de la ansiedad, su conceptualización, clasificación, síntomas, diagnóstico y tratamiento, además se habla de la ansiedad infantil, y se incluye una breve discusión acerca de las diferencias entre ansiedad y estrés. En el tercer capítulo se puede encontrar información en relación a la definición de validez y sus tipos, entre ellos la validez concurrente. Por otro lado, en el capítulo cuarto se plantea la metodología utilizada, y se describe la manera en que se trabajó con un grupo de 61 niños, (57.4% hombre y 42.6 % mujeres), de entre 8 y 12 años de edad que cursaban de 3° a 6° grado de primaria de dos escuelas privadas del Distrito Federal, el tipo de estudio que se realizó fue correlacional y se utilizó un diseño de una muestra con dos mediciones (1 X 2). Para llevar a cabo el procedimiento, primero contactó con las escuelas y se acordó la previa entrega de los consentimientos informados a los padres de familia. La aplicación se hizo de manera colectiva dentro de los salones clases en un tiempo estimado de 40 minutos; el trabajo fue realizado por tres psicólogos entrenados en la aplicación de pruebas psicológicas y se contó con la colaboración de los profesores de clase; posteriormente, se devolvió un informe de resultados a ambas escuelas. En el quinto capítulo se presentan las tablas con la información obtenida. Finalmente en el sexto capítulo, se concluye que se demuestra la validez concurrente del CEN, esto al haber obtenido una

correlación estadísticamente significativa entre el mismo y la CMAS-R igual a .380*, dicha correlación resulta de intensidad moderada de acuerdo a lo establecido por Cohen (1988). Además se encontraron algunos otros resultados, entre ellos, las principales situaciones que estresan a los niños, que los varones presentaron mayores niveles de estrés que las niñas, entre otros. Este estudio resulta importante en el ámbito de las pruebas psicológicas y sobre todo en el desarrollo del CEN pues da como resultado la obtención de un instrumento psicológico válido, y también porque después de haber revisado varias pruebas, se pudo observar que no es común que se obtenga y reporte la validez concurrente en los estudios.

II. INTRODUCCIÓN

El estrés es un factor que repercute en las actividades cotidianas y en las relaciones interpersonales de la gente que habita en las grandes ciudades (Jiménez, González, Mora, Gómez; 1995).

Anteriormente se consideraba que el estrés era exclusivo de los adultos, sin embargo, ahora se sabe que el estrés se manifiesta en los niños cuando un factor físico, emocional o de otro tipo ejerce una presión significativa en el niño (Rutter, 1996).

Es importante tomar en cuenta, los efectos que éste tiene en la vida de los pequeños, al considerar el proceso de desarrollo de la personalidad del niño, como un proceso de construcción que implica cambios por la interacción entre el individuo y su ambiente físico; y que el niño interviene en su propio desarrollo, expresando sus posibilidades para adaptarse e interpretar el mundo que le rodea, y manifestando al mismo tiempo sus emociones y sentimientos (Cruz, Morales, Ramírez; 1996).

Éste fenómeno del estrés, como se menciona anteriormente, se encuentra presente en diversos ámbitos de la vida: las relaciones interpersonales, la comunicación, el trabajo y en otras áreas del comportamiento humano, ejerciendo siempre cierta clase de influencia que afecta de una u otra forma a las personas (Jiménez et al. 1995).

Por lo tanto, es elemental, que los padres de familia, los profesionales de la salud y profesores, se acerquen a comprender lo que es el estrés y sus implicaciones, ya que éste puede influir en la salud emocional y física de los niños, en su desempeño escolar, y en sus relaciones familiares y sociales (Ramos, 2007).

Por todo lo anterior, es que surgió el interés de obtener la validez concurrente del Cuestionario de Estrés en Niños CEN (Lucio et al., 2011), el cual permitirá posteriormente, investigar sobre el estrés, y sobre la presencia del mismo en el proceso de desarrollo de los niños.

III. ANTECEDENTES

La palabra estrés trae a la mente todo un conjunto de situaciones y características que van unidas al exceso de trabajo, múltiples ocupaciones, prisas, encuentros, dinero, posición social, prestigio, éxito, etc. Por lo tanto, se trata de un concepto sumamente amplio y ambiguo debido a tantos significados que el término ha ido incorporando. Es importante tomar en cuenta que, todo el mundo tiene estrés y, en cierto modo se aprecia de estar soportándolo o haberlo soportado alguna vez (Trianes, 1999).

El estrés tiende a ser considerado como una respuesta del sistema nervioso a un acontecimiento ya sea de índole psicológico, físico, social, o económico, percibido como una amenaza. Dependiendo de su grado, intensidad y/o duración puede provocar en un individuo una situación que presupone un desequilibrio ya sea físico o mental, provocando con ello la aparición de diversas enfermedades orgánicas, psicológicas y/o psicofisiológicas (Barcelata, 2007).

El estrés psicológico, es definido por Lazarus y Folkman (1991) como una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Cinco hechos fueron los que estimularon el interés por estudiar el estrés y su afrontamiento: la preocupación por las diferencias individuales, el surgimiento del interés en materia psicosomática, el desarrollo de una terapia conductual dirigida al tratamiento y prevención de la enfermedad y de estilos de vida con elevados riesgos para la salud; el crecimiento de una perspectiva experimental del curso de la vida; y por último, una preocupación cada vez mayor por el papel del entorno en los problemas del hombre (Lazarus & Folkman, 1991).

En relación al concepto de estrés en niños, se sabe que los individuos se vuelven más vulnerables y propensos al estrés durante periodos de transición biológica, social y psicológica (Seiffge-Krenke, 1998).

La infancia es un periodo que se caracteriza, sobre todo, por el cambio; durante éste periodo, los niños han de hacer frente a los retos que suponen la superación de las transiciones de una etapa a otra, y estos retos con los que han de vérselas inevitablemente, pueden, en determinados casos, convertirse en acontecimientos estresantes y piedra de tropiezo que pongan en peligro el proceso normal de desarrollo (Trianes, 1999). En las primeras etapas evolutivas del niño, en las cuales no puede valerse por sí mismo, y que transcurren habitualmente en el seno de la familia, que cubre sus necesidades físicas y psicológicas; es indispensable un ambiente nutrente, que responda a las necesidades a lo largo de la infancia de los individuos. Las necesidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales de los niños deben satisfacerse en su totalidad para que ellos puedan disfrutar la vida, desarrollar todo su potencial y llegar a ser adultos participativos (Cruz et al. 1996).

Como se menciona con anterioridad, Rutter (1996) define al estrés en los niños como una reacción ante los eventos frente a los cuales se sienten amenazados, por lo tanto es una reacción que implica una interacción de los individuos con su entorno.

Por otro lado la ansiedad, de acuerdo con Echaburrúa (1997) es un término que generalmente se piensa de manera no diferenciada al de estrés, comenzó a ser estudiada en los adultos por las repercusiones en su vida; posteriormente los investigadores, se dieron cuenta de que los niños también presentan características de ansiedad, provocada en ellos por un miedo excesivo, que tiene por objetivo proteger a los niños de diferentes peligros.

Por lo tanto, la respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que preparan al organismo para reaccionar ante una situación de peligro, se entiende como ansiedad. Ésta se manifiesta de manera motora, fisiológica y cognitiva, no necesariamente se presentan todas en una persona y varía de acuerdo al desarrollo de cada una de ellas (Echeburúa, 1997).

Desde el punto de vista de Poyuelo, (1984), la angustia se define generalmente como una vivencia penosa que implica una noción de amenaza o de inseguridad, cuyos orígenes no percibe claramente el sujeto. La angustia forma parte de la vida de todo niño, aunque puede ser también la traducción de una evolución de carácter patológico.

Para Anna Freud, de acuerdo con Poyuelo (1984), “lo significativo no es la presencia o la ausencia de la angustia, su calidad o incluso su cantidad... sino solamente la capacidad del yo para dominar la angustia”; así pues, las posibilidades de que los niños sean posteriormente víctimas de trastornos neuróticos son tanto mayores cuanto más incapaces sean de tolerar ciertas cantidades, incluso moderadas de angustia. Los niños cuya evolución psicológica se considera normalmente buena, son aquellos que – dice Anna Freud – “afrontan de manera activa las mismas situaciones de peligro, gracias a los recursos del yo, como pueden ser la comprensión intelectual, el razonamiento lógico, la posibilidad de transformar las condiciones externas, el contraataque agresivo, es decir, dominando la situación en lugar de retirarse. En la medida en que puedan controlar mayores cantidades de angustia, les será posible ahorrarse actitudes de defensa excesivas, así como la formación de compromisos y síntomas”.

Anna Freud (1973) dice lo siguiente: “el yo del pequeño no combate los instintos por su propia voluntad, el motivo al cual obedece en su defensa de la

angustia no depende de él mismo. Considera peligroso el instinto porque su satisfacción le está vedada por los encargos de su educación: a la irrupción del instinto le sigue la restricción, castigo, amenaza. El yo del niño teme al instinto porque teme al mundo exterior, y su defensa instintiva resulta de la presión ejercida por la angustia ante el mundo externo o angustia real u objetiva”.

El desencadenamiento de los trastornos de ansiedad en los niños, puede ser por acontecimientos estresantes como: divorcio de los padres, hospitalizaciones, cambio de residencia, y por otro lado, por el estilo educativo de los padres, sobre todo de las madres con los hijos y la respuesta de ansiedad por parte de éstos (Echeburúa, 1997).

Educadores y profesionales de la infancia ven a muchos niños angustiados y con reacciones emocionales negativas ante determinados acontecimientos de su vida, lo que hace muy difícil negar su existencia en estas primeras edades (Trianes, 1999).

La ansiedad y el estrés, como ya se mencionó, no son problemas exclusivos en la edad adulta. Los padres y profesores con frecuencia informan de manifestaciones de ansiedad en los niños (Hart, 1994).

Afortunadamente, en la infancia, sólo en algunos casos se desarrollan trastornos de ansiedad, tales como fobias o ansiedad excesiva, que dificultan el desenvolvimiento en la vida cotidiana (Echeburúa, 1993).

En muestras de población general española, la prevalencia promedio anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3% aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5%. En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12 % de los individuos presenta un trastorno de ansiedad generalizada (Echeburúa, 1993).

Gándara y Fuentes (1999) señalan que de acuerdo a estudios epidemiológicos, al menos un 20% de la población general del mundo occidental padece en algún momento de su vida un trastorno de ansiedad. Que las mujeres son, en general, más propensas a padecer trastornos de ansiedad que los hombres, estimándose una relación de 2 a 1. Estos trastornos pueden aparecer a cualquier edad, y si bien es raro el inicio de trastornos primarios, básicamente la importancia radica en las graves repercusiones que tienen sobre la calidad de vida del sujeto y sobre su funcionamiento global, además de actuar agravando otros problemas preexistentes (por ejemplo, depresiones, consumo de alcohol, etc.) e incrementando los riesgos de enfermedad física (hipertensión, cardiopatías, etcétera).

Al ser la ansiedad un fenómeno humano universal, los estudios epidemiológicos son difíciles de ejecutar de modo totalmente confiable; no obstante, algunas estimaciones señalan que el 25% de los pacientes de la consulta médica general padecen ansiedad, aunque de ellos sólo el 25% llega a recibir un diagnóstico y un tratamiento psiquiátrico adecuado. Las fobias son el trastorno de ansiedad más frecuente, con unas tasas de prevalencia a lo largo de la vida de más del 12% de las personas (Gándara & Fuentes, 1999).

De acuerdo con Caraveo-Anduaga y Colmenares (2000), en México se sabe poco sobre la magnitud de los trastornos de ansiedad, pues reportan en sus estudios, que la prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica, los cuales constituyen una parte de los trastornos de ansiedad, no fue superior al 2.8% ni menor del 2.1%.

En general, todos los trastornos de ansiedad fóbica prevalecieron más entre las mujeres, y la diferencia por sexo fue mayor en los casos de agorafobia (3.6 mujeres por cada hombre). Las fobias específicas son los trastornos que se presenta más tempranamente en ambos sexos. La fobia social y la específica

empiezan a mediados de la segunda década de la vida; no así la agorafobia, que se presenta a la mitad de la tercera década. En casi todos los casos los pacientes estuvieron discapacitados. Las mujeres fueron las que más buscaron ayuda, no obstante, es importante hacer notar que en México, sólo entre 10% y 30% del total de las personas afectadas por algún tipo de trastorno fóbico solicitaron ayuda.

Los trastornos por ansiedad fóbica influyen de manera determinante en el desarrollo de la psicopatología, por lo cual se les debe tomar en cuenta para detectarlos y tratarlos oportunamente, en virtud de sus graves consecuencias en la calidad de vida de las personas afectadas. La fobia social y las fobias específicas son de especial interés porque, en promedio, empiezan a más temprana edad (Caraveo-Anduaga & Colmenares; 2000).

Posteriormente, Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar-Gaxiola (2003), realizaron un estudio el cual forma parte de la iniciativa 2000 en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, en el que se describe la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta en México, denominado Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), estuvo dirigida a una población de más de 2,500 habitantes y el instrumento que se utilizó es la versión computarizada del CIDI (versión certificada 15) que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10. Alrededor del 54% de la muestra fueron mujeres, 40% tenían entre 18 y 29 años. Y los principales resultados indican que el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3%

alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

En general, a diferencia del estudio anterior, los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%). Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%).

Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias específicas. Las fobias sociales y el episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

La ansiedad de separación (promedio de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) son los dos padecimientos más tempranos. La fobia específica (7 años), seguida por el trastorno oposicionista (8 años), aparecen después. Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias.

En México, la región conformada por las tres áreas metropolitanas (Cd de México, Guadalajara y Monterrey) muestra la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4%), esto puede indicar que la prevalencia de dicho trastornos se relaciona con la densidad de la población. Y por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3% alguna vez), es importante tomar en cuenta que, los trastornos afectivos y de ansiedad son más

frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

En un estudio posterior (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas & Zambrano, 2005) describieron la prevalencia, gravedad y correlatos demográficos de 16 trastornos psiquiátricos del DSM-IV, en relación a la utilización de servicios de salud en la población mexicana urbana de 18 a 65 años de edad (representativo de un 75% de la población adulta nacional); coincide en buena parte con los estudios anteriores y se afirma que la prevalencia de 12 meses de cualquier trastorno fue de 12,1%. De ellos los más comunes fueron la fobia específica (4,0%), trastorno depresivo mayor (3,7%) y abuso o dependencia del alcohol (2,2%). Además la prevalencia de 12 meses de trastornos muy graves fue del 3,7% de los cuales sólo el 24% utiliza los servicios de salud.

En relación a la edad, los jóvenes son más propensos a informar sobre cualquier trastorno. El ingreso a los servicios de salud, se asocia con la gravedad; las personas con bajos ingresos y bajo promedio escolar, son más propensos a informar un trastorno en los últimos 12 meses. A su vez las mujeres muestran mayor tendencia a reportar un trastorno del humor y la ansiedad, pero menos propensas a presentar un trastorno de consumo de sustancias. Y el grupo más común de los trastornos que presentan es el grupo de los trastornos de ansiedad (6,5%).

Los resultados muestran que mientras que los trastornos psiquiátricos son frecuentes en la población mexicana en general, los trastornos mentales muy graves lo son menos, un poco más de 1 de cada 10 personas dijeron haber experimentado uno o más trastornos en algún momento durante los 12 meses anteriores, además se encontró una extrema subutilización de los servicios de salud mental.

En los jóvenes, de acuerdo con Magaz, García y Sandín (1998), la prevalencia de la ansiedad en población general española de 12 a 18 años parece ser elevada, aunque no se dispone de datos epidemiológicos precisos, debido fundamentalmente a las dificultades en la medición de estos constructos.

La presencia de indicadores de ansiedad y estrés, o de situaciones frecuentes que evocan la respuesta de ansiedad, constituyen factores de riesgo para el bienestar y el desarrollo personal y académico de los niños; han llevado a los investigadores en psicología infanto-juvenil a buscar conceptualizaciones operativas que permitan diseñar instrumentos y estrategias de evaluación, para identificar a los niños y adolescentes con ansiedad y estrés, y prevenir la aparición de trastornos o dificultades en su desarrollo; facilitándoles recursos para un afrontamiento eficaz de situaciones estresantes (La Greca, Siegel, Wallander y Walker, 1992; como se cita en Magaz et al. 1998).

En los últimos años ha proliferado el uso de pruebas psicológicas, por ser instrumentos que permiten corroborar información sobre áreas específicas que posee el individuo, al compararlo contra un grupo normativo en forma cuantitativa y cualitativa (Cruz et al., 1996).

De ese modo surge el interés por obtener la validez concurrente del CEN y con ello, contar con un cuestionario que sea válido y que permita a los psicólogos evaluar el nivel de estrés que presentan los niños.

Capítulo 1

ESTRÉS

1.1 Definiciones

El concepto de estrés ha sido considerado durante siglos, pero posteriormente se conceptualizó de forma sistemática y ha sido objeto de investigación. La segunda guerra mundial y la Guerra de Corea, por ejemplo, representaron un avance en la investigación sobre el tema, dada su significación en el rendimiento en el combate (Lazarus & Folkman, 1991).

La palabra estrés deriva del latín *Stringere* que significa provocar tensión. Éste término al parecer se utilizó por primera vez en el siglo XIV; a partir de ahí se empleó en diferentes textos en inglés como stresss, stresse, strest y streisse (Cruz, 1998; en Barcelata, 2007).

Una de las definiciones de estrés más populares es la de Selye, quien definió el término como una reacción de huida; como un conjunto de reacciones fisiológicas por parte del organismo ante distintos estímulos tanto externos como internos (incluidos los de índole psicológica), es decir, se trata de una respuesta específica del organismo a todo tipo de demanda que se le haga. Para Selye, el estrés es un modelo de reacción antiguo en el sentido filogenético, sin el cual no puede vivir el ser humano. En 1936, Selye identificó como Síndrome General de Adaptación (SAG) a una serie de reacciones fisiológicas coordinadas del individuo ante un estímulo nocivo, ubicando tres etapas o fases del mismo (Baccaro, 1994; en Barcelata, 2007):

1. Alarma
2. Resistencia
3. Agotamiento

La primera etapa de alarma se refiere a una primera reacción del organismo que a su vez se puede dividir en dos etapas: Shock o contra shock. La primera indica una respuesta inicial inmediata a la vista, que implica una combinación de varios síntomas fisiológicos, entre los cuales se puede citar, el aceleramiento del ritmo cardíaco, la elevación de la tensión arterial y la dimensión de los músculos.; en la segunda el cuerpo se moviliza en torno de sus defensas.

La etapa de resistencia, se refiere a la “aceptación” del estímulo en la cual los síntomas de la primera etapa mejoran o desaparecen.

La tercera etapa, o de agotamiento se alcanza cuando un suceso muy estresante para el individuo se presenta de manera prolongada o muy severa, de tal forma que los síntomas reaparecen y el cuerpo se “doblega” ante dichas circunstancias.

De acuerdo con Barcelata (2007), no todos los estudiosos del estrés comparten todos los supuestos de Selye, más bien, las definiciones más generales de estrés desde diferentes perspectivas incluida por supuesto la psicológica, implican conceptos tales como tensión, esfuerzo, acentuación, en tanto representa una sobrecarga impuesta al individuo, para la cual no cuenta con suficientes recursos adecuados, creándose un estado de tensión exagerada.

Por otro lado Lazarus (en Lazarus & Folkman, 1991) considera al estrés como un proceso, resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o desafío. En el primer caso, el sujeto evalúa hechos consumados, en el segundo caso los anticipa y en el tercero, se mueve entre la posibilidad de perder o ganar. De acuerdo con él, hay muchos factores personales que influyen en esa evaluación – motivaciones, compromisos, creencias, expectativas, etc. - , pero una parte del trabajo más importante de Lazarus fue el de definir con particular

precisión los factores situacionales que hacen probable una evaluación estresante, de este modo, habla de la novedad, la inminencia, la predictibilidad, la duración, la incertidumbre, la ambigüedad y la cronología biográfica. Toma en cuenta además, los acontecimientos ocultos y la sumación de acontecimientos menores.

En relación a estas características formales de las situaciones que originan la posibilidad de amenaza, daño o desafío, Lazarus y Folkman (1991) plantean lo siguiente:

- Una situación completamente nueva será capaz de provocar amenaza solo si ciertos aspectos de ella se han relacionado alguna vez con el daño,
- Hay una preferencia de los sujetos por los estímulos predecibles,
- La incertidumbre máxima suele ser estresante, puede tener un efecto inmovilizador sobre los procesos anticipatorios de afrontamiento y también puede provocar confusión mental;
- Generalmente, cuanto más inminente es un acontecimiento más urgente e intensa es su evaluación, cuanto menos inminente resulta, más complejo es el proceso de evaluación correspondiente;
- Aunque el tiempo puede aumentar la sensación de amenaza, también puede permitir al individuo dominarla mediante el afrontamiento cognitivo de las demandas de la situación, en cuyo caso el aumento del tiempo de anticipación puede producir una reducción en las reacciones desarrolladas ante el estrés;

- En cuanto a la incertidumbre, esta genera una actividad de afrontamiento que reduce las reacciones al estrés;
- La ambigüedad puede aumentar la amenaza si existe la predisposición a ella o bien si existen otras señales que indican daño, también puede reducir esta sensación permitiendo interpretaciones alternativas del significado de la situación;
- Y finalmente la cronología de los acontecimientos estresantes dentro del ciclo vital puede afectar también su evaluación ya que los acontecimientos a destiempo son más amenazantes porque no son esperados y, por tanto, privan al individuo del apoyo del grupo, de la sensación de satisfacción plena que acompañaría al mismo acontecimiento de haber ocurrido en su momento, o de la oportunidad de preparar o establecer un afrontamiento anticipatorio.

Los factores individuales y situacionales son siempre interdependientes y su importancia en el estrés y en el afrontamiento deriva de los procesos cognitivos que lo soportan (Lazarus & Folkman, 1991).

Así pues, cada interacción estresante con el medio suscita la respuesta en marcha de estrategias diferentes que Lazarus y Folkman (1991) han tipificado en dos grandes grupos de estrategias posibles:

- Las que se centran en el problema, tratando de modificar la situación y de desactivar o de disminuir la cognición de amenaza; y
- Las que modulan la respuesta emocional que dicha amenaza provoca.

Para hablar del concepto de estrés es de suma importancia hablar de Lazarus, por que antes de este autor no hubo modelos psicológicos capaces de proponer antecedentes psíquicos a las respuestas fisiológicas; por lo tanto, el efecto de los acontecimientos ambientales sobre el funcionamiento del organismo se infería a partir de las propiedades intrínsecas de los estímulos físicos.

En 1966, Lazarus sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Por tanto, no se considera el estrés como una variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos.

Para hablar del estrés se deben considerar dos orientaciones definitorias clásicas: la definición de estímulos y respuestas, y la definición de las relaciones.

➤ *Definición de estímulos y respuestas*

La definición más común de estrés adoptada por los psicólogos, ha sido la de que se trata de un estímulo. Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza el sujeto.

Lazarus habla de estímulos inductores de estrés: cambios mayores (a menudo se refieren a cataclismos y afectan a un gran número de personas), cambios menores que afectan sólo a una persona o a unas pocas y, en tercer lugar, los ajetreos diarios (Lazarus & Folkman, 1991).

En lo que respecta a los primeros, ciertos fenómenos del tipo de las tragedias son considerados como estresantes de forma universal y situados fuera de cualquier tipo de control. Se incluyen en éste grupo los desastres naturales, las catástrofes producidas por el hombre, tales como la guerra, el encarcelamiento, el desarraigo y la desadaptación consiguiente. Se trata de hechos que pueden ser prolongados o que pueden ocurrir de forma sumamente rápida, aunque el efecto físico y psicológico producido por el más breve desastre puede extenderse en el tiempo de forma prolongada.

Las catástrofes estresantes pueden hallarse fuera del control del individuo o también puede ocurrir que los acontecimientos estén fuertemente influidos por el individuo. Algunos autores (Holmes y Masuda, 1974; en Lazarus & Folkman, 1991) mantienen la teoría de que cualquier cambio, sea positivo o negativo, puede tener un efecto estresante.

Nuestras vidas están llenas de experiencias estresantes mucho menos dramáticas que surgen como consecuencia de los respectivos lugares que ocupamos en la vida, definidos como ajetreos diarios y que son aquellas pequeñas cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado como, por ejemplo, que el perro se orine en la alfombra de la sala, convivir con un fumador desconsiderado, tener que soportar excesivas responsabilidades, sentirse solo, reñir con la esposa/o, etc. Aunque las molestias que sufrimos a diario sean mucho menos dramáticas que los cambios mayores, como el divorcio o el fallecimiento de un familiar, pueden ser incluso más importantes que éstos en el proceso de adaptación y de conservación de la salud (De Longis, Coyne, Dakof, Folkman y Lazarus, 1982; Kramer, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981; en Lazarus & Folkman, 1991).

Es también posible identificar ciertas características formales de determinadas situaciones que podrían afectar la capacidad estresante ya sea cuantitativa o cualitativamente, estas incluyen la magnitud y clase de adaptación requerida, el grado de control que tiene el individuo sobre el acontecimiento y hasta qué punto puede predecirlo, valoración positiva o negativa, etc.

➤ *Definición de relaciones*

El estrés por sí solo no es suficiente para causar cualquier enfermedad sino que, para que se dé una enfermedad relacionada con éste, han de darse también otras condiciones: tejidos vulnerables o procesos de afrontamiento inadecuados.

La primera labor de investigación a desarrollar es el estudio de la contribución de estas otras variables y procesos como mediadores de la relación estrés-enfermedad. La segunda implicación es que el mismo razonamiento hace que la definición de Lazarus y Folkman (1991) de estrés se refiera a una clase particular de relación entre individuo y ambiente.

Para que el estrés tenga una aparición y consecuencias es necesaria la existencia de diversos factores en el individuo y en el entorno, así como una determinada combinación entre ellos.

No se puede pretender definir al estrés de forma objetiva, haciendo únicamente referencia a las condiciones ambientales, sin tomar en cuenta las características individuales del individuo.

Después de haber tomado en cuenta todo lo anterior se puede señalar la esfera de significado a la que pertenece el estrés:

- El estrés psicológico es una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

El mayor interés de estos autores, está dirigido al estudio de las causas generadoras de estrés psicológico en distintos individuos. Esta cuestión es considerada a través del análisis de los dos procesos críticos que tienen lugar en la relación individuo-entorno: evaluación cognitiva y afrontamiento.

La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante.

Lazarus (en Lazarus y Folkman, 1991) identificó tres clases de evaluación cognitiva: primaria, secundaria y reevaluación.

La evaluación primaria consiste en la valoración de una situación como irrelevante, benigno-positiva, o estresante. Las valoraciones estresantes pueden tomar tres formas: de daño/pérdida, de amenaza y de desafío. El daño/pérdida se refiere al perjuicio que el individuo ha sufrido ya, la amenaza se refiere a la anticipación de daños o pérdida, y el desafío hace referencia a aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de perder o de ganar. La amenaza y el desafío no son polos opuestos de un mismo eje: pueden ocurrir de forma simultánea y deben considerarse por separado, aunque con frecuencia se hayan relacionados en la interpretación del acontecimiento.

La evaluación secundaria es una valoración relativa a lo que debe y puede hacerse. Incluye la valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento, de la posibilidad de que una estrategia determinada pueda aplicarse de forma efectiva y la evaluación de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas.

La reevaluación se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o del entorno. Una reevaluación difiere de una evaluación tan solo en que la primera sigue a una evaluación previa. Algunas veces, las reevaluaciones son resultado de esfuerzos cognitivos de afrontamiento: estos son llamados reevaluaciones defensivas y muchas veces resultan difíciles de distinguir de las reevaluaciones basadas en la información recibida.

Los procesos de evaluación cognitiva no son necesariamente conscientes, como tampoco son siempre accesibles los datos que la configuran. La evaluación cognitiva también puede estar determinada por datos de los que el individuo no tiene consciencia.

Por otro lado el afrontamiento, de acuerdo con Barcelata (2007) es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera.

Para Lazarus y Folkman (1991) el afrontamiento se identifica típicamente con el éxito adaptativo, como los esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cuál sea su resultado.

Una definición de afrontamiento como proceso cognitivo es la siguiente: es el conjunto de esfuerzos cognitivos, permanentes cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos; se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia. El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción).

El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

La investigación actual sugiere que las fuentes de estrés cambian a medida que el individuo envejece y, como consecuencia de ello, el afrontamiento también ha de variar para poder atender las nuevas demandas (Lazarus & Folkman, 1991).

Independientemente de que el estrés puede ser concebido como un estímulo o como una condición, se observa en diversas definiciones, que se puede considerar ante todo como un proceso que puede adquirir diversas formas de expresión, que básicamente va estar en función de la persona y su ambiente.

Es importante tomar en cuenta que el estrés no es una enfermedad, aunque puede desembocar en ella, y no tiene un origen específico sino varios (Barcelata, 2007).

La psicología ha tenido siempre problemas para explicar el origen de las tensiones psíquicas. El modelo psicoanalítico supone que estas tensiones preexisten en el sujeto, derivan de su historia y se actualizan en cada acto o cada interacción. Este punto de vista hace que el estrés se entienda como resultado final de una carambola a muchas bandas, en la que interviene el pasado, la madre, los fantasmas, el súper yo y la situación concreta que pone en marcha el dinamismo. No hay duda que se trata de un esquema muy antropológico, pero está organizado sobre concatenaciones de supuestos de muy difícil objetivación y, además, descuida evaluaciones psíquicas no previstas en el modelo de conflicto que se maneja. Ello no obsta para que se subraye la notable perspicacia del psicoanálisis en lo que hace referencia a los mecanismos psicológicos de defensa, aunque su funcionalidad sea interpretada conforme a las premisas de la teoría psicodinámica del inconsciente (Lazarus & Folkman, 1991).

Por supuesto hay fenómenos psíquicos de naturaleza inconsciente; lo que ocurre es que, salvo el psicoanálisis, ninguna teoría psicológica se ha ocupado de ellos, tal vez por temor a la acusación de insolvencia metodológica por manejar entidades inobservables. Aun así, muchos piensan que lo más interesante en psicología es precisamente lo inobservable, de modo que la calidad de una teoría no depende de que margina lo que no se ve, si no de lo que categorice para entenderlo sin el concurso directo de los sentidos (Lazarus & Folkman, 1991).

1.2 Clasificación de los eventos estresantes

Para clasificar al estrés, Lazarus y Folkman (1991), como se mencionó con anterioridad, consideran dos tipos de eventos: eventos mayores y menores en función de la naturaleza e impacto en el individuo, de las diversas situaciones que han de enfrentar en su vida.

En ese sentido, Belloch, Sandín y Ramos (1995), plantean dos tipos de estrés, considerándolo como “estrés psicosocial, porque en esta perspectiva se entiende que los acontecimientos estresantes constituyen el estrés, los cuales producen alteración en el funcionamiento psicológico y somático del organismo; el primer tipo es el centrado en los denominados sucesos vitales o sucesos vitales mayores, y el otro conocido como estrés diario o sucesos menores (también micro eventos).

En relación a diversos estudios (Dohrenwend & Dohrenwend, 1984; Sandler & Guenther, 1985; en Belloch et al., 1995), se ha definido a los sucesos vitales mayores como un cambio, como aquellos acontecimientos que implican una variación en las actividades usuales de los individuos que los experimentan (el potencial estresante de un suceso vital está en función de la cantidad de cambio que conlleva). Tales sucesos vitales pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, pero a veces son eventos más o menos normativos, tales como el matrimonio, el divorcio, la pérdida de trabajo o las pequeñas violaciones de la ley.

Morris (1992) hace una clasificación que obedece más a la fuente del estresor, por lo que los divide en tres grandes grupos: Biológicos, Ambientales-Sociales y Psicológicos (en Barcelata, 2007).

Otros autores como Sieffge-Krenke (1998) prefieren clasificar a los eventos estresores como Normativos y No Normativos en términos de la posibilidad de ocurrencia en la vida de una persona dependiendo de la etapa del desarrollo que esté cursando.

En general, dos diferentes tipos de eventos estresantes han sido analizados, estos difieren en frecuencia, probabilidad y control, así como en el impacto negativo en la salud de los adolescentes. Se denominan estresores normativos y no normativos, y básicamente se encuentran en el sentido de las definiciones hechas por Lazarus y Folkman, 1981, como se cita en Sieffge-Krenke (1998).

1.3 Causas del estrés

Es importante tomar en cuenta las variables personales de predisposición al estrés, ya que según Sandín (en Belloch et al., 1995), existe un conjunto de variables de tipo disposicional (relativamente estables) que modulan las reacciones del individuo a las situaciones estresantes. Estas variables explican posibles diferencias individuales en las reacciones de estrés.

Se han sugerido varios tipos de conexión entre las variables de personalidad y los trastornos asociados al estrés, tales como los siguientes:

- 1) La personalidad puede influir sobre la salud a través de mecanismos fisiológicos directos (por ejemplo, reactividad cardiovascular) y/o indirectos (por ejemplo, modulación del sistema inmune).

2) Las características de personalidad pueden potenciar la enfermedad al motivar conductas no saludables (por ejemplo, consumo de alcohol excesivo).

3) Ciertos aspectos de la personalidad que pueden aparecer como resultado de procesos asociados a la enfermedad (por ejemplo, dependencia).

De acuerdo con Barcelata (2007), dentro de la perspectiva psicológica existen diversos modelos que pretenden ir más allá de las clasificaciones para explicar la naturaleza del fenómeno, así como la forma de reducirlo o combatirlo, algunos de ellos provienen de perspectivas como la medicina conductual, otras psicoanalíticas como la influencia biologicista, otras cognoscitivistas o cognitivo-conductuales, y otras más integrativas de las cuales la mayoría, en general atribuyen la presencia del estrés en un individuo a diversas causas o fuentes.

En la actualidad no se cuenta con un solo modelo explicativo respecto a la dinámica del estrés y su relación con la aparición de trastornos psicológicos y físicos. Varias circunstancias pueden estar presentes como variables o factores desencadenantes o causas del estrés. En este sentido se puede decir que es un fenómeno multifactorial.

Son varios los factores tanto internos como externos los que suelen intervenir en el hecho de que se desencadene una respuesta al estrés en el sujeto. Son con los que cuenta el sujeto y son clave en el proceso de manejo de los eventos de la vida.

Dichos recursos son de diversa índole pero se consideran básicamente los que se presentan en la siguiente página:

1) Personales

- a. Físicos: Estado de salud y vitalidad
- b. Psicológicos: Sistemas de creencias, pensamientos, procesos perceptuales
- c. Habilidades sociales: Adaptación, asertividad
- d. Habilidades de solución de problemas

2) Ambientales

Mediadores externos

- a. Recursos sociales o Mediadores sociales: Redes Sociales (familia, amigos)
- b. Recursos materiales (Suficiencia económica)

3) Situacionales

Propiedades de los eventos que hacen a la situación potencialmente peligrosa, benigna o amenazante:

- Novedad de la situación.

Una situación nueva en general tiende a provocar en los individuos desorganización, y por la probable asociación con otras situaciones “parecidas” a la nueva que pudieran ser perjudiciales.

- Predictibilidad.

Implica la existencia de características situacionales previamente conocidas.

Se ha observado que existen sujetos que a pesar de encontrarse presionados y estar en condiciones que pueden ser consideradas como estresantes, parecen no desarrollar ningún tipo de trastorno.

Recientemente se ha intentado dar explicación a éste fenómeno más en términos de vulnerabilidad y resiliencia, que de riesgo o no riesgo. A esto se le conoce como: Mecanismos de protección. Estos mecanismos son parte del supuesto de que existen factores tanto positivos como negativos internos al sujeto que pueden en un momento dado contribuir a acelerar la emergencia de un trastorno físico o emocional, o por el contrario evitar su aparición.

Vulnerabilidad

Se considera vulnerabilidad del sujeto a la probabilidad de desarrollar trastornos emocionales ante la presencia de ciertos factores. Algunos de esos factores de índole psicológica pueden estar relacionados con diversas dimensiones de la vida de una persona tales como el ambiente familiar, el entorno social, la escuela, el personal, el estilo y la calidad de vida.

De manera particular se ha observado que la historia familiar, la falta de apoyo familiar y social, así como los estilos de vida, de afrontamiento y personalidad juegan un papel muy importante en el desarrollo de dichos trastornos (Barcelata, 2007).

Con frecuencia, la vulnerabilidad también se considera en términos de recursos de afrontamiento: una persona vulnerable es aquella cuyos recursos de afrontamiento son insuficientes. Sin embargo, la vulnerabilidad psicológica viene determinada por la importancia de la amenaza implícita en la situación (Lazarus & Folkman, 1991).

Es importante tomar en cuenta que en algunos casos las personas aún con vulnerabilidad, o expuestas a estresores ya sean de tipo normativo o agudo, no necesariamente desarrollan problemas, algunas de estas personas se pueden llamar “resilientes”.

Resiliencia

Diversos autores han definido la resiliencia: Bernard (1991) la define como un conjunto de cualidades o mecanismos protectores que dan pie a la adaptación exitosa a pesar de la presencia de factores de alto riesgo durante el curso del desarrollo; Linquanti (1992) utiliza una definición similar, considerando que la resiliencia es la cualidad del niño que se encuentra expuesto a situaciones adversas y no presenta fallas en la escuela, abuso de sustancias, problemas de delincuencia, etc. Masten, Best y Garmezy (1990) la definen como el proceso de, capacidad para, o resultados de adaptación exitosa a pesar de las amenazas o desafíos. Rutter (1990) sugiere que el término se refiere al polo positivo del fenómeno, presente en todas partes, de las diferencias individuales en las respuestas al estrés y adversidad. (Howard, Dryden & Jonson, 1999; como se cita en Mojarás, 2009).

De acuerdo con Rutter (1996), el punto de partida en el tema de la resiliencia es el reconocimiento de que para todo tipo de reacciones adversas hay una variación enorme de la forma en cómo responden las personas; se considera generalmente como resiliencia cuando algunas de estas personas parecen sucumbir a las experiencias más terribles.

Para Rutter (en Luthar, 2003) un punto importante de resaltar, son los factores genéticos presentes en éste fenómeno, existe una amplia gama de posibles mecanismos de mediación y moderación en la resiliencia, que

principalmente son de dos tipos: la interacción genético-ambiental (GxA), que se refiere a las diferencias en la sensibilidad de influencia genética de los individuos a determinados factores ambientales (Rutter & Silberg, 2002; en Luthar, 2003), y las correlaciones genético-ambientales (RGA), que a su vez describe las diferencias en la influencia genética resultado de la exposición de los individuos a determinados factores ambientales.

Los términos anteriores implican una serie de factores que a su vez están particularmente relacionados con la edad, etapa del desarrollo, el género y el contexto en el cual se encuentre el individuo (Lazarus & Folkman, 1991).

1.4 Efectos del estrés

Se ha observado que el grado de estrés y el estado general de salud se encuentran íntimamente relacionados, y que los eventos y la interpretación que se haga de ellos por parte de las personas, se asocia con el grado de estrés que los sujetos pueden ser capaces de manejar. Los efectos del estrés son variados así como la forma en que las personas responden a éste.

El estrés por tanto, no necesariamente es un fenómeno negativo, por el contrario, puede en muchas ocasiones ser un proceso normal en el organismo. Ante una situación de posible peligro, le permite al sujeto reaccionar de manera inmediata, por ejemplo, la respuesta de correr o detenerse ante el ruido de un claxon de coche evitando con ello ser atropellado, en ese sentido la reacción del organismo ante el estímulo le permite adecuarse de forma adaptativa a la situación (Barcelata, 2007).

1.4.1 Efectos psicológicos

La principal respuesta psicológica asociada al estrés es de tipo emocional. El estrés surge cuando el organismo lleva a cabo un sobreesfuerzo para contrarrestar el desequilibrio inducido por alguna amenaza que altera su normal funcionamiento.

Un fenómeno que suele ser común en la respuesta de estrés es la sensación subjetiva de malestar emocional (el término empleado es el de tensión, o sensación subjetiva de tensión). El tipo de emociones que suelen acompañar a la experiencia de estrés son emociones negativas, como por ejemplo ansiedad, miedo, ira, depresión, etc., en contraste con las emociones positivas que no suelen darse con el estrés, como la alegría o el placer. Las emociones por tanto, acompañan y determinan en gran medida los procesos del estrés (Belloch et al. 1995).

Por otro lado, tomando en cuenta la opinión de Barcelata (2007), se han realizado clasificaciones de las reacciones psicológicas del individuo, que se pueden englobar en cinco categorías:

1. Conductuales. Cambios en los hábitos. Tendencia al abuso de sustancias tóxicas, exaltación del humor (arranques emocionales), trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, sobre ingesta de alimentos), fatiga, entre otros.
2. Cognitivas. Decremento o incapacidad en la toma de decisiones, dificultad de concentración, olvidos recurrentes, bloqueo mental.

3. Sociales. Relaciones interpersonales pobres o difíciles, insatisfacción en las relaciones familiares y/o de pareja.
4. Somáticas. Aumento de quejas somáticas, cefaleas tensionales, preocupación excesiva por el funcionamiento corporal.
5. Subjetivas. Sentimientos de opresión, angustia, tristeza, desesperanza, hipersensibilidad a la crítica, sentimiento de minusvalía, vergüenza, fluctuación del estado de ánimo.

1.4.2.Efectos psicofisiológicos

Dado que existe constancia de los efectos negativos de las adversidades y amenazas a lo largo de la vida, el estudio empírico de los acontecimientos vitales estresantes se ha ido desarrollando a partir de trabajos que persiguen calcular factores de riesgo y establecer correlaciones entre acontecimientos estresantes y aparición de síntomas y enfermedades (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974; Dohrenwend & Dohrenwend, 1984; Holmes & Rahe, 1967; citados en Valdés & Flores, 1985).

El estrés ha sido conceptualizado como proceso dependiente de las cogniciones que el sujeto hace del entorno, y el poder traumático de un acontecimiento depende a su vez de su traducción subjetiva. Sin embargo, es importante poner atención en la psicobiología del estrés desde el punto de vista de los glucocorticoides (17-hidroxicorticosteroides, o bien 17-OHCS), representados por el cortisol, la cortisona y la corticosterona, esto debido a sus relaciones con los procesos cognitivos.

El eje hipofiso-suprarrenal se desarrolla funcionalmente de manera característica en función de las experiencias tempranas (Valdés, 1983) y el cortisol y la cortisona secretadas a partir de la capa fascicular suprarrenal parecen actuar como “tranquilizantes tisulares”, que potencian la tolerancia pasiva y la coexistencia con un agente agresor” (Selye, 1982; en Valdés & Flores, 1985). Son pues, hormonas con valor adaptativo y restaurador, si bien el hecho de que actúen como antiinflamatorias, antialérgicas y supresoras de las reacciones inmunitarias, resulta contradictorio en apariencia.

La importancia de los 17-OHCS en la psicobiología del estrés reside en su capacidad para indicar bioquímicamente los efectos estresantes de la activación.

La actividad del eje suprarrenal como fenómeno relacionado a la activación se da en los estadios de peligro, amenaza, pérdida de control, incertidumbre, huida, derrota, ansiedad o depresión y se expresa subjetivamente bajo un estado emocional descargable o de malestar. Así lo prueban los altos niveles de 17-OHCS detectados en sujetos que experimentan situaciones y estados definidos como estresantes.

En el caso de la ansiedad, por ejemplo, los sujetos con elevada ansiedad presentan niveles plasmáticos de cortisol un 70% más alto que los individuos no ansiosos. Además, se observa un claro incremento del cortisol plasmático en los estados de miedo (AX, 1953; Funkenstein, 1955) y en el transcurso de las crisis de angustia (Bunney, 1969; Lader, 1980). En los sujetos ansiosos, el incremento en la excreción urinaria de 17-OHCS puede mantenerse durante varios días (Persky, 1957), citado en Valdés y Flores (1985).

De acuerdo con Belloch et al. (1995), las respuestas fisiológicas asociadas al estrés fueron establecidas inicialmente, como se menciona en el párrafo anterior, por Selye, el cual estudió prioritariamente a la activación de los

sistemas: neuroendocrino, hipotálamo-hipófiso-corticosuprarrenal, así como también la activación del sistema nervioso autónomo simpático.

Posteriormente, Mason (1968) estableció la idea de totalización neuroendocrina (over-all); con esto pretendía indicar que el sistema neuroendocrino responde a los estresores en forma de patrones de respuesta totalitarios, implicando de hecho a cualquier sistema neuroendocrino del organismo.

Las respuestas fisiológicas asociadas al estrés no se reducen, por supuesto, a la activación/inhibición de las variables neuroendocrinas y del sistema nervioso, sino que implican a múltiples componentes del organismo.

En términos generales, el estrés afecta a un conjunto amplio de variables psicofisiológicas y metabólicas, así como también a diversos órganos. Estos cambios en su mayor parte son secundarios a las alteraciones producidas sobre la actividad neuroendócrina.

Además, de acuerdo con Barcelata (2007), se puede entender al estrés como un proceso de activación dependiente de las evaluaciones que un individuo hace de su entorno, se puede suponer que el estado funcional del sistema reticular (responsable en parte de la activación) dependerá de la información sensorial llevada a cabo por las otras unidades funcionales del cerebro.

En la tabla que se muestra en la siguiente página, se pueden observar las respuestas fisiológicas y principales cambios asociados al estrés psicológico:

Respuestas al estrés

Tipo de respuesta/órgano	Tipo de efecto
CARDIOVASCULAR	Incremento de tasa cardíaca
	Aumento presión sanguínea sistólica
	Aumento presión sanguínea diastólica
	Aumento output cardíaco
CARDIOVASCULAR	Vasoconstricción periférica
	Posibles arritmias cardíacas
OTRAS RESPUESTAS PSICOFISIOLÓGICAS	Incremento de tensión muscular general
	Temblor
	Incremento tasa respiratoria
	Hiperventilación
	Incremento de la sudoración
	Incremento actividad electrodermal
	Incremento dilatación pupilar
	Reducción tensión muscular intestinal
	Reducción de la salivación
	Reducción amplitud ondas EEG
Reducción pH piel/saliva	

RESPUESTAS METABÓLICAS	Liberación de glucosa
	Incremento de producción de glucosa
	Catabolismo proteico
	Aumento de ácidos grasos libres
	Aumento del colesterol plasmático
	Aumento de triglicéridos plasmáticos
	Incremento del transporte de oxígeno
ESTÓMAGO	Incremento secreciones gástricas
BRONQUIOS	Dilatación
TIMO Y SISTEMA INMUNE	Involución tímica y reducción de la competencia inmunológica
TIROIDES	Incremento tamaño/actividad
SUPRARRENALES	Incremento tamaño/actividad
GLÁNDULAS SEXUALES	Incremento tamaño/actividad
HÍGADO	Involución
PÁNCREAS	Involución
RINÓN	Degeneración

(modificado por Sandín, 1993; tomado de Belloch et al., 1995)

1.5 Afrontamiento del estrés

Afrontamiento o *coping* es un concepto que se ha empleado con diferentes sentidos. Se ha entendido como una reducción o supresión del estado de estrés, es decir, como un resultado. Cuando desaparece la respuesta fisiológica de estrés entonces se dice que existe *coping*. De acuerdo con Levine, Weinberg y Ursin (1978); tomado de Belloch et al., (1995), la mejor medida del *coping* es la variación en las respuestas fisiológicas asociadas al estrés.

En términos generales, tomando en cuenta la opinión de Belloch et al. (1995), se entiende el afrontamiento como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para “manejar” tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo.

1.5.1 Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de la base de que se trata de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes.

Uno de los modelos es el de Berne (1964), centrado en el concepto de estilos de *coping* es el del represor/sensibilizador. El primero tiende a la negación y evitación; el sensibilizador, en cambio, es más vigilante y expansivo (Belloch et al., 1995).

Posteriormente como se cita en Belloch et al., (1995), Weinberger, Schwartz y Davison (1979) estudiaron experimentalmente este tema; y basándose en datos de respuestas fisiológicas a estresores de laboratorio y a

puntuaciones en auto informe de ansiedad (AA) y deseabilidad social (DS) (Crowne y Marlow, 1964), sugirieron los siguientes cuatro tipos de afrontamiento del estrés:

- 1) *represor* (alta puntuación en DS y baja en AA)
- 2) *no defensivo/no ansioso* (baja puntuación en DS y AA)
- 3) *no defensivo/ansioso* (baja puntuación en DS y alta en AA) y
- 4) *defensividad ansiosa* (alta puntuación en DS y alta en AA)

Siguiendo con estos autores, un modelo más reciente de estilos de afrontamiento que ha adquirido gran relieve es el de los estilos cognitivos *monitoring* y *blunting* de Miller (1987). El término *monitoring* indica el grado con el que un individuo está alerta y sensibilizado respecto a la información relacionada con la amenaza. El término *blunting* denota el grado en el que un individuo evita o transforma cognitivamente la información de amenaza; Miller lo denomina *blunting* por que ayuda al individuo a atenuar el impacto psicológico del origen objetivo del peligro. El modelo se basa, por tanto, en el modo en que los individuos cognitivamente procesan la información relacionada con sucesos aversivos, para reducir las reacciones de estrés concomitantes. Ambos tipos podrían traducirse como intensificador y atenuador respectivamente.

Luego Kohlmann en 1993 (en Belloch et al., 1995), basándose en los constructos de deseabilidad social, intensificador/atenuador, y sensibilizador/represor propuso cuatro patrones de afrontamiento que, en parte, recuerdan a los tipos introducidos por Weinberger y colaboradores (1979). Pueden resumirse de la siguiente forma:

1. Modo vigilante rígido. Se lleva a cabo por personas con alta vigilancia y baja evitación (sensibilizadores).

2. Modo evitador rígido: Típico en personas de baja vigilancia y alta evitación (represores).
3. Modo flexible. Uso flexible de estrategias relacionadas con la situación.
4. Modo inconsistente: Afrontamiento ineficaz. Exhiben este tipo de afrontamiento aquellas personas con alta vigilancia y su alta evitación (personas ansiosas).

1.5.2. El afrontamiento como proceso

Un enfoque alternativo al modelo centrado en los estilos de afrontamiento es el sugerido por el grupo de Lazarus en términos de proceso (Folkman, 1982; Lazarus, 1966, 1993 a, b; Lazarus & Folkman, 1984; como se cita en Belloch et al., 1995). Así desde el punto de vista procesal, el afrontamiento es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales que el sujeto pone en curso para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que acrecienta o excede los recursos de la persona.

La consideración del afrontamiento como proceso implica asumir los siguientes principios:

1. El término afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o desadaptativo, eficaz o ineficaz.
2. El afrontamiento depende del contexto.

3. Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras a través de las situaciones estresantes.
4. La teoría del afrontamiento como proceso enfatiza que al menos existen dos funciones principales del afrontamiento, una focalizada en el problema y otra en la emoción.
5. El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación.

1.6 Estrategias del manejo y control del estrés

Existen diversas, estrategias de manejo del estrés dentro y fuera de la Psicología. Muchas de las estrategias utilizadas en la actualidad por profesionales de la salud, para profesionales y gente en general pueden ser consideradas no convencionales desde perspectivas más ortodoxas tanto en el campo de la Medicina como en el de la Psicología. Algunas de las técnicas y/o prácticas para el control del estrés son: la relajación, la retroalimentación biológica, el focusing, la imaginería, la reestructuración cognitiva, la inoculación del estrés, la gestaltterapia, el masaje corporal, la meditación trascendental, el Hata-Yoga, la aromaterapia, la musicoterapia, el budismo Zen, y el Tai-Chi (Barcelata, 2007).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991) existen diversos planteamientos desde los cuales se puede ofrecer un tratamiento para el estrés, los cuales se presentan en la tabla de la siguiente página:

Tratamientos del estrés

Planteamiento	Teoría	Proceso	Procedimiento
Biológico	Desequilibrio Bioquímico	Restauración de los procesos fisiológicos normales	Farmacoterapia y/o Terapias sobre el organismo
Dinámico	Cólera contra el yo, consecuente con una pérdida real o simbólica	Introspección hacia e conflicto inconsciente y descarga catártica	1. De apoyo: Mejora de los conflictos inconscientes perturbadores 2. Profunda: Resolución de conflictos inconscientes
Conductual: - Afectivo	La ansiedad inhibe las conductas con potencial gratificador	Reducción de la ansiedad condicionada	Desensibilización sistemática o procedimientos alternativos contracondicionantes
- Operante	Déficit de reforzamiento y exceso de castigo	Aumento de la frecuencia de reforzamiento (disminución del castigo)	1. Dominio directo de las contingencias por el terapeuta 2. Entrenamiento en habilidades sociales
- De autocontrol	Déficit de autoreforzamiento y exceso de castigo	Aumento de la administración de autoreforzamiento (disminución del castigo)	Entrenamiento en las habilidades siguientes: a) Automatización, b) Demostración de hipótesis cognitivas y c) Re-estructuración cognitiva
- Cognitivo	Creencias no adaptativas y procesamiento distorsionado de la información	Cambio de creencias y modificación de las distorsiones en el procesamiento de la información	1. Terapia cognitiva: razonamiento inductivo, análisis empírico de creencias, entrenamiento en a) auto monitorización, b) demostración de hipótesis cognitivas y c) reestructuración cognitiva 2. RDP: razonamiento deductivo y persuasión

(Tomado de Lazarus & Folkman, 1991; Reproducido con permiso de Hollon, S.D., y Beck, A.T. Terapia cognitiva de la depresión. En P.C. Kendall y S.D. Hollom (Eds), Cognitive behavioral interventions: Theory, research, and procedures, Nueva York: Academic Press, 1979, p. 153.)

Además, el tratamiento al estrés puede provocar un cambio por cuatro vías: los sentimientos pueden determinar los pensamientos y los actos; los actos pueden determinar el pensamiento y los sentimientos y los pensamientos pueden determinar los sentimientos y los actos. Los sentimientos, los pensamientos y los actos son interdependientes: si cambia el pensamiento, los sentimientos y los actos, probablemente también cambiarán. Por consiguiente, es una cuestión empírica afirmar qué estrategia es la que funciona mejor y, con toda probabilidad, son múltiples las estrategias que aumentan las probabilidades de producir los cambios necesarios para que mejore el funcionamiento.

Sin embargo, de una forma u otra, si lo que se ha de conseguir es un cambio terapéutico, hay que introducir cambios en la evaluación cognitiva y el afrontamiento.

Aplicar el planteamiento teórico de Lazarus y Folkman (1991) a la intervención, significa afirmar que cualquier problema de adaptación debe considerarse desde un punto de vista transaccional; debe verse como el resultado de una interacción entre el individuo y su entorno.

Estos programas para el dominio del estrés, en contraste con las terapias individualizadas, están creados para ser aplicados en general. Aunque tales programas pueden resultar útiles, su efectividad es limitada para aquellas personas cuyos problemas derivan de conflictos individuales o de compromisos personales, que estos programas no consideran.

Para que resulte efectivo cualquier programa para el dominio del estrés, se debe enseñar al individuo a evaluar la situación y/o afrontar sus demandas de forma distinta, basado en un proceso de interacción.

1.7 Medición del estrés

De acuerdo con Lucio, León, Durán, Bravo y Velasco (2001) en la actualidad se ha incrementado el interés en el estrés debido a que cada vez es más frecuente que sea reportado por individuos con un padecimiento, o bien, como detonaciones de diversas alteraciones.

El nivel de estrés causado por una situación específica es asignado por cada individuo; es decir, el mismo suceso no provoca igual reacción en todos los sujetos, además cada individuo tiene sus estrategias para enfrentarlo, que a su vez, estarán determinadas entre otros factores por la idiosincrasia, la historia, el aprendizaje y la personalidad de cada uno.

En México se han hecho solo algunas investigaciones en relación al estrés y su evaluación, por ejemplo, en 1997, González-Forteza, Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (en Lucio et al., 2001) investigaron los indicadores socio demográficos que favorecen el riesgo de experimentar estrés psicosocial en los estudiantes mexicanos, en la escuela; estos investigadores encontraron que las variables socio demográficas tienen un valor predictivo significativo en cada estresor.

Lucio, et al (2001) a su vez en su estudio con adolescentes de 13 a 18 años, encontraron que los jóvenes mexicanos del sexo masculino reportan una mayor ocurrencia de sucesos estresantes que las mujeres, observándose que a medida que aumenta la edad, aumenta la ocurrencia de los mismos.

Además, los adolescentes que pertenecen al nivel socioeconómico bajo, son los que reportan la mayor ocurrencia de sucesos estresantes, en comparación con los adolescentes de nivel socioeconómico alto.

Por otro lado, Domínguez, Martínez, Hernández, Esqueda, Olvera, Lizano, Flores, Morales y Tam (1998), se han centrado en investigar, entre otras cosas, las técnicas utilizadas para medir el estrés, las cuales se pueden dividir en dos: 1) Las de tipo emocional y 2) Las de tipo sensorial.

Las emociones y sensaciones corresponden a las dimensiones evaluativas denominadas afectiva y cuantitativa, respectivamente, y por lo general en las evaluaciones del estrés se asigna mayor importancia a los aspectos sensoriales, es decir, se pone mayor énfasis en conocer cuán estresado está el niño y cuánta angustia le genera su problema, entre otros factores.

Al considerar el componente emocional (evaluativo) de la experiencia estresante, es más ventajoso recurrir a descripciones verbales, espontáneas y personalizadas. Las escalas descriptivas tienen la ventaja de acoplarse al lenguaje natural de los pacientes, midiendo los componentes afectivos emocionales, lo cual no puede obtenerse cuando se utilizan únicamente las escalas visuales y las escalas numéricas (Domínguez, 1996; en Domínguez et al., 1998).

En relación a este tipo de escalas, se cuenta con el PEIES (Percepción de eventos infantiles estresantes) que es un inventario que indaga sobre diversos factores de tensión en los niños, abarcando áreas como la familiar, la social y la personal, entre otras; en el cual el menor debe evaluar si el reactivo resulta opresivo para él, y en caso afirmativo en qué grado lo fue –en una escala de 0 a 5, donde 0 es nada estresante y 5 lo más estresante para él.

Lo que este estudio pretende resaltar es que se debe tomar en cuenta el empleo de evaluaciones combinadas, en las que se abarque tanto el aspecto subjetivo (emocional) como el aspecto objetivo (sensorial). En la primera categoría (indicadores subjetivos) se incluye el reporte verbal subjetivo del

paciente tal como éste lo expresa, dando respuesta principalmente a la pregunta “¿cómo te sientes?”, y se debe respetar la terminología, la estructura, las pausas, los “errores” o términos idiosincráticos/neologismos utilizados por cada paciente. En los indicadores objetivos, se incluyen las mediciones realizadas con escalas previamente establecidas (Domínguez, 1996; en Domínguez et al.,1998).

Otro estudio, similar al presentado en este documento, es el realizado por Vega, Hernández, Juárez, Martínez, Ortega y López (2007), en el cual se identificó la validez de constructo del Inventario de Estrés Infantil (IEI) correlacionándolo con la Escala de Habilidades Sociales para niños (EHSN), esto debido a que, de acuerdo con las autoras, contar con habilidades sociales óptimas permite reducir la posibilidad de eventos estresantes, es decir, si un niño cuenta con habilidades sociales suficientes, le será más fácil manejar el estrés que aquellos con pocas habilidades sociales. Esto debido a que Vega, González, Anguiano, Nava y Soria (en prensa), encontraron una relación lineal directa inversa entre estrés y habilidades sociales, lo que implica que a mayor estrés, menos habilidades sociales.

La escala de habilidades sociales (EHSN) (Chávez, 2001; Vargas, 2005; en Vega et al., 2007), se divide en 7 áreas: Habilidades para relacionarse con los demás de manera cordial y amable; Habilidades para hacer amigos y amigas; Habilidades para conversar; Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones; Habilidades de solución de problemas interpersonales; Habilidades para relacionarse con los adultos, y Habilidades para relacionarse con el sexo opuesto.

Por otro lado, el Inventario de Estrés Infantil (IEI), evalúa la percepción de estrés en los niños en tres áreas: daño-pérdida, social y familiar, se conforma por 66 ítems, el cual se califica de uno a cuatro otorgando un punto a muy

tranquilo y cuatro a muy nervioso, de esa manera, la puntuación mínima es de 52 y la máxima de 208, es decir, a mayor puntuación mayor estrés.

Las pruebas se aplicaron a 40 niños y niñas de entre 6 y 8 años de edad, y se encontró que ambos Inventarios, tienen un alto nivel de confiabilidad (.89 y .83 respectivamente), además, a pesar de que se encontraron correlaciones entre ambos, sólo se dieron en determinadas áreas, dichas correlaciones resultaron negativas, y eso indica que las relaciones teóricas entre estrés y habilidades sociales se cumplen (a mayor estrés menos habilidades sociales).

1.8 Estrés infantil

1.8.1 Definición

De acuerdo con Trianes (2002) el estrés es el objeto de estudio de diversas disciplinas, pero tanta popularidad del término tiene como resultado que la gran mayoría tenga una idea acerca de que es el estrés, así como a su vez el término ha ido incorporando tantos significados que hacen de él un concepto sumamente amplio y ambiguo.

El concepto de estrés, el cual es aplicado a los niños implica al menos cuatro factores:

- Presencia de una situación o acontecimiento identificable,
- Dicho acontecimiento es capaz de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo.
- Este desequilibrio refleja un estado de activación marcado por una serie de consecuencias para la persona de tipo neurofisiológico, cognitivo y emocional.
- Estos cambios, a su vez, perturban la adaptación de la persona.

1.8.2 Factores que intervienen en la experiencia del estrés infantil

Entre los diversos elementos que componen la experiencia del estrés en los niños, se distinguen los siguientes:

- Variables antecedentes: Estímulos y situaciones estresantes que son percibidos como tales por el niño.

- Variables mediadoras: Estas pueden ser de diversa naturaleza:
 - Moduladoras. Estas variables influyen en la calidad e intensidad de la vivencia que hace el niño ante el estresor.

 - Variables amortiguadoras o protectoras. Condiciones personales y ambientales que disminuyen el impacto del estímulo estresante y por tanto, la intensidad de la respuesta de estrés.

 - Factores de riesgo: factores biológicos, psicológicos y sociales que aumentan la probabilidad de experimentar estrés con mayor facilidad e intensidad. Aumentan la probabilidad de que un niño experimente las consecuencias físicas y psicológicas del estrés.

 - Factores de Afrontamiento: recursos personales, cognitivos y conductuales, que le ayudan al niño a manejar y superar el estrés.

- Consecuencias del estrés. Es decir, las reacciones o respuestas del niño ante el estrés.

En relación a lo anterior, la conducta adaptada y saludable de una persona dependerá de que:

- Los factores de riesgo y acontecimientos estresantes sean pocos, se reduzcan o se mantengan en unos niveles que puedan ser afrontados con éxito por la persona.
- La persona pueda echar mano de recursos protectores disponibles.
- Dichos recursos sean numerosos de modo que superen a los factores de riesgo. Por el contrario cuando los factores de riesgo y estrés superen a los factores de protección, los resultados serán desadaptativos (Costa y López, 1996; tomado de Trianes, 2002).

En la parte final de la página, se muestra una tabla en la cual se puede observar con mayor detalle los factores que intervienen en la experiencia del estrés en la infancia, las variables mediadoras y sus consecuencias, así como sus ejemplos (Trianes, 2002).

Por otro lado, Buendía y Mira (1993) dicen que la experiencia del estrés depende de la confluencia de múltiples variables tanto contextuales como personales, que los eventos vitales estresantes pueden incidir en el ajuste personal del individuo (véase el siguiente cuadro). Y por ello se considera fundamental la comprensión de los factores estresantes que afectan al ser en desarrollo y de los recursos de que el niño dispone para hacer frente al estrés.

Estrés en la infancia

Antecedentes	Variables mediadoras			Consecuencias
ESTÍMULOS ESTRESORES	FACTORES PROTECTORES	FACTORES MODULADORES	FACTORES DE AFRONTAMIENTO	REACCIONES DE ESTRÉS
Desarrollo y maduración: Deficiencias Tareas y superaciones Separaciones Autonomía	<i>Personales:</i> Soporte biológico saludable Desarrollo socio cognitivo sano Temperamento fácil	<i>Personales:</i> Temperamento Género Edad y desarrollo	<i>Habilidades personales:</i> Manejo del estrés Habilidades sociales Regulación emocional Comprensión de los problemas Toma de distancia	<i>Conductuales:</i> Inhibición, Pasividad Trastornos del sueño Trastornos de alimentación Problemas de conducta
<i>Familia:</i> Falta de apego Maltrato Divorcio Muerte Nacimiento hermano, etc.	<i>Familia:</i> Calidad de apego Apoyos y recursos Personalidad y habilidades Posición socioeconómica y cultural	<i>Familia:</i> Forma de la familia Estrés de los padres	<i>Habilidades de los padres:</i> Implicación en la educación de los hijos Habilidades de crianza Estilos parentales	<i>Emocionales:</i> Irritabilidad y labilidad emocional Depresión Ansiedad Temores y fobias Agresividad
<i>Escuela:</i> Demandas de separación Aprendizajes escolares Éxito y fracaso escolar Etiquetaje de diferencias	<i>Escuela:</i> Las experiencias de éxito escolar La motivación por aprender El apoyo de los profesores	FACTORES DE RIESGO Problemas de conducta: Agresividad con iguales Experiencias negativas Padres enfermos mentales Muerte de familiares Exceso apego al adulto, etc.		
<i>Relaciones con iguales:</i> Rechazo y no aceptación Inhibición, timidez Perdida o ausencia de amigos	Relaciones con iguales: Los amigos Redes de apoyo entre compañeros			<i>Cognitivas:</i> Baja autoestima Teorías o pensamientos negativos Indefensión
Factores macro-socioculturales: Pobreza, discriminación, desastres	<i>Factores macro-socioculturales:</i> Clase social, bienestar y calidad de vida, recursos comunitarios		<i>Factores socioculturales:</i> Ayudas comunitarias, etc.	<i>Psicosomáticas:</i> Dolor de estómago Dolor de cabeza

1.8.3 Impacto del estrés infantil

En la experiencia humana, el estrés puede clasificarse en dos categorías según su incidencia: agudo o transitorio y crónico que es de larga duración o recurrente. Aunque ambos también pueden ser anticipatorios.

En el caso de los niños, el estrés agudo se presenta cuando éste experimenta una sensación de peligro inminente, como ver o escuchar un perro ladrando. La situación es percibida y valorada como de amenaza o peligro, e instantes después el cuerpo responde fisiológicamente –aumenta la sudoración, tensión muscular- y actúa, se paraliza, huye, llora. El estrés agudo no tiene por qué estar siempre asociado al temor. En ocasiones implica sentimientos de frustración, enojo e impotencia al ver frustrados los propósitos que se deseaban alcanzar. Por su parte, el estrés crónico puede aparecer como resultado de la acumulación de diversos acontecimientos estresantes como enfermedad de uno de los padres, ingresar a la escuela, y el nacimiento de un hermanito; o del mantenimiento constante de un estresor como podrían ser las riñas permanentes de los padres. Y finalmente el estrés anticipatorio suele ocurrir ante la expectativa de ocurrencia de un evento –presentar un examen-. El estrés anticipatorio está asociado a la capacidad de una persona para prever momentos o periodos de tensión o peligro.

Es precisamente la permanencia del estresor lo que determinará los efectos del estrés y sus consecuencias en la salud de los niños. Los indicadores de que el estrés puede estar dañando la salud, varían entre uno y otro individuo. Unos presentan dolores de cabeza, otros por ejemplo, diarrea, estreñimiento. Asimismo, se presentan síntomas físicos que en ocasiones suelen confundir a los padres, preocuparles el estado de salud de sus hijos y en el mayor de los casos ignorar o minimizar los síntomas del estrés (Ramos, 2007).

1.8.4 Fuentes del estrés infantil

Yamamoto, Davis, Dylak, Whittaker, Marsh y Westhuizen (1996), realizaron un estudio con 1,729 niños que se encontraban cursando entre 2º y 9º grados, de los siguientes 6 países: Sudáfrica, Islandia, Polonia, Australia, Reino Unido, y EE.UU; en éste estudio, pidieron a los niños que clasificaran un listado de 20 eventos estresantes en términos de lo molestos que son, y encontraron que lo que los niños consideraron más molesto fueron aquellos eventos que amenazan su sentido de seguridad, además de aquellos que ocasionan denigración personal y vergüenza.

Se debe tomar en cuenta que, algunas investigaciones previas, sugieren patrones sorprendentemente similares en la evaluación del estrés en los niños, el cómo éste afecta potencialmente las experiencias en la familia, la escuela y otros contextos sociales.

Pues de acuerdo con Yamamoto et al. (1996), los eventos que los niños clasificaron como más molestos fueron: la pérdida de los padres, quedarse ciegos, el fracaso académico, el orinarse en clase, las peleas entre sus padres y que los atraparan robando, a su vez, los eventos estresantes que ordenaron como menos molesto fueron el nacimiento de un hermano, dar un informe en clase, ir al dentista o perder un juego.

El mismo Yamamoto, en otro estudio (2001), aplicó una escala de 7 puntos que constaba de 20 eventos estresantes relacionados con algunas experiencias desagradables a 364 niños de 4º a 6º grado en una escuela secundaria estadounidense; de forma independiente y paralela, se entregó a sus padres un cuestionario con la finalidad de que estimaran lo molesto que sería en cada evento, las calificaciones de sus propios hijos, y si ellos consideraban que sus hijos habían experimentado en realidad cada uno de los eventos.

Los resultados entre padres e hijos, de las 239 parejas que participaron, muestran que las correlaciones están muy cerca de 1, pues la correlación entre los dos conjuntos tiene una proporción de $\pm .96$, lo que indica una alta concordancia en general. Sin embargo, los acontecimientos generaron algunos desacuerdos entre los padres e hijos, ya que en 12 de los 20 eventos, las respuestas de los padres son subestimadas en comparación con la de sus hijos.

Y relacionado a lo que se había mencionado en el estudio anterior (Yamamoto et al., 1996), en cualquier lugar, los dos focos de eventos estresantes desde la perspectiva de los niños, son la amenaza a su seguridad y dignidad.

Es importante saber que, las reacciones y evaluaciones registradas de los padres en relación a sus hijos son significativas en experiencias tales como peleas y discusiones de los padres, el ser ridiculizado en el salón de clases, ser sorprendido en una mentira, así como en eventos relacionados con el logro académico.

Por otro lado, Jurin (2011) realizó un estudio en Croacia, cuyo propósito fue determinar las fuentes de estrés en los niños escolares, así como sus asociaciones con la intensidad y las manifestaciones físicas y psicológicas del mismo.

Estudió una muestra de 356 niños de 10 a 14 años de edad, que cursaban del 4º al 8º grado de una escuela primaria de Croacia; para examinar las principales fuentes de estrés (definidas como los estimados niveles de tensión percibidos en áreas específicas de la vida de los niños), las reacciones físicas a la tensión (es decir, una silueta en la cual los niños indicaban en qué partes del cuerpo sentían el estrés) y las medidas psicológicas de depresión, ansiedad rasgo, sensibilidad a la ansiedad y autoestima.

La información obtenida indica que la mayor fuente de estrés para los niños de ambos sexos es la escuela. Esto debido a que la escuela expone a diferentes demandas sociales y académicas en los niños, y los mayores factores de estrés incluyen: los exámenes, el fracaso en un examen, menor éxito de lo esperado, que los profesores sean muy exigentes, además de los conflictos con los maestros (Frazier & Schauben, 1994; en Jurín, 2011).

En relación a la edad las áreas que representan mayores fuentes de tensión son la escuela, los padres y la apariencia física. Los adolescentes experimentan más estrés, obviamente, en relación a los padres que los niños preadolescentes, esto debido a la etapa de desarrollo en la cual se encuentran.

Los varones reportan mayor tensión relacionada con los hermanos, mientras que la apariencia física resultó ser una fuente de estrés más intensa en las niñas.

La cantidad de manifestaciones del estrés (partes del cuerpo marcadas) fueron similares en ambos sexos, y en los niños de menor y de mayor edad. Más del 50% de los niños sentían el miedo en el abdomen, seguido por el pecho, la cabeza, manos y el corazón; alrededor del 15% de los niños marcaron los brazos, las rodillas, las piernas; y menos del 10% de niños marcaron los pies, muslos, cuello y hombros.

Se encontró que la intensidad global del estrés que un niño experimenta, se asocia con una mayor ansiedad, sensibilidad a la ansiedad, además de la depresión, baja autoestima y un mayor número de partes del cuerpo marcadas relacionados con el estrés.

La autora concluye que la calidad y cantidad de fuentes y manifestaciones de estrés varían en la infancia de acuerdo al género y la edad. Lo anterior coincide con los pocos estudios que se centran en el estrés diario en niños, en

los cuales se señala que las fuentes de estrés se asocian principalmente con los eventos relacionados a su vez con la escuela y la familia (Brobeck, Marklund, Haraldsson & Berntsson, 2007; Jacobson, 1995; tomado de Jurin 2011). Sabiendo que los niños aceptan el papel específico de género a través de la socialización, y sus funciones a través de los cambios de edad (Martin, de maderá & Little, 1990; como se cita en Jurin 2011) se podría esperar que las diferentes fuentes de estrés tengan diferente importancia para los niños y las niñas de una edad diferente.

Además, en el estudio realizado por Verduzco, Lucio y Durán (2004), el cual se realizó tomando en cuenta que la autoestima se considera como una pieza importante para mitigar el estrés, y con el objetivo de evaluar si la autoestima influye en la percepción del estrés y el tipo de afrontamiento en una población de niños mexicanos; en el cual la muestra estuvo integrada por 339 niños de cuarto a sexto grado de primaria de escuelas públicas y privadas; se encontró que el estrés que perciben los niños aumenta a medida que bajan los niveles de autoestima y disminuye con los niveles altos de autoestima. Además de que las áreas que producen mayor estrés en los niños son la familia, la escuela, y la salud.

1.8.5 Efectos del estrés en los niños

El estrés, de acuerdo con Poyuelo (1984), es un estado de acción-reacción que pone a la persona “desprovista de mecanismos mentales de defensa” y se traduce inmediatamente en desordenes orgánicos que pueden ser los siguientes:

-*Trastornos de expresión nerviosa:* Alteraciones del sueño, insomnio, ataques de angustia nocturna, hiper sueño; síncope, convulsiones.

-*Trastornos de tipo alimentario:* Rechazo de alimentos, anorexias, inadecuaciones motrices: ausencia de masticación, persistencia de la deglución primaria; selecciones de alimentos, absorciones alimentarias aberrantes, pica, bulimia.

-*Trastornos digestivos:* Vómito, cólicos, dolores abdominales; colitis, rectocolitis.

-*Trastornos de esfínteres:* Alteraciones de aprendizaje de la higiene, constipados, encopresis, polaquiuria, enuresis.

-*Trastornos respiratorios:* Espasmo del hipo, asma.

-*Trastornos tónico-motores:* Hipotonías, hipertónicas, distonías más o menos localizadas; torpeza, anomalías del andar o de la prensión; trastornos de posturas.

-*Trastornos cutáneos:* Eczema, urticaria, alopecia.

-*Síndromes generales:* Alteraciones del crecimiento (p.ej., enanismo psicógeno); obesidad; fiebres inexplicadas, infecciones repetidas; alteraciones alérgicas.

Entre la vivencia psíquica del niño, que acompaña toda afección somática con flujo en su evolución, y los trastornos psico-funcionales sin alcance orgánico, en los que prevalece el elemento psicológico, se sitúan las enfermedades

psicosomáticas, afección somática constituida sin síntoma psíquico en cuya génesis se encuentran factores emocionales. Estos diversos achaques somáticos atestiguan la fundamental interrelación del soma y la psique, al propio tiempo que la extremada complejidad de los mecanismos que actúan en una relación madre-hijo muy precoz.

Por otra parte de acuerdo con Jurin (2011), el estrés en los niños a menudo toma la forma de desórdenes psicosomáticos, cuyos principales síntomas son el dolor de cabeza y dolor de estómago (Berntsson & Gustafsson, 2000; tomado de Jurín, 2011) y los desordenes psicológicos como depresión, irritabilidad o nerviosismo (Natvig, Albreksen, Anderssen & Qvarnstrom, 1999; tomado de Jurín, 2011). Sin embargo, todavía no se sabe cómo - al lado de las reacciones psicosomáticas - los niños distinguen sus reacciones corporales relacionados con el estrés.

La reacción del niño ante el estrés, de acuerdo con Buendía y Mira (1993), puede tomar diversas formas. Una de las más comunes e inmediatas es cierto grado de actividad emocional (ansiedad, enfado, agresión verbal o física, etc.). Al mismo tiempo pueden ponerse en marcha mecanismos defensivos como la regresión (asumir conductas correspondientes a niveles evolutivos ya superados), desplazamiento (por ejemplo manifestar la ira provocada por eventos escolares con un hermano más pequeño), etc.

Junto a ello, se pueden llevar a cabo conductas de afrontamiento activo como buscar soluciones alternativas, realizar ejercicio físico intenso para reducir la activación, u otras encaminadas a modificar la situación a acontecimiento problemáticos en el sentido de que la evaluación sea más positiva (como pensar en las ventajas que supone el evento o dificultad).

1.8.6 Afrontamiento infantil

De acuerdo con Frydenberg y Deans (2011), el afrontamiento se ha definido como los pensamientos, sentimientos y acciones que se producen y se utilizan para hacer frente a situaciones (Frydenberg & Lewis, 1993; en Frydenberg & Deans, 2011).

A partir de los cuatro años, los niños tienen cada vez más equilibrio entre sus objetivos personales con los objetivos de los demás. Así como también tienen una creciente capacidad de utilizar estrategias de afrontamiento centradas en las emociones (Kopp, 2009; tomado de Frydenberg & Deans, 2011).

Cuando los niños creen que un factor de estrés es manejable y controlable, es más probable utilizar estrategias de afrontamiento activas relacionadas con la solución de problemas, pero cuando la situación se considera fuera de su control son más propensos a usar las estrategias de afrontamiento relacionadas con las emociones o pasivas, como el llanto para liberar sentimientos (Boekaerts, 1996; Campos & Prinz, 1997; citado en Frydenberg & Deans, 2011). En esencia, estas estrategias se utilizan para acomodarse a la situación y restablecer al individuo una sensación de bienestar o de equilibrio. No hay una respuesta específica eficaz para las situaciones que afligen a las personas, se trata de construir un repertorio de afrontamiento a través del tiempo. También se sabe que no hay afrontamiento bueno o malo, pero la probabilidad de que se logren los resultados deseados está determinada por la situación.

Es útil interpretar el afrontamiento como un proceso continuo que se extiende desde la tarea del estrés y la adaptación para alcanzar el éxito, a la prosperidad en la búsqueda de las metas y los retos de la vida cotidiana. Cuanto antes se desarrollan esas habilidades mejor (Frydenberg & Deans, 2011). Es así como los niños pequeños pueden tener menos habilidades de afrontamiento,

pues tienen menos flexibilidad en la selección y utilización de estrategias de afrontamiento dado que su uso se convierte en una situación más específica relacionada con la edad (Pincus & Friedman, 2004; citado en Frydenberg & Deans, 2011).

Frydenberg realizó un estudio en 2008 y 2009, que fue desarrollado en tres fases, dos de ellas consistieron en evaluar y contribuir al desarrollo del afrontamiento de los más pequeños, con el objetivo de identificar las acciones de afrontamiento que utilizan los niños de cuatro a cinco años de edad (Frydenberg & Deans, 2011).

En la primera fase del estudio (Decanos, Frydenberg & Tsuratani, 2008) participaron 20 niños de 4 a 5 años de edad, en éste se buscó identificar las respuestas de afrontamiento de los niños en edad preescolar y estas compararlas con los padres en relación a la comprensión de las respuestas de sus hijos.

La segunda fase del estudio (Chalmers, 2009) también se realizó la formulación de preguntas, con relación a las imágenes desarrolladas en tarjetas visuales derivadas de las respuestas a las situaciones que los niños dieron en la primera fase del estudio; La muestra consistió en 46 niños, a los cuales les fueron presentadas las tarjetas y se les pidió que describieran estrategias de afrontamiento, los resultados indicaron que los niños fueron capaces de evaluar la situación de manera apropiada y ofrecer respuestas de afrontamiento reflexionadas.

En la tercera fase, se les pidió a los padres y los maestros que contestaran 112 encuestas de 46 niños relacionadas con la primera fase del estudio. De esta manera, las madres informaron más sobre afrontamiento pasivo de sus hijos que los profesores. En general, hay indicios de que los niños pequeños adoptan

comúnmente una extensa gama de estrategias de afrontamiento que no son ampliamente reconocidas en la literatura actual.

Las respuestas tanto de los niños como de los padres se agruparon en los siguientes tipos: afrontamiento activo, pasivo y relacional. Y se concluye que la percepción de los padres del afrontamiento de sus hijos varía en relación a la de los maestros y a la de los propios niños (Frydenberg & Deans, 2011).

Cabe mencionar que se ha argumentado que las limitaciones para la medición del afrontamiento para los niños se deben a la falta de claridad y consenso sobre la naturaleza de afrontamiento durante la infancia y la adolescencia (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001, tomado de Frydenberg & Deans, 2011).

Capítulo 2

ANSIEDAD

2.1 Definición

Como se mencionó anteriormente, de acuerdo con Poyuelo (1984), la ansiedad o angustia, términos que no diferencian, se definen generalmente como un estado afectivo-penoso, en relación ya sea con una situación traumatizante actual, y con el temor de un peligro vinculado a un objeto indeterminado. Tienen un significado muy general de vivencia penosa que implica una noción de amenaza, de inseguridad, cuyos orígenes no percibe claramente el sujeto.

Este autor se refiere, a la angustia habitual (normal), la que experimenta todo el mundo, la angustia reconocida, declarada, que estructura la vida, la cual es consecuencia a veces de un equipamiento de base defectuoso, de su fragilidad, de sus crisis internas de un desarrollo mal guiado por los padres (también ellos presa de dificultades), de acontecimientos externos demasiado pesados para soportar; esta angustia, llegará a ocasionar que el niño no pueda dominarla más, ni metabolizarla, ni darle una respuesta, y quedará provisional o definitivamente, parcial o totalmente invadido por ella, afectando en exceso vida familiar, escolar y social.

Según, Gándara y Fuentes (1999) el diccionario dice de la ansiedad lo siguiente: Del lat. *Anxietas*, -atis:

- 1.f. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.
2. Pat. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis y que no permite sosiego a los enfermos.

Es decir, que la equipara a la angustia, de la cual, a su vez, el diccionario dice: Del lat. Angustia, angostura, dificultad:

- 1.f. Aflicción , congoja, ansiedad.
2. Temor opresivo sin causa precisa.
3. Aprieto, situación apurada.
4. Sofoco, sensación de opresión en la región torácica o abdominal.
5. Dolor o sufrimiento.
6. Náuseas. Ú. Sólo en sing.
- 7.p. us. Estrechez del lugar o del tiempo.

Pero para expresar los sentimientos de angustia y ansiedad, y sus consecuencias, las personas a lo largo de la historia, han empleado tal cantidad de palabras que no cabrían en la más gigante de las bibliotecas.

Los libros, dicen que la ansiedad es un sentimiento que implica la presencia de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de anticipación definida de un peligro no aclarado u objetivo, miedo ante la “nada” en contraposición al “miedo” ante un peligro o amenaza real. La ansiedad puede ser una respuesta a algo, pero también puede “nacer de dentro”, surgir dentro de nosotros mismos, con o sin razón aparente.

Siguiendo con Gándara y Fuentes (1999), la ansiedad:

- Es una sensación que todos podemos experimentar
- Es algo normal en la vida de las personas
- Es una reacción o respuesta a acontecimientos de la vida
- Puede ser más o menos intensa
- Afectará más a unas personas que a otras dependiendo de su carácter

- Puede ser necesaria y buena para adaptarse a los problemas de la vida y superarlos.

Para Reynolds y Richmond (1997) aunque en la actualidad no haya un acuerdo universal sobre una definición de ansiedad, existen ciertos aspectos del concepto que se aceptan de manera común. Por, ejemplo, la noción expresada a principios de este siglo por Freud (1924) es que la ansiedad es algo que se siente como un estado afectivo desagradable o una condición que es una respuesta simple ante un estímulo, un estado emocional o una interacción compleja de muchas emociones que se debate vehementemente por ponentes de diversas posiciones teóricas. Aunque quizá esta descripción teórica parezca vaga en la superficie, dicen estos autores, la ansiedad es algo que sin duda todos conocemos, experimentamos y reconocemos en nosotros mismos y con frecuencia en otros. Es un fenómeno universal de la humanidad.

El concepto más generalizado de ansiedad es la distinción entre estado-rasgo. Spielberg (1972) analizó los conceptos de estado y rasgo a gran detalle, y en relación con el estado de ansiedad (A-estado), dijo que éste “puede conceptuarse como algo que consiste en sentimientos desagradables de tensión y aprensión, percibidos de manera constante, con activación o excitación asociada al sistema nervioso autónomo”. En esencia, el estado de ansiedad es un complejo de reacciones emocionales que surgen cuando el individuo percibe una situación como amenazadora, sin importar que exista una amenaza real. Así el estado de ansiedad es una condición transitoria, asociada con una situación específica, y puede variar de manera amplia en intensidad y duración.

En la actualidad también se entiende la ansiedad como un rasgo de personalidad en algunos individuos. Esta idea sugiere que se trata de un aspecto más permanente del modo de funcionamiento del individuo. Si se evoca o no el

estado de ansiedad en un momento específico, depende de la situación dada y el estímulo evocador. Sin embargo, el rasgo de ansiedad describe la personalidad de un individuo que de manera frecuente experimenta ansiedad, a menudo aunque la fuerza que tenga el estímulo para provocar ansiedad sea relativamente débil. El rasgo de ansiedad se refiere al grado de propensión que tenga el individuo para experimentar ansiedad. Este rasgo parece variar, de acuerdo con auto-reportes clínicos, desde lo poco frecuente en algunas personas hasta una experiencia casi constante de ansiedad en otras, y su base es amplia, no específica a un episodio breve o una situación muy particular (tomado de Reynolds & Richmond, 1997).

2.2 Clasificación de la ansiedad

Tomando en cuenta las definiciones de ansiedad de Gándara y Fuentes (1999) la ansiedad puede denominarse como <ansiedad reactiva o exógena> y como <ansiedad endógena>.

Cuando la ansiedad es una respuesta a algo que nos sucede (un examen por ejemplo), el hecho de sentirla supone un interés por el problema, se trata de resolver, se prepara para ello, se movilizan los recursos, etc. En ese sentido se puede decir que la ansiedad es normal. Sin embargo cuando la ansiedad, más que ayudar, dificulta el rendimiento, ya empieza a ser patológica, pues provoca sufrimiento y no sirve para resolver las causas que lo motivan.

Además, la ansiedad puede ser reactiva o endógena dependiendo de las causas que la motivan.

- *Reactiva:*
Cuando está motivada por un desencadenante, con una relación comprensible con un suceso o una anticipación de algo; puede ser normal y servir para enfrentarse a ella o anormal y dificultar la adaptación.

- *Endógena:*
Aparentemente inmotivada, surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, excesiva y poco o nada adaptativa.

2.3 Psiconeurobiología de la ansiedad

Desde un punto de vista biológico se trata de un estado de alerta frente a una amenaza que prepara al organismo para un gasto suplementario de energía. Se precisa que el organismo esté plenamente activado, y el cerebro lo regula del modo más conveniente, es decir, el cerebro actúa a toda velocidad activando los recursos físicos y las hormonas, aumentando la adrenalina y, así preparando el metabolismo para la acción, para la lucha por la supervivencia.

La ansiedad puede ser un estado normal o patológico de activación del sistema nervioso como respuesta a estímulos externos o producto de un trastorno endógeno del funcionamiento cerebral. Esta hiperactivación se traduce, por un lado en síntomas periféricos (somáticos, corporales) resultado de la estimulación del sistema nervioso vegetativo (síntomas somáticos) y, por otro, en síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral (síntomas psicológicos).

Es importante, y bien conocido que, determinados estímulos activadores de los sistemas adrenérgicos pueden dar lugar a la ansiedad; es el caso de la cafeína (tomar demasiado café puede impedirnos dormir o ponernos nerviosos), la hiperventilación (respirar muy deprisa, como respuesta a un temor), la infusión intravenosa de lactato sódico o de bicarbonato sódico o bien sustancias como la yohimbina o drogas como la cocaína, etc.

Todos estos estímulos actúan activado el sistema noradrenérgico a través de mecanismos diferentes (Gándara & Fuentes, 1999).

2.4 Síntomas de la ansiedad

De acuerdo con Gándara y Fuentes (1999), la ansiedad puede manifestarse con sentimientos preferentemente psíquicos o con síntomas somáticos, a continuación se muestran los síntomas generales de la ansiedad:

1.- Síntomas psíquicos:

- Inquietud
- inseguridad
- intranquilidad
- temor
- miedo
- tensión
- angustia

2.- Síntomas somáticos:

- taquicardia
- palpitaciones
- sudoración
- temblor
- boca seca
- inquietud psicomotora
- hiperventilación
- disnea suspirosa
- tensión muscular
- meteorismo
- diarrea o constipación
- polaquiuria
- vértigos
- hiperactividad

3.- Síntomas de alerta excesiva:

- Sueño
Insomnio inicial, pesadillas, somnolencia diurna.
- Alimentación
Anorexia, hiperfagia.
- Sexualidad
Inhibición del deseo, impotencia, anorgasmia.
- Rendimiento intelectual
Dificultades de memoria y atención.

4.- Síntomas dependientes de otras variables personales:

- tensión en las relaciones familiares o sociales
- auto depreciación
- deterioro laboral.

2.5 Tipos de ansiedad

Siguiendo con Gándara y Fuentes (1999) la ansiedad puede manifestarse como un estado, sentimiento o reacción ligados a determinados objetos o situaciones, también se puede distinguir entre una ansiedad continua, más o menos estable, fluctuante en intensidad pero permanente (ansiedad generalizada) y una que se manifiesta en periodos breves de inicio súbito y cesación rápida (crisis de ansiedad); a su vez la ansiedad puede presentarse de forma aguda, con un estado transitorio, o bien de forma crónica, en cuyo caso se manifiesta a lo largo de toda la vida del individuo afectado, como un rasgo peculiar de su personalidad. En este sentido, se debe diferenciar entre ansiedad como manifestación típica de la personalidad de un individuo (ansiedad rasgo) o como expresión de un estado clínico patológico (ansiedad estado).

Gándara y Fuentes (1999) clasifican la ansiedad de acuerdo a los siguientes tipos:

- Ansiedad derivada de los problemas de la vida cotidiana: lo que coloquialmente se llama estrés.
- Ansiedad surgida en el curso de una patología somática: por ejemplo la que motiva una enfermedad grave, ya sea por la

reacción lógica de temor a sus consecuencias, ya esté causada por la propia afectación del sistema nervioso que la enfermedad produce.

- Ansiedad derivada de otros trastornos mentales: como la que se asocia a las depresiones, a los abusos de ciertas sustancias o al insomnio persistente.
- Por último, se describen los trastornos específicos de ansiedad de acuerdo al DSM-IV y al CIE-10:
 - Trastornos de ansiedad fóbica: agorafobia, fobia social, fobias específicas.
 - Otros trastornos de ansiedad: trastornos de pánico, trastorno de angustia generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo.
 - Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación: reacción al estrés agudo, trastornos por estrés postraumático, trastorno de adaptación.
 - Trastornos disociativos (de conversión).
 - Trastornos somatomorfos.
 - Otros trastornos neuróticos.
 - Trastornos de ansiedad secundarios a patología somática o consumo de sustancias.

2.6 Trastorno de ansiedad desde una perspectiva médica.

De acuerdo al Manual Estadístico Diagnóstico de los Trastornos Mentales (Flores, 1995), el Trastorno de ansiedad generalizada, que incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil, se caracteriza por la presencia de ansiedad, y/o bien, preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación.

La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de éstos síntomas adicionales).

Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad. Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones, son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que pueden derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar éstas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente.

2.7 Diagnóstico y tratamiento de la ansiedad

El diagnóstico clínico de un trastorno de ansiedad requiere:

- Una entrevista clínica amplia y detallada.
- Algunas encuestas o inventarios de autoevaluación de la ansiedad.
- Una exploración física cuidadosa.
- Y algunas exploraciones complementarias básicas.

A expensas de que tras realizar estas técnicas se estime que aún quedan aspectos por aclarar, se determinará la necesidad o no de exploraciones más sofisticadas, como:

- Otras exploraciones complementarias más complejas.
- Test de personalidad.

En relación al tratamiento de la ansiedad, los objetivos generales del mismo deben perseguir:

- Recuperar el nivel habitual de funcionamiento adaptativo.
- Mejorar la autoimagen y las relaciones.
- Favorecer la utilización correcta de los mecanismos de defensa propios del individuo.
- Posibilitar que el sujeto se enfrente a las fuentes de ansiedad, conflicto o estrés con seguridad y dominio.
- Limitar o anular la sintomatología de la ansiedad incapacitante, tanto la psíquica como la somática, aclarando especialmente el origen y las características de esta última.

Para lograr los anteriores objetivos se precisa de la utilización de todos los recursos disponibles, que son esencialmente de tres tipos: psicoterapias, psicofármacos y otras medidas de abordaje de las causas concretas de la ansiedad.

Psicoterapias.

Se entienden por tales todas las actuaciones médico-psicológicas dirigidas a un fin específico y no cualquier intervención en la que se manejen variables psicológicas o personales.

Psicofármacos.

Desde un punto de vista práctico, resulta evidente que las situaciones de estrés generan modelos de conducta que pueden y deben ser conceptualizados como anómalos o patológicos, ya que dan lugar a ansiedad con incapacitación y sufrimiento. En ese sentido se han formulado hipótesis de automedicación según las cuales algunas personas ansiosas y estresadas consumen drogas para sedarse (alcohol) o para solucionar el agotamiento (cafeína), amén de recurrir a los variados remedios caseros (tisanas), a placebos de diversa índole (reconstituyentes) y a soluciones naturistas, homeópatas o “curandiles” poco o nada validadas.

La cuestión es compleja, y las informaciones contrastadas sobre las ventajas e inconvenientes de incluir medidas farmacológicas junto a otras psicoterapéuticas o sociales son escasas.

En este sentido, de acuerdo con el documento emitido por el European CNS Advisory Board sobre Management of Stress se incluye un capítulo sobre tratamiento farmacológico del estrés, el cual se considera apropiado si se combina con la demás medidas de tipo psicoterapéutico e higiénico-dietéticas y nunca si se sigue sin apoyo de otras técnicas.

Así pues, se puede decir, sin temor a dudas, que hay fármacos ansiolíticos que son muy útiles y utilizados, que aportan claros beneficios con escaso riesgo y que son válidos no sólo para aliviar la ansiedad y sus síntomas, sino para mejorar la capacidad de adaptación y resolución de problemas (Gándara & Fuentes,1999).

2.8 Medida de la ansiedad

De acuerdo con Reynolds y Richmond (1997), debido a que la ansiedad es una experiencia muy penetrante para las personas, sin respeto aparente para sus circunstancias culturales, intelectuales, sociales o económicas, hay esfuerzos considerables para medir su incidencia e intensidad. En el punto de vista de Martin (1961) en Reynolds y Richmond (1997), la ansiedad es un complejo de respuestas neuropsicológicas, y debemos aprender a medir tanto estas respuestas como el estímulo que las provoca para poder entenderla.

En 1961 Krause (en Reynolds & Richmond,1997), informa a partir de una amplia revisión de la literatura en psicología y psiquiatría, que la ansiedad por lo general se infiere a partir de: a) auto-informes, b) signos fisiológicos, c) conducta (como postura corporal, habla, intranquilidad), d) desempeño de tareas, e) intuición clínica y f) respuesta al estrés. También registra que los auto-informes se emplean con mayor frecuencia para describir la ansiedad que un individuo experimenta.

Taylor en 1951 (como se cita en Reynolds & Richmond, 1997) advierte acerca de uno de los primeros esfuerzos para derivar una medida objetiva e independiente de la ansiedad. Seleccionó reactivos del *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota* (MMPI; Hathaway & McKinley, 1942) para construir una *Escala de ansiedad manifiesta* (MAS por sus siglas en inglés, Manifest Anxiety Scale). Su teoría era que la ansiedad manifiesta era una medida de la pulsión, y por tanto aquellos con mayor ansiedad lograrían medidas más altas que los sujetos que informan tener menos ansiedad. Taylor expuso 30 sujetos con una puntuación alta y 30 que obtuvieron una puntuación baja en la *Escala de ansiedad manifiesta* para un experimento que condicionaba respuestas del párpado. Su hallazgo de que los sujetos más ansiosos fueron superiores en la cantidad de condicionamiento exhibido ofreció apoyo para su teoría de que la ansiedad se relaciona con la pulsión o la motivación.

Numerosos estudios siguieron al trabajo inicial de Taylor conforme los investigadores utilizaron su recién desarrollada *Escala de ansiedad manifiesta* en la población adulta. Pocos años después, Castañeda, McCandless y Palermo (1956) informaron sobre una versión para niños de la *Escala de ansiedad manifiesta en niños* (CMAS, por sus siglas en inglés, *Children's Manifest Anxiety Scale*). En esencia, la CMAS utilizaba reactivos de la MAS, pero se expresaron con otras palabras para hacerlos más apropiados para los niños. Se aplicó la nueva CMAS a un total de 386 niños que cursaban del 4º al 6º grados; el resultado fue un factor de ansiedad general al igual que una escala de Mentira. Los niños de sexto grado obtuvieron una puntuación menor que los de cuarto o quinto grados en la escala de Mentira pero no se presentó ninguna otra diferencia entre grados.

Un estudio relacionado publicado al mismo tiempo por Castañeda, Palermo y McCandless (1956) utilizó la CMAS para determinar si la ansiedad estaba relacionada con la dificultad de las tareas en una prueba de aprendizaje

complejo. El estudio incluía niños de quinto grado, 15 varones y 22 mujeres, que fueron divididos casi de manera igualitaria conforme informaron mayor o menor ansiedad en la CMAS. Los resultados de este estudio revelaron una interacción significativa entre la ansiedad y la dificultad de las tareas. Esta interacción se basaba en la tendencia hacia un desempeño inferior en niños muy ansiosos en comparación con niños menos ansiosos en los componentes difíciles de la tarea. Sin embargo, los niños más ansiosos superaron a los niños menos ansiosos en los componentes de la tarea que eran menos difíciles (Reynolds & Richmond, 1997).

2.9 Ansiedad infantil

Definición

La angustia (ansiedad) forma parte de la vida de todo niño, aunque puede ser también la traducción de una evolución de carácter patológica. Como se mencionó con anterioridad, de acuerdo con Anna Freud (en Poyuelo, 1984) las posibilidades de que los niños sean posteriormente víctimas de trastornos neuróticos son tanto mayores cuanto más incapaces sean de tolerar ciertas cantidades, incluso moderadas de angustia; esto porque en el adulto, como en el niño, la energía vital se muda en angustia a partir de que no puede alcanzar la satisfacción.

Considerando el caso de los niños, se observa que la angustia no es otra cosa que un sentimiento de ausencia de la persona amada, cuya separación deja la energía vital inutilizada por no tener ésta un objeto al que dedicarse. En un primer tiempo, el niño no tiene el lenguaje a su disposición, será preciso que lentamente lo vaya adquiriendo, que lo elabore y lo aprenda, para poder utilizarlo. Preferentemente mostrará su vida psíquica, su sufrimiento, a través del

cuerpo: la piel, los intestinos, la boca... el sueño, otras tantas pantallas en las que se proyectará su relación con la angustia interna y con la que experimentará su entorno.

La angustia en el niño presenta múltiples expresiones, según la misma historia del niño que, aunque nacido a los nueve meses, esta inacabado y se verá sujeto a una continua mutación, tanto en el plano fisiológico como psicológico, mutación salpicada de crisis de desarrollo dentro de un círculo familiar del que depende totalmente y que, a la vez, será parte actora de esta historia. Tensión interior, somática, que nada en el entorno es capaz de atemperar, angustia de separación después del octavo mes, origen de trastornos de expresión corporal. Después, al ir complementándose el niño poco a poco, al adquirir progresivamente la capacidad de interiorización y de mentalización, la angustia se traducirá en síntomas intrapsíquicos, de coloración diversa, según los momentos de su historia y las crisis de desarrollo por las que atravesará, interrumpidas o no por los acontecimientos externos y las exigencias paternas que serán también factores de respuestas ansiosas de parte del pequeño.

La angustia del niño, muy a menudo impide su verbalización más que la falta de vocabulario y origina el recurso del niño a representaciones indirectas. El niño nos dará a entender su angustia en su propia carne, en los juegos, en los dibujos, en tantos síntomas que serán “otras palabras” (Poyuelo, 1984).

Este autor plantea que el papel que desempeña la ansiedad en el desarrollo es muy importante, sobre todo en las llamadas crisis de desarrollo que son: la angustia del octavo mes, el conflicto edípico (tres a seis años), la pubertad y la adolescencia. Estas crisis de desarrollo interno del niño se ven asociadas a acontecimientos externos y reacciones familiares como la entrada en la guardería (dos, tres años), el parvulario (seis años), y la adolescencia, que influyen grandemente en la expresividad de trastornos y los motivos de petición

de ayuda de los padres. Para ello se explica a continuación el desarrollo del mismo: El síntoma será la señal de un sufrimiento, de un conflicto, de un entorpecimiento de la función psíquica. El síntoma vendrá a ser la expresión y máscara del conflicto psíquico subyacente (Poyuelo, 1984).

De acuerdo con Anna Freud (1973), el término “defensa” aparece por primera vez en el año de 1894, cuando Sigmund Freud lo utiliza para describir las luchas del yo contra ideas y efectos dolorosos e insoportables, más tarde el término es abandonado y sustituido por el de “represión”, no obstante la relación entre ambas nociones permanecía indeterminada; es hasta 1926 que Freud S. Retorna al viejo concepto de defensa y sostiene la indudable ventaja de emplearlo de nuevo como “designación general de todas las técnicas de que se sirve el yo en los conflictos eventualmente susceptibles de conducir a la neurosis” reservando el nombre “represión” para uno de estos métodos de defensa; el significado de la represión queda constreñido al de un método particular de defensa.

Los nueve métodos de defensa bien conocidos y extensamente descritos en la teoría y en la práctica son: la represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario, y se puede agregar un décimo, más propio del estado normal que de la neurosis: la sublimación o desplazamiento del objeto instintivo.

El motivo que alguna defensa acata no depende de él, el instinto es considerado como peligroso porque hallándose prohibida su satisfacción por el superyó, al alcanzarla se produciría evidentemente un conflicto entre el yo y el superyó.

Los mecanismos de defensa, provenientes de la teoría psicoanalítica de Freud, que se encuentran a nuestro alcance para protegernos y disfrazar los conflictos internos, son descritos por Poyuelo (1984):

1) La represión.

Su principal papel es el de arrinconar en el inconsciente todo lo que es penoso y conservarlo ahí. Freud compara la represión al efecto de una censura, de un texto en el que las palabras que se requieren expresar se borran o se sustituyen por otras para desfigurar el sentido primitivo del mensaje y hacerlo aceptable a los ojos del inconsciente.

2) La negación de la realidad externa.

Es un intento de satisfacción imaginaria que trata de mantener, por tanto tiempo como sea posible, un statu quo: todo sucede como si esta realidad externa no existiera para el niño, que no se ve obligado, pues, a afrontarla.

3) La identificación proyectiva.

Permite tanto al niño como al adulto proyectar. por ejemplo, la hostilidad que experimenta: “lo odio” se encuentra invertido en una fórmula contraria: “me odia”. En lugar de ser así el sujeto que experimenta odio se convierte en el objeto del odio, proyectado en el objeto aborrecido. Liberado a partir de ahí de la angustia culpabilizante, el sujeto puede asumir sus propios sentimientos

hostiles que no se experimentan más que como reacción justificada, en respuesta a los sentimientos de odio que el sujeto atribuye al otro respecto a él.

4) La formación reactiva.

Por ejemplo, la agresividad reprimida puede ser sustituida por la bondad o la amabilidad; las tendencias destructivas pueden ser transformadas en cualidad de orden, de cuidado, de limpieza. El odio puede ser sustituido por una tendencia amorosa; el pudor y la inhibición pueden ocupar el sitio del deseo y de la curiosidad sexual.

5) La proyección.

Puede explicarse por una imagen, la de una cámara fotográfica: el sujeto sería como una cámara con un rollo de película cuyo contenido no pudiera ser conocido por el sujeto, pero que sí podía ir conociendo en la medida en que ésta imagen, esa película, vaya siendo proyectada fuera, sobre una pantalla que le permitirá ver lo que existe en él de modo inconsciente, aunque visto a través de otro, es decir, sobre la pantalla.

6) El aislamiento.

Consiste en aislar un pensamiento o un comportamiento de tal modo que su conexión con los demás pensamientos o con el resto de la existencia del individuo se encuentre rota y sea incomprensible.

7) La regresión.

Es ese movimiento de dar la vuelta en sentido inverso a partir de un punto ya alcanzado hasta otro situado anteriormente; este movimiento se encuentra constantemente en la vida psíquica de un niño y ha de relacionarse con la progresión. Este vaivén permite al niño protegerse en ciertos momentos.

8) La sublimación.

Es principalmente la actividad intelectual y la actividad artística, es decir, esta curiosidad que apunta a los objetos valorados socialmente y que permite dar suelta a toda la energía ligada a la sexualidad pero derivada hacia un nuevo objeto no sexual.

Existen también la identificación, el repliegue sobre sí mismo, la anulación retroactiva, la idealización...

“Los peligros instintivos contra los cuales se defiende el yo son siempre los mismos, aunque los motivos por los que percibe una determinada irrupción como riesgosa, son referibles a diferentes causas”. Anna Freud

Para Anna Freud (1973), los motivos que determinan al yo a la elección de un señalado mecanismo para dominar la angustia son poco conocidos, algunas personas son capaces de dominar grandes cantidades instintivas o afectivas y otros únicamente cantidades escasas.

Quizá la primera aparición de un particular método de defensa se asocia a sí mismo con una cierta tarea de dominación de los instintos, y desde luego, con una determinada fase del desarrollo infantil. O bien, puede también suceder que el aparato anímico emplee antes de la precisa disociación del yo y el ello, y de la formación de un superyó, métodos de defensa distintos a los que pone en práctica una vez alcanzadas estas fases de su organización. Lo que es cierto, es que, la cronología de los procesos psíquicos constituye uno de los más oscuros sectores de la teoría analítica.

Las manifestaciones psicopatológicas en los niños serán diferentes según la edad (Poyuelo, 1984). Cuanto más joven sea éste, menos tensiones y conflictos psíquicos se expresan con síntomas definidos y más dan lugar a trastornos de expresión corporal. Al construirse el niño poco a poco, va interiorizando y mentalizando progresivamente. El equilibrio psíquico peligra periódicamente, en especial en ocasión de la crisis de desarrollo en que aparecen unas manifestaciones sintomáticas a menudo sin futuro.

De acuerdo con el DSM-IV, en los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y las preocupaciones suelen hacer referencia al rendimiento o la competencia en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando estos individuos no son evaluados por los demás. A veces la puntualidad es el tema que centra las preocupaciones excesivas. Otras veces son los fenómenos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear.

Los niños que presentan el trastorno pueden mostrarse abiertamente conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por una excesiva insatisfacción a la vista de que los resultados no lleguen a la perfección. Al perseguir la aprobación de los demás pueden mostrar un recelo característico: necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento o de otros aspectos que motivan su preocupación. Estos niños

tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

Como ya se mencionó anteriormente, el desencadenamiento de los trastornos de ansiedad en los niños, puede ser por acontecimientos estresantes como: divorcio de los padres, hospitalizaciones, cambio de residencia y por otro lado el estilo educativo de los padres, sobre todo de las madres con los hijos y la respuesta de ansiedad por parte de éstos (Echeburúa, 1997).

Y de acuerdo con Poyuelo (1984) para Melanie Klein se considera normal, favorable incluso, la existencia de algunas manifestaciones de emotividad y de angustia, en cambio Anna Freud añade: lo importante no es la presencia o la cantidad de angustia, sino más bien la capacidad del niño para dominarla.

Así pues se entiende como normalidad, a la cualidad de la relación con los demás, la eficacia del funcionamiento del espíritu, y la dicha. La dicha es la combinación de la capacidad de experimentar el placer y la satisfacción de uno mismo. Los impedimentos a la dicha se encuentran en la angustia, el odio, la culpabilidad, siendo la angustia el mayor de ellos.

2.10 Diferencias entre ansiedad y estrés

En la vertiente psicológica, estrictamente individual, el estrés fue sobreentendido durante mucho tiempo como una estructura organizadora para pensar sobre psicopatología, sobre todo en las teorizaciones de Freud y de autores posteriores orientados en la teoría psicodinámica. Sin embargo se utilizó el término ansiedad en lugar del de estrés. La palabra estrés apareció en el índice de Psychological Abstracts hasta 1944. Y Freud dio a la ansiedad un papel central en la psicopatología (Lazarus & Folkman, 1991).

De acuerdo con Gándara y Fuentes (1999) la reacción ante situaciones de alarma o amenaza que generan ansiedad es lo que se ha llamado también estrés; y se trata de una reacción inespecífica en relación con los sucesos, es decir, una respuesta general y común ante determinados estímulos. Clasifica la ansiedad como exógena, o derivada de la estimulación ambiental; y la endógena o derivada del propio organismo en función de una supuesta disfunción neuroquímica. Dentro de la ansiedad patológica es importante para estos autores distinguir entre la exógena o reactiva, que también llaman estrés, y la endógena.

Se habla de estrés cuando se supera la capacidad adaptativa del organismo frente a los estímulos externos, bien porque éstos son muy intensos, o bien porque son muy persistentes. Así pues la ansiedad endógena está ligada frecuentemente a factores hereditarios, carece de causas externas, y en estos casos suele detectarse anomalías en los mecanismos cerebrales de procesamiento de la información procedente de los sentidos, con respuestas patológicas a estímulos o situaciones normales.

Estrés psicológico, como se mencionó anteriormente, se define como una reacción entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1991). Y por otro lado la ansiedad, se considera una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que preparan al organismo para reaccionar ante una situación de peligro (Echeburrua, 1997). Entonces pues, se puede considerar que las diferencias entre estrés y ansiedad radican en el tipo de evaluación que el individuo hace de una situación amenazante y en la forma en la cual se reacciona ante dicha situación.

En relación a la teoría de Lazarus, las reacciones a determinadas situaciones de estrés varían considerablemente de individuo a individuo, sin embargo la respuesta más frecuente al estrés es la ansiedad. La ansiedad se puede concebir como un estado emocional desagradable como reacción ante una situación que conlleva a cambios fisiológicos y comportamentales. Entre sus principales indicadores se pueden señalar la tensión muscular, dolores de cabeza, trastornos del sueño, transpiración excesiva, etcétera. Sin embargo es importante no confundir el estrés con procesos que también alteran el funcionamiento del individuo tales como, la depresión, la fatiga, los duelos, o incluso la ansiedad. Pues el estrés puede ser mejor determinado a través de la valoración de la relación entre experiencia y presencia de un desafío emocional aun en sujetos de escasos recursos en términos de habilidades, hábitos, etcétera. La percepción de discrepancias entre demandas del medio externo o internas, y los recursos del sujeto son las que determinan la aparición de estrés (tomado de Barcelata, 2007).

Por lo anterior, es importante tomar en cuenta que, con frecuencia el estrés, es un término que se puede utilizar como sinónimo de tensión, ansiedad, nerviosismo, angustia, desazón...etc., es decir, con facilidad se usa para referirse a varios aspectos de un mismo concepto, pero no para expresar conceptos diferentes.

En las últimas décadas, el estrés se ha aplicado indistintamente para designar a un estímulo, una respuesta, o una consecuencia; además se le ha denominado como fenómeno, estado o proceso, mostrando así que no existe una visión única del estrés, ni un consenso en su definición como término ni como concepto psicológico, y ante todo, se debe tomar en cuenta, que se habla desde modelos o perspectivas muy diferentes (Sánchez, Sierra, Peiró & Palmero, 2008).

Capítulo 3

VALIDEZ

3.1 Definición

Todo sistema de clasificación y diagnóstico debe cumplir al menos dos propiedades, ser fiable y ser válido. La primera viene dada por una adecuada descripción de subgrupos específicos de síntomas o dimensiones de la conducta que sean fiablemente identificados por observadores independientes en base a definiciones operacionales. La validez, por otra parte viene dada por la utilidad de identificar trastornos específicos, la cual habitualmente se refiere a predecir las respuestas al tratamiento, el curso del trastorno y a posible etiología (Barlow, 1988; tomado de Belloch et al., 1995).

Otra definición similar es la siguiente: toda medición o instrumento de recolección de datos, de acuerdo con Arenas (2005), debe reunir dos requisitos esenciales, relacionados con su utilidad en la asignación de numerales a objetos o eventos, esto se refiere a la confiabilidad y validez de los instrumentos de medición. Y validez, de manera general, se refiere al grado en que una prueba proporciona información apropiada con respecto a la decisión que se toma.

Para Kerlinger y Lee (2002) una prueba es válida de acuerdo con el propósito científico o práctico de quien la utiliza. Existen varios tipos de validez, el investigador debe diseñar el estudio de validación sólo con un tipo de validez en mente. Pues algunos investigadores calculan todos los coeficientes de validez.

La clasificación más importante de validez es la que se creó en un comité conjunto de la Asociación Psicológica Americana, la Asociación Americana de Investigación Educativa y el Consejo Nacional de Mediciones utilizadas en

educación. Se incluyen tres tipos de validez: *de contenido*, *de criterio* y *de constructo* (Kerlinger & Lee, 2002).

3.2 La validez de contenido

Es la representatividad o la adecuación del contenido -la sustancia, la materia, el tema- de un instrumento de medición. La validación de contenido está guiada por la pregunta: ¿la sustancia o contenido de esta medida es representativa del contenido del universo de contenido de la propiedad que se mide? Pues cualquier propiedad psicológica o educativa posee un universo teórico de contenido, que consiste en todas las posibles cosas que se dicen u observan acerca de la propiedad. La validación de contenido es básicamente de juicio (Kerlinger & Lee, 2002).

3.3 Validez de criterio

Se estudia al comparar las puntuaciones de una prueba o escala con una o más variables externas o criterios, que se sabe o se considera que miden el atributo que se estudia. Un tipo de validez relacionada con el criterio es la *validez predictiva*. Otro tipo es la *validez concurrente*, que difiere de la predictiva en la dimensión del tiempo.

Pues la *validez predictiva* involucra el uso de desempeños del criterio futuros, mientras que la validez concurrente mide el criterio casi al mismo tiempo. En ese sentido, la prueba sirve para evaluar el estatus presente del individuo.

La validez concurrente con frecuencia se utiliza para validar una prueba nueva. Para cada examinado se toman por lo menos dos medidas concurrentes. Una de ellas sería la prueba nueva y la otra sería una prueba o medida existente. La validez concurrente se calcula al correlacionar dos conjuntos de calificaciones.

Una prueba con alta validez relacionada con el criterio ayuda a los investigadores a tomar decisiones exitosas al asignar personas con tratamientos, considerando tratamientos en un sentido amplio (Kerlinger & Lee, 2002).

3.4 La validez de constructo

Es uno de los avances científicos más significativos de la teoría y de la práctica de la medición moderna. Representa un avance significativo ya que liga conceptos y prácticas psicométricos con conceptos teóricos. El trabajo clásico en el área es el de Cronbach y Meehl en 1955 (como se cita en (Kerlinger & Lee, 2002)). Cuando los expertos en medición investigan la validez de constructo de una prueba, casi siempre desean saber qué propiedad o propiedades psicológicas o de otro tipo pueden “explicar” la varianza de las pruebas. Buscan conocer el “significado” de la prueba. Plantea la pregunta ¿qué factores o constructos explican la varianza del desempeño en la prueba? ¿Esta prueba mide habilidad verbal y habilidad de razonamiento abstracto? ¿Mide también la pertenencia a una clase social?. En síntesis, busca explicar las diferencias individuales en las puntuaciones de la prueba. Su interés por lo general está centrado en las propiedades que se miden, más que en las pruebas utilizadas para lograr la medición.

Una dificultad que se presenta en el caso de los trastornos de ansiedad es en cierto grado distintiva, debido a la elevada tasa de diagnósticos comórbidos que se dan. Es frecuente, incluso, que un trastorno de ansiedad vaya cambiando a través del tiempo en otros trastornos de ansiedad diferentes, o incluso en un trastorno depresivo, o viceversa. A veces se ha especulado que los trastornos de ansiedad se pueden situar en un continuo de gravedad (“hipótesis del estado básico de ansiedad”), siendo las distintas categorías de ansiedad diferentes manifestaciones de un mismo trastorno básico; por ejemplo, la ansiedad generalizada estaría situada en el extremo más leve y el trastorno de pánico en el polo más grave (Belloch et al., 1995).

Capítulo 4

METODOLOGÍA

4.1 Justificación y Planteamiento del problema

Es importante tomar en cuenta que de la población en general, los niños constituyen un grupo en riesgo de presentar signos y síntomas de estrés debido al periodo de desarrollo biológico, social y psicológico por el que atraviesan; esto se ve acentuado en nuestro país por el contexto social, por lo que es importante contar con herramientas psicológicas que faciliten el entendimiento y favorezcan el apoyo a los niños ya que ellos constituyen el futuro de las sociedades.

Respondiendo a esta necesidad, algunos investigadores se han enfocado en conocer cuáles son los principales eventos estresantes en la vida de los niños con el fin de evaluar el papel que estos desempeñan en la emergencia de problemas emocionales durante esa etapa, y con el objetivo de diseñar futuras estrategias de intervención que favorezcan la calidad de vida en los niños, así como la elaboración de instrumentos psicológicos que permitan evaluar el estrés en los niños; tal es el caso de la Dra. Lucio, la Mtra. Durán y la Mtra. Heredia, quienes desarrollaron el Cuestionario de Estrés en Niños (CEN) 2011, con la finalidad, como ya se menciona con anterioridad, de evaluar el impacto de los sucesos estresantes en los niños y elaborar técnicas dirigidas a padres de familia, profesores y profesionales de la salud, que favorezcan el sano desarrollo de los niños.

El desarrollo del CEN tiene como finalidad el contar con instrumentos que tengan validez cultural y que se adecuen al medio, por lo que el principal objetivo del presente estudio consiste en obtener la validez concurrente del Cuestionario de Estrés en Niños. Este estudio resulta importante porque en el país, se cuenta con pocos instrumentos que permitan evaluar el estrés en los niños.

De acuerdo con la información revisada hasta este momento, estrés y ansiedad parecen ser dos conceptos relacionados, pues de acuerdo con algunos autores (Gándara & Fuentes; 1999), la ansiedad es considerada la respuesta o reacción que el organismo genera ante la presencia de estrés o eventos estresantes, sin embargo, es importante tomar en cuenta que, como se menciona con anterioridad, las principales diferencias entre ellos, radican en la evaluación que cada persona hace de una situación amenazante, así como en la forma en la cual reacciona ante dicha situación.

Es debido a esta relación que se decidió utilizar para validar el Cuestionario de Estrés en Niños (CEN), la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), la cual cuenta con normas adecuadas para la población mexicana.

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivo General

- Obtener la validez Concurrente del Cuestionario de Estrés en niños (Lucio, Durán y Heredia; 2011).

4.2.2 Objetivo específico

- Obtener la validez concurrente del Cuestionario de Estrés en Niños (Lucio, Durán & Heredia; 2011) por medio de una correlación estadísticamente significativa con la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), de Reynolds y Richmond, 1997; en un grupo de niños de entre 8 y 12 años de edad.

4.3 Pregunta de Investigación

- ¿Existe una correlación estadísticamente significativa entre el Cuestionario de Estrés en Niños (Lucio, Durán & Heredia; 2011) y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), de Reynolds y Richmond, 1997?

4.4 Hipótesis

- H1: Hay una correlación estadísticamente significativa entre el Cuestionario de Estrés en Niños (Lucio, Durán & Heredia; 2011) y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), de Reynolds y Richmond, 1997.
- H2: No hay una correlación estadísticamente significativa entre el Cuestionario de Estrés en Niños (Lucio, Durán & Heredia; 2011) y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), de Reynolds y Richmond, 1997.

4.5 Variables

4.5.1 Variable 1: **Estrés.**

- Definición Conceptual:

Es una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1991)

- Definición Operacional:

Calificación obtenida en el Cuestionario de Estrés en niños (Lucio, Durán & Heredia; 2011).

4.5.2 Variable 2: **Ansiedad.**

- Definición Conceptual:

Se considera una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que preparan al organismo para reaccionar ante una situación de peligro (Echeburua, 1997).

- Definición Operacional:

Puntuaciones en el Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), de Reynolds y Richmond, 1997.

4.6 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de tipo correlacional.

4.7 Diseño

El presente estudio se llevó a cabo a una muestra con dos variables de medición, por lo tanto se utilizó un diseño de 1 X 2.

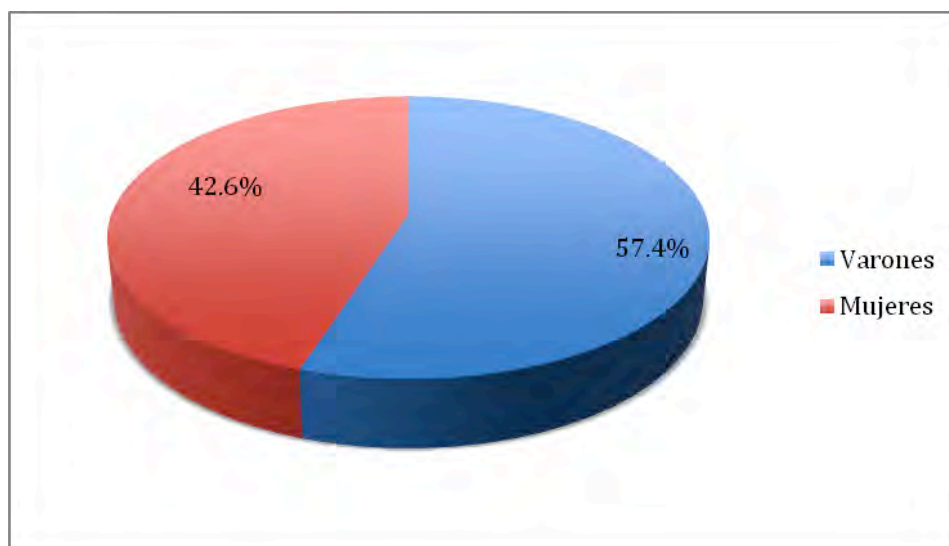
4.8 Muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó fue por conveniencia.

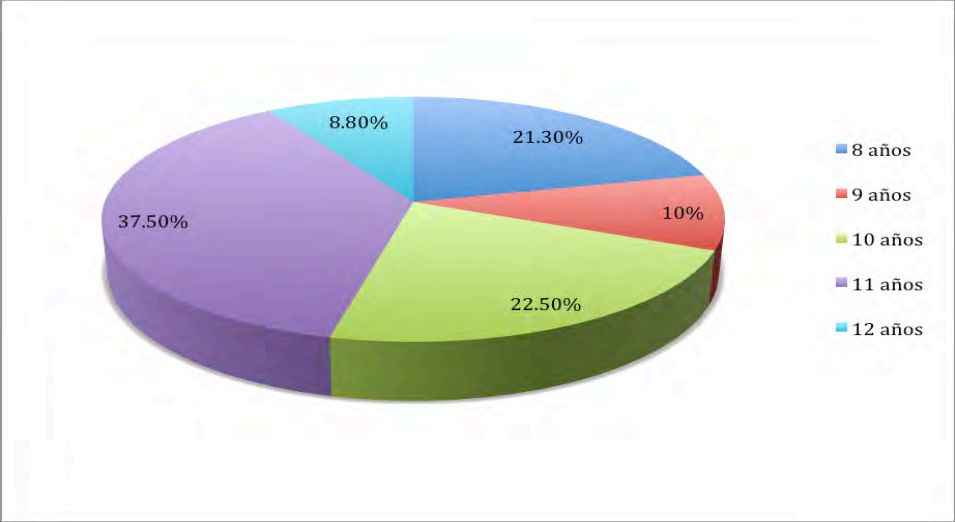
4.9 Participantes

Los individuos que participaron en el estudio fueron, como se menciona anteriormente, 61 sujetos, 35 hombres (57.4 %) y 26 mujeres (42.6 %) de entre 8 y 12 años, la media de edad es fue de 9.85, y se encontraban cursando entre 3° y 6° grado de primaria en dos escuelas privadas del Distrito Federal. A continuación se muestran las gráficas de la forma en la cual se distribuyeron los participantes:

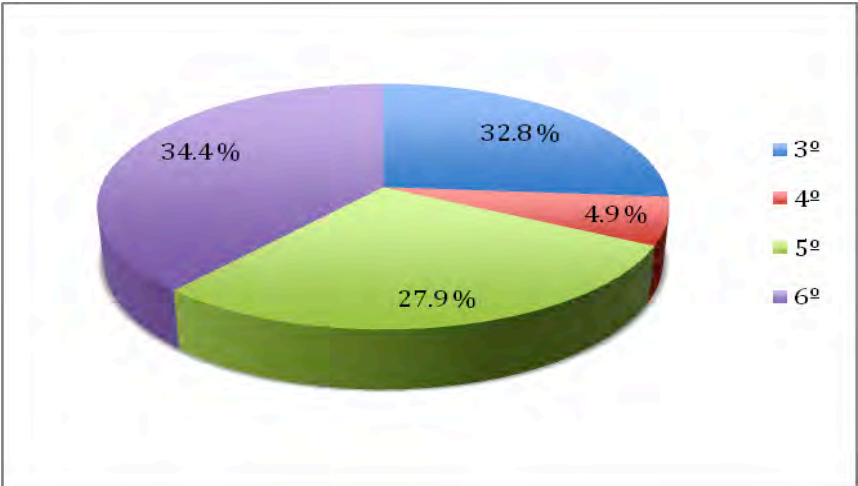
La muestra estuvo conformada por 61 alumnos todos de escuela privada, de los cuales el 57.4 % fueron varones y el 42.6% mujeres, estos datos se pueden observar en la siguiente gráfica:



En relación a la edad el 26.2 % tenían 8 años, el 9.8 % 9 años, el 24.6 % 10 años, el 31.1 % 11 años y finalmente el 8.2 % eran de 12 años de edad, en la siguiente grafica se muestra la información:



Además de acuerdo al grado escolar, la muestra se distribuyó de la siguiente manera, el 32.8 % cursaba el 3er grado de primaria, el 4.9 % 4º, el 27.9 % 5º grado así como el 34.4 % de los niños se encontraba en 6º grado, esto se presenta en la siguiente gráfica:



4.10 Criterios de inclusión

- ✓ Niños de entre 8 y 12 años de edad
- ✓ Que se encuentren cursando de tercer a sexto grado de Primaria
- ✓ Tener consentimiento informado del Padre de Familia o tutor, y
- ✓ Haber contestado el Cuestionario de estrés en niños (CEN) y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R).

4.11 Criterios de exclusión

- ✓ Niños menores de 8 años
- ✓ Jovenes mayores de 13 años
- ✓ No haber entregado el consentimiento informado firmado por el Padre de Familia o tutor, y
- ✓ Haber obtenido en los instrumentos una calificación que sugiere un reporte impreciso (tomando en cuenta las puntuaciones obtenidas en la escala de mentira de CMAS-R).

4.12 Escenario

La presente investigación se realizó de manera colectiva en dos Escuelas Primarias Privadas del Distrito Federal, para la realización de los cuestionarios se contó con las condiciones adecuadas en relación al mobiliario y ambiente, dentro del salón de clases de los alumnos.

4.13 Materiales

Se utilizaron los siguientes materiales:

- *Cuestionario de estrés en niños (Lucio, Durán & Heredia; 2011),*
- *Escala de ansiedad manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), de Reynolds y Richmond, 1997;*
- Lápices con goma, y
- Programa estadístico SPSS

4.14 Descripción de los instrumentos

➤ *Cuestionario de Estrés en Niños*

Se trata de un cuestionario de papel y lápiz que consta de 45 preguntas, 44 reactivos de opción múltiple con 4 opciones de respuesta de nada, poco, bastante y mucho, los cuales son presentados en conjunto con una escala pictórica, así como una pregunta abierta que pretende evaluar afrontamiento.

Fue diseñado para aplicarse a niños de entre 8 y 12 años en forma individual o colectiva, el tiempo estimado para responderlo puede variar dependiendo de las características de cada niño, sin embargo es de aproximadamente 25 minutos; y su uso puede ser para finalidades de evaluación e investigación (Ver anexo 1).

Además los reactivos que conforman el CEN se agrupan, resultado de un análisis estadístico denominado “análisis factorial” en los siguientes factores:

Factor	Nombre
1	Falta de aceptación familiar
2	Agresión verbal y burla
3	Falta de confianza y respeto
4	Presión escolar
5	Exigencia familiar
6	Regaño y castigo
7	Conflictos familiares
8	Miedos

➤ *Desarrollo del Cuestionario de Estrés en Niños*

La primera versión de dicho cuestionario tuvo su origen en 2004 como parte de los resultado de un proyecto de Tesis que, para obtener el grado de Doctor en Psicología, elaboró María Angélica Verduzco Álvarez Icaza, UNAM, inicialmente constaba de 33 reactivos y una escala de respuesta del 0 al 10.

Los reactivos se elaboraron a partir de varias fuentes: 1) Tomando en cuenta la literatura sobre lo que le preocupa a los niños en las diferentes etapas del desarrollo -Trianes (1999); Yamamoto (1979) - 2) sobre lo observado en la clínica como principales preocupaciones de los niños; Y 3) de un estudio piloto y de la sugerencia de alguno de los niños en la aplicación individual del estudio.

Cada uno de estos reactivos se agruparon, de acuerdo a un análisis factorial en los siguientes 6 factores: Burla, Respeto a la Autonomía, Escuela, Exigencia, Familia y Presiones externas (Verduzco, 2004).

Posteriormente, se llevó a cabo una corrección al mismo por Lucio y Colaboradores (2009), tomando en cuenta lo siguiente: el estudio realizado por Verduzco (2004), lo reportado por Yamamoto (1996, 2001), del trabajo clínico con los niños realizado por especialistas en psicoterapia infantil, y por medio de los resultados de un piloteo del cual se pudieron tomar las respuestas y sugerencias que dieron los niños. Así fue como se desarrolló finalmente la versión 2011 del Cuestionario de Estrés en Niños (Lucio, Durán & Heredia).

➤ *Estabilidad del Cuestionario de Estrés en Niños*

En relación a la confiabilidad del cuestionario de Estrés en Niños, este tiene un alfa de Cronbach general de .91.

Los valores de alfa de cada uno de los factores del Cuestionario de estrés para niños (Lucio, Durán & Heredia; 2011) se pueden observar en la siguiente tabla:

Alfa de los Factores que conforman el Cuestionario de Estrés en Niños

Factor	Alfa
Falta de aceptación familiar	.81
Agresión verbal y Burla	.81
Falta de confianza y respeto	.72
Presión escolar	.67
Exigencia familiar	.57
Regaño y Castigo	.56
Conflictos Familiares	.55
Miedos	.46

➤ *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada*

La CMAS-R subtitulada “Lo que pienso y siento” es un instrumento de auto informe que consta de 37 reactivos, está diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad.

Puede aplicarse ya sea de manera individual o a grupos de personas, y brinda cuatro puntuaciones de subescalas además de la puntuación de ansiedad total, que son: Ansiedad fisiológica, Inquietud/Hipersensibilidad, Preocupaciones sociales/Concentración y Mentira. (Ver anexo 2)

Estas subescalas se describen a continuación:

a) Ansiedad Fisiológica.

Se compone de 10 reactivos, esta escala está asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades del sueño, náusea y fatiga.

b) Inquietud/Hipersensibilidad.

Compuesta de 11 reactivos, está asociada con una preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional.

c) Preocupaciones sociales/Concentración.

Consta de siete reactivos, haciéndola significativamente más corta que las otras dos subescalas. Sin embargo, ésta es comparable con la escala de Ansiedad fisiológica en su confiabilidad y es particularmente útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares. Como su nombre lo indica, esta escala se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades con la concentración y la atención.

d) Mentira.

Diseñada para detectar conformidad, conveniencia social, o falsificación deliberada de respuestas; se compone de nueve reactivos.

➤ *Desarrollo de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada*

De acuerdo con Reynolds y Richmond (1997) la Escala de Ansiedad Manifiesta empezó a desarrollarse, como ya se mencionó, en 1951 por Taylor, quien informó acerca de los primeros esfuerzos por derivar una medida objetiva e independiente de la ansiedad. Para iniciar seleccionó reactivos del *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota* (MMPI; Hathaway & McKinley, 1942) para construir una *Escala de Ansiedad Manifiesta* (MAS por sus siglas en inglés, *Manifest Anxiety Scale*).

Su teoría era que la ansiedad manifiesta era una medida de la pulsión, y por tanto aquellos con mayor ansiedad lograrían medidas más altas que los sujetos que informan tener menos ansiedad.

Conforme los investigadores utilizaron su recién desarrollada *Escala de Ansiedad Manifiesta* en la población adulta, numerosos estudios siguieron al trabajo inicial de Taylor. Tal es el caso de Castañeda, McCandless y Palermo (1956) informaron sobre una versión para niños de la *Escala de Ansiedad Manifiesta*, llamada Escala de Ansiedad Manifiesta en niños (CMAS), por sus siglas en inglés, *Children's Manifest Anxiety Scale*). En esencia, la CMAS utilizaba reactivos de la MAS, pero se expresaron con otras palabras para hacerlo más apropiado para los niños.

Originalmente, *la Escala de ansiedad manifiesta en Niños* (CMAS) fue muy popular tanto como instrumento clínico como de investigación, la CMAS resultó muy útil para identificar el grado y naturaleza específica de la ansiedad experimentada por niños con problemas emocionales.

Se criticó mucho a la CMAS cuando se decidió desarrollar la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) en 1978. Por ejemplo, los maestros protestaron acerca de que algunas palabras eran muy difíciles y que la CMAS no valoraba ciertas áreas de la ansiedad, o bien que los reactivos no podían reunir todos los criterios de un buen reactivo de prueba.

Por tanto, la revisión de la CMAS se llevó a cabo para consignar todas esas preocupaciones (Reynold & Richmond, 1978; tomado de Reynold & Richmond, 1997).

➤ *Estabilidad de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada*

En relación a las características psicométricas de la Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R) los coeficientes alfa de Cronbach, similares a los hallados en la versión original (Bautista, 2000), se muestran a continuación:

Escala	Alfa
Ansiedad Total	.76
Ansiedad Fisiológica	.61
Inquietud/Hipersensibilidad	.66
Preocupaciones Sociales/Concentración	.58

Para la validez concurrente y discriminante, se observó una correlación de .69 ($p < .01$) entre Ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación Rasgo del Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI; Spielberg, 1982), y de .19 ($p > .05$) sin que se encontrara evidencia alguna de relación significativa entre la escala de Estado y cualquiera de las medidas de ansiedad crónica (Ansiedad total de la CMAS-R y la Puntuación Rasgo del STAI. Se obtuvieron correlaciones de .54, .50 y .58 entre Ansiedad Fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad y Preocupaciones sociales/concentración con las Escala Rasgo del STAI, respectivamente.

Así, de acuerdo con Bautista (2000) esta versión en español de la CMAS-R presenta propiedades psicométricas comparables con la versión original, las que la hacen adecuada para medir la intensidad y naturaleza de la ansiedad rasgo en niños y adolescentes mexicanos; además que esta prueba puede utilizarse como un instrumento de utilidad en otros países de habla hispana.

4.14 Procedimiento

Para llevar a cabo la presente investigación, primero se realizó el contacto con algunas escuelas primarias privadas del distrito federal, para obtener el permiso de ingresar a los planteles a llevar a cabo la aplicación de los instrumentos que se pretendían utilizar, dos planteles fueron los que otorgaron al equipo la autorización de llevar a cabo las aplicaciones, y se hizo entrega de escrito formal donde se explicaban los motivos y fines del estudio.

Posteriormente, se hicieron llegar los consentimientos informados a los padres de familia con la colaboración de los profesores y los alumnos, se solicitó que hicieran entrega de las cartas y que a su vez los padres las devolvieran firmadas, de ese modo sólo aquellos niños que tuvieron la autorización de sus padres fueron quienes formaron parte del presente estudio.

Una vez fijada la fecha de aplicación, los alumnos contestaron ambas pruebas (el Cuestionario de Estrés en Niños y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada) de manera colectiva dentro de su respectivo salón de clases en un tiempo estimado de 40 minutos; el trabajo fue realizado por tres psicólogos entrenados en la aplicación de pruebas psicológicas y se contó con la colaboración de los profesores de clase.

Para dar inicio a la aplicación, se dio una breve explicación del estudio, en la cual se expresaron los motivos del mismo, el manejo que se daría a la información recabada y la importancia de la sinceridad así como de la confidencialidad de los datos, del mismo modo se procedió a leer en voz alta las instrucciones, aclarando que en caso de haber alguna duda se podía levantar la mano y alguno de los aplicadores asistiría a cada lugar, y además se repartió el material necesario.

Después de realizar algunos análisis estadísticos, se acordó hacer entrega de un informe final. Se entregaron los principales resultados encontrados para cada una de las escuelas, es decir, se llevó a cabo la descripción de la muestra, se realizó el análisis de las frecuencias de las respuestas en relación a los sucesos más estresantes para los niños, y además se proporcionaron algunas sugerencias; todo esto se dirigió a cada una de los directores, y de esa manera se dio por terminado el trabajo de campo de la presente investigación.

4.15 Análisis de datos

Para finalizar el procedimiento, se realizó la calificación de los instrumentos y la captura de los datos, así como los análisis estadísticos, entre los cuales se encuentran las frecuencias de algunos datos sociodemográficos para conocer las condiciones que rodean a los niños.

También se llevó a cabo el análisis de las frecuencias, medias y desviaciones estándar de las respuestas a cada uno de los reactivos de los cuestionarios y de cada una de los factores o escalas, esto con el propósito de observar como respondieron los participantes a cada uno de los instrumentos; además se realizó el análisis de t de Student, para analizar diferencias en los niveles de estrés y ansiedad al comparar el sexo y el grupo de edad; así como también se obtuvieron las Correlaciones de Pearson considerando las calificaciones de cada una de las pruebas con la finalidad de determinar la validez concurrente del Cuestionario de Estrés en Niños.

Capítulo 5

RESULTADOS

5.1 Datos socio demográficos del grupo de estudio

Una vez capturados los datos, se obtuvieron las frecuencias de las respuestas que los niños dieron a la ficha sociodemográfica, esto con la finalidad, como ya se mencionó, de conocer la situación actual de los mismos. Los datos se observan a continuación:

Personas con las que viven	Número de casos	Porcentaje
Madre, padre y hermanos	27	44.3 %
Madre y padre	11	18 %
Sólo con la madre	3	4.9 %
Madre, padre, hermanos, abuelos y tíos	3	4.9 %
Madre, padre, hermanos y abuelos	2	3.3 %
Madre y Hermanos	2	3.3 %
Madre, padre, hermanos, abuelos, tíos y otro	2	3.3 %
Madre, padre, abuelos y tíos	2	3.3 %
Madre, padre y abuelos	2	3.3 %
Madre, hermanos y otro	2	3.3 %
Madre, hermanos, abuelos y tíos	1	1.6 %
Madre, abuelos y tíos	1	1.6 %
Madre, hermanos y tíos	1	1.6 %
Abuelos y tíos	1	1.6 %
Padre, hermanos y abuelos	1	1.6%

En relación al número de hermanos que los niños tienen, los porcentajes se pueden observar en la siguiente tabla:

Número de hermanos	Número de casos	Porcentaje
Ninguno	13	21.3 %
Uno	30	49.1 %
Dos	9	14.8 %
Tres	6	9.8 %
Cuatro	3	4.9 %

Otro de los aspectos que se deben tomar en cuenta, se refiere a la ocupación de cada uno de los padres, y para ello se pueden ver las tablas en las que, de acuerdo con la información dada por los niños, se encuentran las siguientes actividades:

Ocupación del padre

Ocupación	Porcentaje
Maestro	11.3 %
Comerciante	11.3 %
Empleado	4.8 %
No se	4.8 %
Empresario	3.3 %
Diseñador gráfico	3.3 %
Doctor	3.3 %
Administrador	3.3 %

Chofer	3.3 %
Mecánico	3.3 %
Cocinero	3.3 %
Investigador	1.6 %
Psicólogo	1.6 %
Médico forense	1.6 %
Enfermero	1.6 %
Paramédico	1.6 %
Biólogo	1.6 %
Economista	1.6 %
Matemático	1.6 %
Contador	1.6 %
Ingeniero industrial	1.6 %
Ingeniero en computación	1.6 %
Técnico en computación	1.6 %
Director de un hospital	1.6 %
Coordinador de una escuela	1.6 %
Gerente	1.6 %
Oficinista	1.6 %
Bailarín	1.6 %
En un Sindicato	1.6 %
Militar	1.6 %
Preparador físico	1.6 %
Programador	1.6 %
Publicista	1.6 %

Ocupación de la madre

Ocupación	Porcentaje
Empleada	16.5%
Ama de casa	11.3 %
Maestra	8.2 %
No sé	4.8 %
Contadora	4.8 %
Diseñadora	4.8 %
Comerciante	4.8 %
Oficinista	3.3 %
Administradora	3.3 %
Estilista	3.3 %
Dentista	3.3 %
Abogada	3.3 %
Analista	1.6 %
Masajista	1.6 %
Artista	1.6 %
Química	1.6 %
Pedagoga	1.6 %
Psicóloga	1.6 %
Laboratorista	1.6 %
Secretaria	1.6 %

Ingresos familiares

Responsable	Porcentaje
Padre y Madre	60.7 %
Padre	23 %
Madre	8.2 %
Otra persona	3.3 %
Padre, Madre y otra persona	1.6 %
Madre y otra persona	1.6 %
Padre y otra persona	1.6 %

Percepción de satisfacción de necesidades

Tus padres te pueden comprar lo que necesitas	Porcentaje
Nunca	0 %
A veces	63.9 %
Siempre	36.1 %

Percepción de su situación económica

En tu casa falta el dinero	Porcentaje
Nunca	47.5 %
A veces	50.8 %
Siempre	1.6 %

Tomando en cuenta el rendimiento académico, en general los niños reportan un buen desempeño, esto se puede observar a continuación:

Desempeño académico	
Promedio	Porcentaje
10	13.1 %
9	47.5 %
8	27.9 % %
≤ 7	9.8 %
No recuerdo	1.6 %

5.2 Indicadores de Estrés

Como se mencionó anteriormente, algunos de los análisis estadísticos que se llevaron a cabo fueron el análisis de frecuencias, medias y desviaciones estándar en relación a la intensidad de las respuestas que los niños dieron a cada uno de los reactivos del CEN, esto, tomando en cuenta que las opciones de respuesta son nada, poco, bastante y mucho, y que los puntajes asignados corresponden a 1, 2, 3 y 4 respectivamente, de esa forma, el puntaje máximo que se puede obtener a cada reactivo corresponde a 4.

Lo anterior con la finalidad de evaluar los principales eventos que los niños reportaron como más estresantes al haber tomado en cuenta las medias más altas, lo cual se puede observar en la siguiente tabla:

Sucesos estresantes en los niños

No. de reactivo	Reactivo Cuestionario de Estrés para Niños	Media	D.E.
42	Que me pudieran robar o secuestrar	3.52	0.91
11	Que mis padres se peleen	3.02	1.20
35	Que mis papás se enfermen o les pase algo	2.95	1.23
36	Que no me crean lo que digo	2.95	1.12
37	Que mi mascota se enferme	2.93	1.33
4	Que me echen la culpa de lo que pasa en casa	2.90	1.18
18	Sacarme malas calificaciones	2.85	1.05
44	Que la maestra mande llamar a mis papás	2.82	1.28
15	Que me dejen mucha tarea	2.79	1.17
28	Que me traten como si tuviera dos años	2.79	1.25
21	Que se burlen de cómo soy (mi cara, cuerpo, estatura, etc.)	2.75	1.27

Considerando las diferencias que hubieron en relación al sexo y grupo de edad en los niveles de estrés, los datos obtenidos se muestran a continuación:

Diferencia de medias por sexo en los niveles de estrés

Cuestionario	Hombres		Mujeres		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
CEN	115.17	24.38	100.19	24.76	2.36*
*p< .05					

Diferencia de medias por grupo de edad en los niveles de estrés

Cuestionario	Edad 8 a 9 años		Edad 10 a 12 años		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
CEN	106.14	29.51	110.28	23.14	-.61
*p< .05					

5.3 Indicadores de Ansiedad

Por otro lado, las situaciones que indican la presencia de ansiedad tomando en cuenta las respuestas de los niños a la CMAS-R, son aquellas que se encuentran en la tabla que se presenta enseguida.

Es importante considerar que las opciones de respuesta para cada pregunta fue Si o No, por lo tanto el puntaje máximo es de 2, y las medias más altas se presentan en seguida:

Síntomas de ansiedad en los niños

No. de reactivo	Reactivo Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños Revisada (CMAS-R)	Media	D.E.
6	Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	1.88	0.32
23	Los demás son más felices que yo	1.88	0.32
5	Muchas veces siento que me falta el aire	1.84	0.37
17	Muchas veces siento asco a náuseas	1.84	0.37
35	Muchas personas están contra mí	1.84	0.37
15	Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	1.80	0.40
30	Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	1.75	0.43
3	Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	1.74	0.44
21	Me canso mucho	1.74	0.44
7	Muchas cosas me dan miedo	1.70	0.46

Además, considerando las diferencias encontradas en relación al sexo y grupo de edad en los niveles de ansiedad, los datos obtenidos se pueden observar en las siguientes tablas:

Diferencia de medias por sexo en los niveles de ansiedad

Cuestionario	Hombres		Mujeres		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
CMAS-R	11.46	5.51	9.96	4.06	1.22
*p _≤ .05					

Diferencia de medias por grupo de edad en los niveles de ansiedad

Cuestionario	Edad 8 a 9 años		Edad 10 a 12 años		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
CMAS-R	11.86	4.83	10.23	5.00	1.24
*p _≤ .05					

Se realizó también el análisis de medias y desviaciones estándar, tomando en cuenta las escalas del Cuestionario de Ansiedad Manifiesta y los factores que conforman el Cuestionario de Estrés en Niños; esto con el propósito de observar como respondieron los participantes a cada uno de los instrumentos, las tablas se muestran a detalle en la siguiente página:

Respuesta de los participantes

CMAS-R	Puntaje Máximo	Media	D.E.
Inquietud/ Hipersensibilidad	10	4.97	2.39
Preocupaciones Sociales/ Concentración	7	2.18	1.79
Ansiedad Fisiológica	9	3.77	1.94
CEN	Puntaje Máximo	Media	D.E.
Falta de aceptación familiar	10	7.15	2.73
Agresión verbal y burla	8	5.85	2.02
Falta de confianza y respeto	6	4.56	1.57
Presión escolar	5	3.98	1.30
Exigencia familiar	4	2.08	1.30
Regaño y castigo	4	2.3	1.26
Conflictos familiares	3	2.05	1.01
Miedos	4	3.25	1.09

5.4 Validez concurrente

Finalmente, en relación a la validez del CEN, se obtuvo una correlación de Pearson estadísticamente significativa entre las puntuaciones naturales totales obtenidas tanto para el CEN y la CMAS-R, la cual se puede observar en la siguiente tabla:

<i>Cuestionarios</i>	Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R)	
Cuestionario de Estrés en Niños (CEN)	Correlación	.380*
	Significancia	<i>0.003</i>

Otro de los análisis que se realizó, consistió en correlacionar cada uno de los ocho factores de estrés con las escalas de ansiedad manifiesta Inquietud/Hipersensibilidad, Preocupaciones sociales/Concentración y Ansiedad fisiológica; esto con la finalidad de observar entre que factores se presenta una mayor relación, es importante tomar en cuenta que la subescala de mentira no se tomó en cuenta para éste análisis ya que sólo se considera para conocer la precisión de los reportes de los niños.

Las correlaciones encontradas se muestran en la tabla que de anexa en la siguiente página :

Correlaciones estrés/ansiedad

Factores		Escala Inquietud/ Hipersensibilidad	Escala Preocupaciones sociales/ Concentración	Ansiedad fisiológica
Falta de aceptación familiar	Correlación	.320*	.205	- 0.066
	Significancia	0.012	0.012	0.615
Agresión verbal y burla	Correlación	.454**	.343**	0.14
	Significancia	0.00	0.007	0.284
Falta de confianza y respeto	Correlación	0.067	0.136	- 0.209
	Significancia	0.606	0.297	0.106
Presión escolar	Correlación	0.231	0.23	0.025
	Significancia	0.073	0.074	0.849
Exigencias familiares	Correlación	0.252	0.207	0.067
	Significancia	0.05	0.11	0.61
Regaño y Castigo	Correlación	0.187	0.117	- 0.04
	Significancia	0.15	0.371	0.759
Conflictos Familiares	Correlación	.313*	-0.014	0.125
	Significancia	0.014	0.913	0.337
Miedos	Correlación	0.106	-0.174	-0.044
	Significancia	0.418	0.57	0.738
**	La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			
*	La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).			

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

6.1 Discusión

Anteriormente, las personas pensaban que el estrés, definido como una reacción ante los eventos frente a los cuales los niños se sienten amenazados y que implica una interacción de los individuos con su entorno, sólo afectaba a los adultos, sin embargo, gracias a que empezaron a llevarse a cabo algunas investigaciones enfocadas en los niños (Rutter, 1996), ahora se sabe que el estrés se manifiesta también en ellos, sobre todo cuando un factor físico, emocional o de otro tipo ejerce una presión significativa en ellos.

Debido a la baja disponibilidad de instrumentos psicológicos para medir el estrés, sobre todo en los pequeños, la principal finalidad del presente estudio fue la de contar con un Cuestionario de Estrés para Niños que sea válido y que permita a los psicólogos tener a la mano una herramienta con la cual evalúen de manera confiable el nivel de estrés que presentan los niños.

Es importante tomar en cuenta que, para realizar esta investigación, resultó difícil localizar un cuestionario de estrés enfocado en los niños y que contara con normas adecuadas a la población mexicana. Es por eso que se decidió utilizar, para llevar a cabo las correlaciones, la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños de Reynolds y Richmond (1997), que cuenta con normas mexicanas, gracias al trabajo realizado por Bautista (2000). Los términos de estrés y ansiedad, a pesar de ser dos términos diferentes con una gran variedad de definiciones, en algunas de ellas, la ansiedad generalmente se presenta de manera indistinta al estrés.

De este trabajo se puede concluir que las diferencias entre estrés y ansiedad radican en el tipo de evaluación que el individuo hace de una situación amenazante y en la forma en la cual se reacciona ante dicha situación. Incluso, tomando en consideración las teorías de Lazarus (1991), y la de Gándara y Fuentes (1999), la ansiedad es considerada la respuesta más frecuente al estrés.

El principal resultado que se obtuvo en el presente estudio, consistió en demostrar la validez concurrente del Cuestionario de Estrés en niños, esto debido a que la correlación general entre éste y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R) resultó estadísticamente significativa igual a $.380^*$, lo cual indica que se trata de una correlación moderada de acuerdo a los criterios establecidos por Cohen en 1988, quien establece que se consideran correlaciones altas aquellas mayores a $.50$, moderadas entre $.30$ y $.49$ y bajas de $.10$ a $.29$. Haber obtenido la Validez Concurrente del Cuestionario de Estrés en Niños, es importante por que dicho procedimiento de acuerdo con Kerlinger (2002) se utiliza para validar una prueba nueva, y ésta se calcula al correlacionar dos conjuntos de calificaciones. Además, porque después de haber revisado varias pruebas, se pudo observar que no es común que se obtenga y reporte la validez concurrente en los estudios.

También, se llevaron a cabo las correlaciones por factores y subescalas entre las pruebas, y se encontraron correlaciones significativas con puntuaciones que van desde $.454^{**}$ entre el factor de Agresión verbal y burla de estrés y la subescala de ansiedad Inquietud/hipersensibilidad; de $.343^{**}$ para el factor de Agresión verbal y burla de estrés con la subescala de Preocupaciones sociales/concentración de ansiedad; además de una correlación de $.320^*$ entre Falta de aceptación y burla de estrés con la subescala de Inquietud/hipersensibilidad de ansiedad; y una de $.313^*$ entre el factor de Conflictos familiares y la subescala de Inquietud/hipersensibilidad.

Dichas correlaciones, tanto la general como las que se realizaron por escalas, son estadísticamente significativas y moderadas; que no se hayan encontrado correlaciones más elevadas, se puede deber a que las respuestas de los niños en general tienden a la ausencia de síntomas de ansiedad y estrés, es decir, al observar la frecuencia de las respuestas de los niños (anexo 5 y 6), se puede ver como los porcentajes mayores se localizan en las opciones de respuestas de “*nada*” y “*poco*” en el caso de estrés, y en “*no*” en el caso de las escalas de ansiedad. Además se encontró un alto grado de deseabilidad social en los niños debido a que tuvieron medias altas en reactivos de la Escala de Ansiedad Manifiesta tales como nunca digo mentiras, siempre me porto bien, nunca digo cosas que no debo decir, o bien, siempre digo la verdad.

Algunas características que se deben tomar en cuenta en la interpretación de los resultados que aquí se presentan, es que los cuestionarios fueron aplicados a una muestra de niños que asisten a dos escuelas privadas de clase media, en donde entre las muy diversas ocupaciones de ambos padres se encuentran: en el caso de los hombres, profesionistas, empleados, comerciantes o dedicados a algún oficio; y profesionistas, empleadas, comerciantes o amas de casa en el caso de las madres. En relación a los hogares de los niños, estos se encuentran constituidos en su mayoría por familias de tipo nuclear ya que el 44.3% vive con su padre, madre y hermanos, y el 18 % con su padre y madre; cerca el 50 % de la muestra tiene sólo un hermano, y el 21 % no tiene hermanos. Además en el 60 % de los casos son ambos padres los que se encargan de cooperar con los gastos de la casa, y en general son niños que tienen un buen desempeño académico, pues el 47.5 % reporta tener un promedio de 9.

Independientemente de que se defina a la ansiedad como resultado o no del estrés, lo que se debe tomar en cuenta es que definitivamente son dos términos que se encuentran relacionados, sobre todo, en el tipo de situaciones

por las cuales son desencadenados y por los efectos que causan en las personas, en este caso, en los niños; ya que se sabe que, los individuos se vuelven más vulnerables y propensos al estrés durante periodos de transición biológica, social y psicológica (Seiffge-Krenke, 1998).

Otros datos que se pudieron conseguir, son aquellos que nos indican las principales situaciones que estresan a los niños, y entre las cuales se encuentran, por un lado, aquellas relacionadas con la seguridad personal, la salud y la estabilidad en la familia, como son: que me pudieran robar o secuestrar, que mis padres se peleen, que mis papás se enfermen o les pase algo, que no me crean lo que digo, que mi mascota se enferme, así como el que me echen la culpa de lo que pasa en casa; seguidas de aquellas que tienen que ver con la escuela como: sacarme malas calificaciones, que la maestra mande llamar a mis papás, además de que me dejen mucha tarea; y finalmente la falta de respeto a la autonomía dentro de lo cual se encuentra el que me traten como si tuviera dos años y que se burlen de cómo soy (mi cara, cuerpo, estatura, etc.).

Estos resultados coinciden con los encontrados por Yamamoto (1996) en relación a que los niños consideran más molestos los eventos que amenazan su sentido de seguridad, además de aquellos que ocasionan denigración personal y vergüenza. Y con Jurín (2011), quien afirmó que una de las mayores fuentes de estrés para los niños es la escuela. Y con el estudio realizado por Verduzco, Lucio y Durán (2004), en el cual se encontró que las áreas que producen mayor estrés en los niños son la familia, la escuela, y la salud.

En particular, se encontró que la lista es encabezada por aquellos sucesos que amenazan la seguridad personal y la salud, como son los secuestros y las enfermedades, y ello en gran medida, puede ser atribuido al contexto actual del país, que de acuerdo a lo citado por Benítez (2009) investigador del Centro de Investigaciones sobre América del Norte de la Universidad Nacional Autónoma

de México y presidente de la Organización Colectivo de Análisis de la Seguridad con Democracia A.C., afirma que la seguridad constituye uno de los grandes problemas de México, ya que se manifiesta en dos formas: la inseguridad que vive la población, afectada por el aumento de los delitos, y el auge del narcotráfico, que se explica por la incorporación de México a la ruta de la cocaína proveniente de Colombia con destino a Estados Unidos. Esto se manifiesta diariamente en una creciente violencia, concentrada en los enfrentamientos entre organizaciones criminales y entre estas y las fuerzas de seguridad, estas percepciones se explican por el incremento desmesurado de las ejecuciones por parte de los narcotraficantes, que superaron las 6,000 en 2008, así como por la reaparición trágica de los secuestros de alto impacto, suceso que afectan profundamente el sentimiento de los mexicanos, en un país en el que las estructuras de seguridad, inteligencia y de justicia se encuentran sobrepasadas y corrompidas.

Es obvio, que la población está expuesta día con día a esta situación, sin embargo, es importante no tratar de ocultar la realidad, sino más bien, que datos como estos empiecen a ser tomados en cuenta por los psicólogos y todos los profesionales de la salud, no sólo por las repercusiones que pueda llegar a tener en los niños, sino por la situación de peligro al que están expuestos cotidianamente.

Por otro lado, los indicadores de ansiedad encontrados en los niños, al tomar en cuenta las medias más altas en relación a los reactivos de la CMAS-R, fueron los siguientes: casi todo el tiempo estoy preocupado(a), muchas veces siento que me falta el aire, muchas veces siento asco a náuseas, me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir y me canso mucho. Asimismo encuentran con mayor puntuación los siguientes pensamientos: los demás son más felices que yo, muchas personas están contra mí, me siento solo(a) aunque esté acompañado(a), parece que las cosas son más fáciles para los demás que

para mí. Todas estas situaciones, son provocadas en los pqueños por un miedo excesivo, tomando en cuenta lo dicho por Echeburúa (1997).

Es importante tomar en cuenta que el miedo a cualquier cosa real se considera como exteriorización y concreción saludable de la angustia infantil. Generalmente la noción de miedo va unida a la noción de afecto penoso, producido en presencia de determinado objeto realmente existente, que el niño, con razón y sin ella, considera peligroso (Poyuelo, 1984). Y las posibilidades de que los niños sean posteriormente víctimas de algún trastorno son mayores en tanto más incapaces sean de tolerar ciertas cantidades de angustia (Anna Freud, en poyuelo 1984).

Finalmente, al comparar las diferencias en las puntuaciones naturales totales obtenidas en las escalas de estrés y ansiedad respectivamente, en relación al sexo de los niños, se encontró que los varones presentan un mayor nivel de estrés (con una media de 115.17) que las niñas (quienes tuvieron una media de 100.19), pues se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa y una puntuación t igual a 2.36*. Esto concuerda con el estudio realizado por Medina-Mora et al. (2003), quienes encontraron que los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1% respectivamente) alguna vez en la vida, dentro de los cuales, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3%). También se relaciona con los resultados obtenidos por Lucio et al. (2001) quienes a su vez realizaron un estudio en adolescentes y encontraron que los jóvenes mexicanos del sexo masculino reportan una mayor ocurrencia de sucesos estresantes que las mujeres, observándose que a medida que aumenta la edad, aumenta la ocurrencia de los mismos. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a la ansiedad. Así como tampoco se encontraron diferencias significativas en relación a los grupos de edad en los niveles de estrés y ansiedad.

6.2 Conclusiones

En este trabajo se puede concluir que se demostró la Validez Concurrente del Cuestionario de Estrés en Niños (CEN) de Lucio, Durán y Heredia (2011).

Además, se encontró que las principales cosas que estresan a los niños son: que los pudieran robar o secuestrar, que sus padres se peleen, que sus papás se enfermen o les pase algo, que no les crean lo que dicen, que su mascota se enferme, así como el que les echen la culpa de lo que pasa en su casa, sacarse malas calificaciones, que la maestra mande llamar a sus papás, que les dejen mucha tarea, que los traten como si tuviera dos años y que se burlen de cómo son.

Los varones presentaron mayores niveles de estrés en comparación con las niñas en esta investigación, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en relación al sexo y los niveles de ansiedad; y tampoco se encontraron diferencias significativas al tomar en cuenta la edad y los indicadores de estrés y ansiedad.

Para finalizar, es importante que las personas al darse cuenta de que el estrés está presente en la vida de los niños, favorezcan o bien se encarguen de mantener su sano desarrollo, al buscar ayuda de profesionales de la salud que les pueden orientar en el manejo y efecto del estrés.

6.3 Limitaciones

Resulta importante mencionar, antes de finalizar el presenta escrito, que algunas veces el trabajo puede verse obstaculizado por una serie de situaciones o factores con los que no se cuenta al planear el procedimiento en cualquier estudio, en éste caso algunas de las limitantes fueron las siguientes:

- No disponer de suficientes instrumentos de medición psicológica adaptados a la población mexicana que cuenten con las normas adecuadas al país; específicamente, un cuestionario que permita evaluar el estrés en los niños.

- La poca apertura de las escuelas a todas aquellas investigaciones que impliquen la autorización para la interacción con los alumnos.

- La resistencia de los padres para permitir el trabajo con sus hijos, o bien, para ofrecer cualquier tipo de información respecto a ellos, a pesar de saberse el trabajo como anónimo, confidencial y que se evalúa sólo de manera grupal.

- Finalmente, cabe mencionar que, los resultados de este estudio no deben generalizarse, pues el tamaño de la muestra es relativamente pequeño y no representativo de la población en general.

REFERENCIAS

- Arenas, P. (2005). *Detección de malestar emocional en un grupo de adolescentes*. Tesis de Licenciatura en Psicología inédita. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bautista, G.C. (2000). *Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes mexicanos*. Tesis para obtener el título de Psiquiatra inédita. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barcelata, B. E. (2007). Dinámica y control del estrés. En Barcelata, B. E., (Coordinadora), *Cuadernillos de ciencias de la salud y del comportamiento No. 8 Estrés y salud (pp. 11-46)*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Belloch, A; Sandín, B. Y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología Volumen 2*. España: Mc Graw-Hill.
- Benítez, R. (2009). La crisis de seguridad en México. *Revista Nueva Sociedad*, 220, 173-189.
- Buendía, J. Y Mira, J. M. (1993). *Eventos vitales, Afrontamiento y desarrollo, Un estudio sobre el estrés infantil*. España: Universidad de Murcia.
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los Trastornos de Ansiedad Fóbica en la población adulta de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 23 (005),10-19.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cruz; Morales; Ramírez (1996). *Cuestionario de Depresión para niños (CDS)*. Tesis de Licenciatura en Psicología inédita. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Domínguez, B., Martínez, G., Hernández, C., Esqueda, G., Olvera, Y., Lizano, M., Flores, M.A., Morales a. L. y Tam, L. (1998). Medición del dolor y el estrés en niños. *Ciencia y Desarrollo*, XXIV(142), 36-43.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (1997). *Trastornos de ansiedad del infante*. Madrid: Pirámide.
- Flores, T.; et al. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Barcelona: Masson. Traducción de la ed. Española.
- Freud, A. (1973). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Viena. Traducción Argentina: Paidós.
- Frydenberg, E. & Deans, J. (2011). Coping competences in the early years: Identifying the strategies that preschoolers use. In Buchwald, P., Moore, K.A. & Ringeisen, T. *Stress and Anxiety* (pp. 17-26). Berlín: Logos.

- Gándara, J. y Fuentes, J. (1999). *Angustia y ansiedad, Causas, síntomas y tratamiento*. Pirámide: España.
- Hart, A.D. (1994). *Hijos con estrés*. Barcelona: Grupo Editorial Ceac (Orig. Stress and Your Child: Know the Signs and Prevent the Harm. 1992).
- Jiménez, A; González, C; Mora, J; Gómez, C. (1995). Acercamiento a la representación semántica del concepto estrés en adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(1), 45-49.
- Jurin, T. (2011). Sources of daily stress and its physical and psychological manifestation in primary school children. In Buchwald, P., Moore, K.A. & Ringeisen, T. *Stress and Anxiety* (pp. 27-36). Berlín: Logos.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación el comportamiento: Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Lucio, E.; León, I.; Durán, C.; Bravo, E. y Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24(005), 17-24.
- Lucio, E.; Durán, C. y Heredia, C. (2011). *Cuestionario de Estrés en Niños (CEN)*. Sólo para investigación.

- Magaz, A., García, E., y Sandín, M. (1998). *Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años*. Papeles del psicólogo: 71. Recuperado el 27 de Junio 2011 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=796>.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E. y Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in México: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35, 1773–1783.
- Monjarás, M.T. (2009). *Factores involucrados en la capacidad resiliente en menores infractores y alguno de sus hermanos*. Tesis de Licenciatura en Psicología inédita. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Poyuelo, R. (1984). *La ansiedad infantil*. Herder: Barcelona.
- Ramos, B. (2007). Estrés infantil. En Barcelata, B. E., (Coordinadora), *Cuadernillos de ciencias de la salud y del comportamiento No. 8 Estrés y salud (pp. 91-110)*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

- Reynolds, C.R.; Richmond, B. O. (1997). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada*. México: El Manual Moderno.
- Rutter, M. (1996). Stress Research: Accomplishments and tasks ahead. En Haggerty R.; Sherrod L.; Garmezy N y Rutter M., *Stress, risk and resilience in children and adolescents*. Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2003). Genetic Influences on Risk and Protection, Implications for Understanding Resilience. En Luthar, S. S. *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. USA: Cambridge. p.p.489-509.
- Sánchez; Sierra; Peiró; y Palmero (2008). Estrés, Depresión, Inflamación y Dolor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, XI (28). Recuperado el 7 de Febrero de 2011 de <http://reme.uji.es>
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents Health. A developmental perspective*. EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Trianes, M. V. (1999). *Estrés en la infancia su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.
- Trianes, M. V. (2002). *Niños con Estrés*. Madrid: Narcea.
- Valdés, M. y Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés, Conceptos y estrategias de investigación*. España: Martínez Roca.

- Vega, C. Z.; Hernández, Y.; Juárez, B.; Martínez, E.; Ortega, J. y López, V. (2007). Primer estudios de validez de constructo del Inventario de Estrés Infantil (IEI). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10 (3), 62-72.
- Verduzco, M. A. (2004). *Autoestima, estrés y afrontamiento desde el punto de vista del desarrollo*. Tesis de Doctorado en Psicología inédita. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Verduzco, M. A., Lucio, E. y Durán, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, 27(4)18-25.
- Yamamoto, K.; Davis, O.L.; Dylak, S.; Whittaker, J.; Marsh, C.; Westhuizen, P.C. (1996). Across six Nations: Stressful Events in the Lives of Children. *Child Psychiatry and Human Developmental*, 26(3), 139-150.
- Yamamoto, K. & Mahlios, M. C. (2001). Home Is It Begins: Parents, Children and Stressful Events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (4), 533-537.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE ESTRÉS EN NIÑOS (CEN)

NOTA:

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O
PARCIAL SIN AUTORIZACIÓN DE LAS AUTORAS**

DERECHOS DE AUTOR EN PROCESO

Cuestionario para niños (CEN)

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

Proyecto PAPIIT IN308310



Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Mtra. Consuelo Durán Patiño
Mtra. María Cristina Heredia Ancona
2011

Nombre: _____ Edad: _____
 Escuela: _____ Turno: _____
 Grupo: _____ (Hombre) (Mujer) Fecha: _____

¿Tienes hermanos? (Si) (No)

Qué lugar ocupas entre tus hermanos: 1º 2º 3º 4º o más

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de situaciones que te pueden pasar. Por favor marca con una X el cilindro que representa cuánto te molesta o te preocupa cada una de ellas.

(El tamaño del cilindro indica la cantidad en que te molesta).

Sólo puedes marcar un cilindro por pregunta.

Ejemplo:

Me molesta o me preocupa...

Levantarme temprano	
---------------------	--

A este niño **No le molesta o le preocupa** levantarse temprano.

Me molesta o me preocupa ...









































Levantarme temprano	
---------------------	--

A este otro niño **le molesta o le preocupa** Bastante levantarse temprano.

Si tienes alguna pregunta o no comprendes alguna palabra puedes levantar tu mano y con gusto iremos hasta tu lugar para ayudarte...







Recuerda que tienes que tachar el cilindro que indique cuánto te molesta o te preocupa cada una de las siguientes situaciones.

Me molesta o me preocupa ...

1.	Que mis papás me regañen o castiguen por mi conducta				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
2.	Que mis hermanos se peleen conmigo				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
3.	Que se burlen de mí en mi familia				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
4.	Que me echen la culpa de lo que pasa en mi casa				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
5.	Que mis hermanos no me presten sus cosas				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
6.	Que mis papás me regañen por sacar malas calificaciones				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
7.	Que en mi casa estén enojados conmigo				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
8.	Que me manden a hacer mandados y a los demás no				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
9.	Que en mi familia siempre estemos corriendo por falta de tiempo				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
10.	Que mis papás no me hagan caso				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho

Recuerda que tienes que tachar el cilindro que indique cuánto te molesta o te preocupa cada una de las siguientes situaciones.

Me molesta o me preocupa ...

11.	Que mis padres se peleen				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
12.	Que mis padres no sean cariñosos conmigo				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
13.	Que en mi familia me critiquen por todo lo que hago				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
14.	Que se burlen de lo que siento				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
15.	Que me dejen mucha tarea				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
16.	Que me pongan apodosos mis compañeros de la escuela				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
17.	Que no me escojan para los juegos a la hora del recreo				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
18.	Sacarme malas calificaciones				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
19.	No tener amigos				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
20.	Que me comparen con otros				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho





Recuerda que tienes que tachar el cilindro que indique cuánto te molesta o te preocupa cada una de las siguientes situaciones.

Me molesta o me preocupa ...

21.	Que se burlen de cómo soy (mi cara, cuerpo, estatura, etc.)				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
22.	Que me regañen o castiguen en la escuela				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
23.	Que me griten los maestros				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
24.	Que se burlen de lo que pienso				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
25.	Que me digan lo que tengo que hacer				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
26.	Que se burlen de lo que digo				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
27.	Ir al dentista				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
28.	Que me traten como si tuviera dos años				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
29.	Que no me tengan confianza				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
30.	Que no me dejen hacer algo que quiero (ir con mis amigos, jugar, etc.)				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho

















Recuerda que tienes que tachar el cilindro que indique cuánto te molesta o te preocupa cada una de las siguientes situaciones.

Me molesta o me preocupa ...

31.	No poder ir solo a donde quiero				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
32.	Que escojan por mí a donde ir				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
33.	Que me den órdenes				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
34.	Hacer cosas de grande como el quehacer de la casa				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
35.	Que mis papás se enfermen o les pase algo				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
36.	Que no me crean lo que digo				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
37.	Que mi mascota se enferme				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
38.	Que algún hermano o primo sea el consentido de mis papás				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
39.	Que mis padres, para castigarme, no me compren las cosas que les pido				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
40.	Que se burlen de lo que hago				
		Nada	Poco	Bastante	Mucho

Recuerda que tienes que tachar el cilindro que indique cuánto te molesta o te preocupa cada una de las siguientes situaciones.

Me molesta o me preocupa ...

41. Estar enfermo	 Nada	 Poco	 Bastante	 Mucho
42. Que me pudieran robar o secuestrar	 Nada	 Poco	 Bastante	 Mucho
43. Que mis padres me avergüencen en la escuela	 Nada	 Poco	 Bastante	 Mucho
44. Que la maestra mande llamar a mis papás	 Nada	 Poco	 Bastante	 Mucho

45.- Cuando algo te molesta o te preocupa mucho, ¿Qué haces?

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!



ANEXO 2

ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS REVISADA (CEMAS-R)


**NOTA: ESTA PRUEBA SE ENCUENTRA
PUBLICADA POR LA EDITORIAL
MANUAL MODERNO**

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F. Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Nombre: _____ Fecha: _____ 

Edad: ____ Sexo (encierre uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: ____

Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra “**Si**” si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra “**No**”. Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques “**Si**” y “**No**” en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate “¿Así soy yo?” Si es así, encierra en un círculo “**Si**”. Si no es así, marca “**No**”.

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
M:	_____	_____	_____

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Traducido y reimpresso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206; Col. Hipódromo; 06100; México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
No lo acepte si está en un solo color.

MP
47-2



0302

ANEXO 3

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA PARA NIÑOS

Lucio, Durán y Heredia



Nombre: _____

Edad: _____ Escuela: _____ Grupo: _____



Instrucciones

Tacha la respuesta que mejor corresponda a tu situación.

1. ¿Tienes papá?

(Sólo tacha una opción)

- a) Si
- b) No

2. ¿Tienes mamá?

(Sólo tacha una opción)

- a) Si
- b) No

3. ¿Con quién vives?

(Puedes tachar más de una opción)

- a) Mi mamá
- b) Mi papá
- c) Mis hermanos (as)
- d) Mis abuelo (a)
- e) Mis tíos (as)
- f) Otro: _____

4. ¿Cuántos hermanos (as) tienes?

(Sin contarte a ti)

- a) Ninguno
- b) Uno
- c) Dos
- d) Tres
- e) Cuatro
- f) Cinco o más

5. ¿Qué calificación sacaste el año pasado?

(Sólo tacha una opción)

- a) 10
- b) 9
- c) 8
- d) 7
- e) 6

6. ¿A qué se dedica tu papá?

7. ¿A qué se dedica tu mamá?

8. ¿Quién lleva dinero a la casa?

(Sólo tacha una opción)

- a) Sólo mi papá
- b) Sólo mi mamá
- c) Los dos (papá y mamá)
- d) Otro: _____

9. ¿Tus papás te pueden comprar las cosas que necesitas?

(Sólo tacha una opción)

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

10. En tu familia, ¿falta el dinero?

(Sólo tacha una opción)

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

¡¡GRACIAS!!



ANEXO 4

FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Lucio, Durán y Heredia



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

Programa de Apoyo para Niños y Adolescentes

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Derechos y Responsabilidades de los Participantes en el
Proyecto de Prevención con Niños y Adolescentes**

A través de una línea de investigación desarrollada dentro de la Facultad Psicología de la UNAM, se pretende conocer cuáles son las principales dificultades que viven los niños y adolescentes de la Ciudad de México. Es por ello que se está llevando a cabo la aplicación de un cuestionario muy breve en diversas escuelas de la ciudad.

A continuación le informamos en que consiste la participación de su hijo (a) para contestar este cuestionario, por lo que es importante que conozca y esté de acuerdo con los siguientes lineamientos:

1. Los beneficios derivados de la información proporcionada, permitirán desarrollar programas de atención para niños y adolescentes mexicanos, así como para sus padres y tutores.
2. El cuestionario se aplicará de forma colectiva.
3. La contestación del cuestionario es voluntaria y no influye en la situación académica del alumno.
4. La información contenida en el cuestionario es de carácter confidencial.
5. El presente proyecto forma parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y la información grupal obtenida puede llegar a emplearse para divulgación científica. No obstante, los datos personales son de carácter anónimo.

Para cualquier duda o aclaración comunicarse al Tel. 56 22 23 18. Facultad Psicología, UNAM.

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Investigador responsable del proyecto

Entregar esta parte a la escuela.

_____ **Sí**, si estoy de acuerdo _____ **No**, no estoy de acuerdo

Nombre del alumno: _____

Grado y grupo: _____

Nombre y firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Teléfono de contacto: _____

ANEXO 5

Porcentajes en relación a la intensidad de respuesta que los niños dieron a los reactivos de cada factor

Cuestionario de Estrés en Niños

FACTOR 1. FALTA DE ACEPTACIÓN FAMILIAR					
No de Reactivo		Nada	Poco	Bastante	Mucho
4	Porcentaje	16.40 %	14.70 %	24.60 %	42.60 %
7		18.03 %	37.70 %	21.31 %	22.95 %
9		42.62 %	29.50 %	19.67 %	8.20 %
10		19.67 %	22.95 %	26.23 %	31.15 %
12		37.70 %	18.03 %	16.39 %	27.87 %
13		34.43 %	26.23 %	21.31 %	16.40 %
18		11.47 %	27.87 %	25.60 %	36.06 %
19		42.62 %	13.11 %	11.47 %	31.14 %
20		31.14 %	27.87 %	18.03 %	22.95 %
29		26.23 %	18.03 %	13.11 %	42.62 %

FACTOR 2. AGRESIÓN VERBAL Y BURLA					
No de Reactivo		Nada	Poco	Bastante	Mucho
3	Porcentaje	24.60 %	21.31 %	11.47 %	42.62 %
14		26.22 %	24.60 %	16.39 %	32.79 %
16		40.98 %	19.67 %	14.75 %	24.59 %
21		26.23 %	14.75 %	16.39 %	42.62 %
24		18.03 %	27.87 %	24.59 %	27.87 %
26		11.47 %	32.79 %	22.95 %	31.15 %
40		18.03 %	31.15 %	18.03 %	32.79 %

FACTOR 3. FALTA DE CONFIANZA Y RESPETO					
No de Reactivo		Nada	Poco	Bastante	Mucho
28	Porcentaje	21.31 %	16.39 %	18.03 %	42.62 %
30		21.31 %	16.39 %	32.79 %	29.51 %
31		31.15 %	24.59 %	21.31 %	22.65 %
32		27.87 %	27.87 %	26.22 %	18.03 %
36		11.47 %	19.67 %	24.59 %	42.62 %
43		27.87 %	18.03 %	9.84 %	44.26 %

FACTOR 4. PRESIÓN ESCOLAR					
No de Reactivo		Nada	Poco	Bastante	Mucho
15	Porcentaje	18.03 %	26.23 %	14.75 %	40.98 %
22		21.31 %	44.26 %	18.03 %	16.39 %
23		16.39 %	27.87 %	21.31 %	34.43 %
25		19.67 %	32.79 %	22.95 %	24.59 %
44		26.23 %	11.47 %	16.39 %	45.90 %

FACTOR 5. EXIGENCIA FAMILIAR					
No de Reactivo		Nada	Poco	Bastante	Mucho
8	Porcentaje	57.37 %	21.31 %	9.84 %	9.84 %
33		36.06 %	27.87 %	22.95 %	86.88 %
34		49.18 %	26.23 %	9.84 %	14.75 %
38		60.65 %	18.03 %	8.97 %	13.11 %

FACTOR 6. REGAÑO Y CASTIGO					
No de Reactivo		Nada	Poco	Bastante	Mucho
	Porcentaje				
1		19.67 %	50.81 %	16.39 %	13.11 %
6		34.43 %	34.43 %	11.47 %	19.67 %
7		18.03 %	37.70 %	21.31 %	22.95 %
39		60.65 %	18.03 %	8.20 %	13.11 %

FACTOR 7. CONFLICTOS FAMILIARES					
No de Reactivo		Nada	Poco	Bastante	Mucho
	Porcentaje				
2		13.11 %	21.31 %	24.59 %	21.31 %
5		27.87 %	34.43 %	13.11 %	4.92 %
11		11.47 %	16.39 %	18.03 %	50.82 %

FACTOR 8. MIEDOS					
No de Reactivo		Nada	Poco	Bastante	Mucho
	Porcentaje				
35		22.95 %	8.20 %	19.67 %	49.18 %
37		16.39 %	11.47 %	14.75 %	52.46 %
41		22.95 %	26.23 %	18.03 %	32.79 %
42		8.20 %	3.28 %	16.39 %	72.13 %

ANEXO 6

Porcentajes en relación a la intensidad de respuesta que los niños dieron a cada reactivo por subescalas
Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada

SUBESCALA I. ANSIEDAD FISIOLÓGICA			
No de Reactivo		SI	NO
1		60.66 %	39.34 %
5		16.39 %	83.61 %
9		43.33 %	56.67 %
13		54.1 %	45.9 %
17	Porcentaje	16.40 %	83.60 %
19		40.98 %	50.02 %
21		26.23 %	73.77 %
25		44.26 %	55.74 %
29		34.43 %	65.57 %
33		40.99 %	59.01 %

SUBESCALA II. INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD			
No de Reactivo		SI	NO
	Porcentaje		
2		59 %	41 %
6		11.48 %	88.52 %
7		29.50 %	70.50 %
10		50.82 %	49.18 %
14		42.62 %	57.38 %
18		44.26 %	55.74 %
22		50.82 %	49.18 %
26		81.97 %	18.03 %
30		24.59 %	75.41 %
34		39.34 %	60.66 %
37		64.41 %	35.59 %

SUBESCALA III. PREOCUPACIONES SOCIALES/CONCENTRACIÓN			
No de Reactivo		SI	NO
	Porcentaje		
3		26.23 %	73.77 %
11		45.90 %	54.01 %
15		19.67 %	80.33 %
23		11.48 %	88.52 %
27		45.90 %	54.10 %
31		52.46 %	47.54 %
35		16.39 %	83.61 %

SUBESCALA IV. MENTIRA			
No de Reactivo		SI	NO
	Porcentaje		
4		50.82 %	49.18 %
8		41.67 %	58.33 %
12		27.87 %	72.13 %
16		33.90 %	66.10 %
20		36.07 %	63.93 %
24		28.33 %	71.67 %
28		31.15 %	68.85 %
32		21.31 %	78.69 %
36		25 %	75 %