



UNIVERSIDAD **N**ACIONAL **A**UTÓNOMA DE **M**ÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

*ANSIEDAD EN NIÑOS DE NIVEL ESCOLAR Y
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES*

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. SONIA ISABEL RODRIGUEZ ISLAS

TUTORA
DRA SANTA VEGA MENDOZA

MEXICO D.F. 2014





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.

TUTORA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS

Vo. Bo.

DR MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS

Vo. Bo.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR
EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS

DEDICATORIAS

Esta tesis es para todos los niños que he conocido hasta el momento, por ser algo valioso y el motor que mueve a todos los adultos. Dedicada a sus padres y a todos los profesores quienes gracias a su guía, apoyo y paciencia son capaces de convertir a un pequeño ser inseguro y ansioso en un hombre o mujer felices y seguros de sí mismo.

A mi familia, que han hecho de mí una persona de provecho, y sin importar mi profesión, mis ideas, color de cabello, ojos o piel estarán siempre orgullosas.

Por último y no menos importante dedico también este trabajo a Dios que me ha permitido llegar hasta donde estoy.

Espero que con esfuerzo podamos seguir protegiendo esta etapa tan delicada de la vida, la más simple, la más sencilla, la más inocente y pura, la que definió y definirá el destino de todos los adultos la niñez.

AGRADECIMIENTOS

La parte más difícil de escribir, ya que no alcanzarían las paginas para nombrar a todas las personas que merecen ser mencionados, sin embargo siempre estarán grabadas en mi pensamiento y corazón, porque sin su apoyo jamás podría haber alcanzado mis metas.

Le agradezco a mi madre *María del Carmen* y mi hermana *Carito* que siempre me han sacado adelante con su humor, su comprensión y su amor. Gracias, muchas gracias porque siempre saben cómo regresarme a la realidad para que pueda concretar todas mis fantasías y vivir en un sueño afrontando valerosamente mis pesadillas. Gracias a ti *Gabriel* que me enseñaste hacer las cosas bien y nunca decir “no puedo”, por fomentar siempre la excelencia eres un modelo a seguir.

No me olvido de ti, mi amigo, mi confidente, mi protector, *Paúl* gracias por estar a mi lado por darme tu tiempo y confiarme tu amor, la vida nos espera y está llena de sorpresas, vamos juntos que deseo seguir compartiendo risas y llanto.

No hay palabras de gratitud que reflejen la deuda que tengo con mis profesoras han sido una extensión más de mi familia, me hicieron crecer profesional y personalmente gracias por sus consejos, apoyo y disciplina, gracias a ustedes soy mejor que ayer. Gracias a todo el personal de la UMF # 20 especial a biblioteca y administrativo, por su ayuda y el cuidado que me otorgaron para que terminara esta empresa.

INDICE

TITULO

RESUMEN

	PAGINA
ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACION.....	10
OBJETIVOS.....	12
HIPOTESIS DE TRABAJO.....	13
MATERIAL Y METODOS.....	14
RESULTADOS.....	29
DISCUSION.....	43
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIÓN.....	49
REFERENCIAS.....	50
ANEXOS.....	55

Ansiedad en niños de nivel escolar y factores de riesgo psicosociales

Ansiedad en niños de nivel escolar y factores de riesgo psicosociales

Rodríguez-Islas SI ⁽¹⁾, Vega-Mendoza S ⁽²⁾

(1) Residente de segundo año de Posgrado de Medicina Familiar, UMF 20 IMSS. (2) Médico Familiar, maestra en Ciencias de la educación, profesora adjunta del curso de especialización en Medicina Familiar, UMF 20 IMSS.

Las alteraciones en el estado de ánimo se presentan a edades cada vez más tempranas, esto llegará a ser un problema de salud en generaciones futuras. **Objetivo:** Determinar la ansiedad en escolares y su relación con diversos factores de riesgo psicosociales. **Metodología:** Estudio analítico en 195 escolares de 8-12 años y sus padres que asistan a consulta. Previo consentimiento informado se aplicó en escolares ficha de identificación, Escala de Specnce(SCAS), Inventario Infantil de Estresores Cotidianos(IIEC) y escala de Autoconcepto(Piers-Harris). En padres datos generales. Escalas de Holmes, Graffar, Goldber para depresión y ansiedad, FACES III. Se utilizó estadística descriptiva, χ^2 y OR con IC al 95%. **Resultados:** Escolares en edad 10 ± 1.1 años, sexo femenino 52.8%(103), grado académico 30.8%(60) de 5° grado, 28.7%(56) 6° grado. 45.6%(89) con autoconcepto bajo; 16.9%(33) nivel alto de ansiedad; con miedo al daño físico 30.8%(60); Ansiedad por separación 30.3%(59). Factor de riesgo para ansiedad son percepción de mal comportamiento ($p=0.000$), baja autoestima($p=0.000$), impopularidad ($p=0.001$), infelicidad($p=0.000$), no percepción de ansiedad($p=0.000$) la disminuye las crisis familiares($p=0.005$). **Conclusiones:** Los factores psicológicos aumenta el nivel de ansiedad en escolares repercutiendo en su ambiente social.

Palabras Clave: escolares, ansiedad, Ansiedad Infantil, factores de riesgo, factores psicológicos, factores sociales.

Anxiety in children's academic level and psychosocial risk factors

Rodriguez-Islas if ⁽¹⁾, Vega-Mendoza S ⁽²⁾

(1) Resident of second year of graduate school of family medicine, UMF 20 IMSS. (2) Medical family, master in Education Sciences, Assistant Professor of the specialization course in family medicine, UMF 20 IMSS.

Alterations in mood occur at increasingly younger ages, this will become a health problem in future generations. **Aim:** Determine the anxiety in school and its relationship with various psycho-social risk factors. **Methodology:** Analytical study in 195 children from ages 8-12 and their parents attending consultation. Prior informed consent applied in school tab for identification, scale Specnce (SCAS), child inventory of everyday stressors (IIEC) and self-concept (Piers-Harris) scale. Parents general data. Holmes, Graffar, Goldberg scales for depression and anxiety, FACES III. We used descriptive statistics, χ^2 and OR with 95% CI. **Results:** School-age 10 ± 1.1 years, female 52.8% (103), academic degree 30.8% (60) of 5th grade, 28.7% (56) 6th grade. 45.6% (89) with self-concept bass; 16.9% (33) high level of anxiety; in fear of physical harm 30.8% (60); Anxiety separation 30.3% (59). Risk factor for anxiety are perception of misbehavior ($p = 0.000$), low auto perception($p=0.000$), unpopularity ($p = 0.001$), unhappiness($p=0.000$), not perception of anxiety($p=0.000$) decreases the family crisis($p=0.005$). **Findings:** Psychological factors increases the level of anxiety in their social environment affecting school.

Key words: school anxiety child anxiety, risk factors, psychological factors, social factors.

ANTECEDENTES:

La ansiedad forma parte de numerosos cuadros clínicos en la infancia y adolescencia. La ansiedad patológica es la reacción ante un estímulo percibido como amenazante con sensación de malestar intenso, síntomas neurovegetativos, cognitivos, somáticos y, a largo plazo, daños en el desarrollo de la autoestima, del funcionamiento interpersonal y en la adaptación social. A pesar de que los trastornos ansiosos son un diagnóstico frecuente, la ansiedad como síntoma forma parte de un gran número de cuadros clínicos lo cual dificulta el estudio de la misma, la asociación más común es con la depresión. ⁽¹⁾

El manual DSM-IV define ansiedad como la preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas: Inquietud o impaciencia, Fatigabilidad fácil, Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, Irritabilidad, Tensión muscular o Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social),

contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico o trastorno generalizado del desarrollo. ⁽²⁾

El trastorno de ansiedad generalizada en el CIE-10 se encuentra bajo el código F41.1. Se menciona que la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Los síntomas predominantes son muy variables. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico. A diferencia del DSM-IV este código no especifica un límite claro en la duración de la sintomatología, solo menciona que el afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben

estar presentes rasgos de: a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.); b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse) y c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).⁽³⁾

Hoy en día existen estándares para la investigación en el desarrollo de ansiedad en los niños. Primeramente la investigación debe cubrir los factores de riesgo, especialmente características biológicas (genética, temperamento), y los métodos para procesar la información. Segundo, se debe considerar las influencias ambientales que pudiesen incrementar, solo o en combinación con dichos factores, la probabilidad de un desorden emocional.⁽⁴⁾ Los factores que pueden influir son:

a) Agregación familiar y genética

Habitualmente los padres ansiosos tienen hijos ansiosos, lo cual altera la dinámica familiar en algunos casos familiar en algunos casos de forma definitiva⁽⁵⁾, ya que se ha comprobado que en el 15-20% de los casos estos trastornos persisten hasta la edad adulta en especial en las mujeres⁽⁶⁾, esto solo perpetua el ciclo de las familias ansiosas. En cuanto a la genética Se ha estimado que el factor herencia para el fenotipo complejo

de "cualquier trastorno de ansiedad" es baja y no estadísticamente significativo. Se han encontrado efectos aditivos y estadísticamente significativos genéticamente hablando para las fobias y el trastorno de ansiedad de separación. ⁽⁷⁾

b) Inhibición del comportamiento

Este término fue utilizado por Kagan (1989) y hace referencia a los patrones de temperamento del niño cuando se presentan situaciones o personas desconocidas, se caracteriza por resistencia, negación o grado de miedo. Se ha demostrado asociaciones significativas entre la inhibición del comportamiento en niños y trastornos ansiosos en los padres y entre el trastorno ansioso en padres y la inhibición del comportamiento en niños. en estudios longitudinales se ha demostrado que la inhibición del comportamiento predice trastornos de ansiedad francos mas tarde en la vida.⁽⁴⁾

c) Procesamiento de la información

Se sugiere que la vulnerabilidad para desarrollar ansiedad se puede reflejar en los sesgos en el procesamiento de la información, tanto en el sesgo de atención en relación a situaciones amenazantes y en sesgo de interpretación de situaciones ambiguas. Los sesgos de atención se han identificado en niños ansiosos mayores, aunque en niños pequeños la evidencia es menos consistente. Aun así, se ha podido dilucidar que estos sesgos representan vulnerabilidad. ⁽⁴⁾

d) Acontecimientos vitales estresantes o dificultades

Los miedos y las fobias son, clásicamente, condiciones en respuesta a la ansiedad, se desarrollan de la asociación pareada de un estímulo neutral con un evento traumático, si bien es cierto que no todas las personas desarrollan ansiedad con los mismos eventos, esto hecho soporta la teoría de una condición de vulnerabilidad preexistente. ⁽⁴⁾

Los procesos por los que una experiencia se vuelve negativa en la vida son multifacéticos. La exposición temprana a situaciones adversas puede afectar el desarrollo fisiológico del niño (como el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal) y el desarrollo de su capacidad cognitiva, estos efectos pueden ser influenciados por los padres y la visión de vulnerabilidad del niño, ocasionando alteraciones en la crianza (e.g. sobreprotección).

e) Modelamiento y transferencia de la información

El niño observará la ansiedad de las demás personas y lo referirá como un modelo o un proceso vicario de adquisición. La comunicación hacia el niño sobre cuáles pueden ser las situaciones amenazantes en su medio ambiente, se le denomina usualmente adquisición informacional. ^{(4) (8)}

f) Medioambiente

Es importante considerar el tipo de entorno del menor, la ansiedad por la escuela en los menores fue asociada específicamente con eventos amenazantes; Se ha descrito que el vivir en un vecindario peligroso y el uso de drogas por parte de los padres son factores de riesgo específico para un trastorno de ansiedad. ⁽⁸⁾

g) Adquisición de la información

Las condiciones en las que llega la información al niño, es decir en que condiciones se presentan los estímulos amenazantes, en este aspecto los padres tienen un papel importante ⁽⁴⁾

h) Paternidad

Su efecto comienza desde la concepción, se ha visto que la ansiedad en embarazadas genera un aumento en el cortisol del líquido amniótico, si es un niño no deseado o el primogénito solo aumentan los niveles de ansiedad en los padres ⁽⁹⁾, si alguno de los padres bebe o tiene alguna adicción el hecho de tener un hijo no cambia esta situación en la mayoría de los casos resulta en un factor de riesgo importante. ⁽¹⁰⁾

i) Nivel Socioeconómico

Una situación social desfavorable (nivel socioeconómico bajo, adversidad económica, condiciones de vida desfavorables), puede generar una sensación de inseguridad crónica que colabore en la génesis de un trastorno de ansiedad. ⁽¹⁾

Hablando en términos de salud pública al corte del 2010 en España se tenía una prevalencia del 15 al 20% de alteraciones psicológicas para la población infantil en general. Concretamente con respecto a los trastornos de ansiedad, aproximadamente el 10% de menores y adolescentes los presentan, oscilando entre un 5.6% y un 21%, en función de los criterios empleados y tipo de trastorno de ansiedad y se observa un incremento con la edad sin embargo hay estudios demostrando que en realidad esto oscila entre el 29 al 54%, no contando con una estadística fiable solo para la ansiedad. Laredo et al., (2007), en un estudio que relaciona temperamento y problemas de ansiedad, en una muestra de preescolares,

de edades comprendidas entre los 3 y 6 años, han encontrado una prevalencia del 24%.⁽¹¹⁾

Para México en realidad no existen estadísticas claras acerca del trastorno de ansiedad en la infancia pese a que el trastorno de ansiedad generalizada es una patología muy común y con gran frecuencia se encuentra con comorbilidad con otros trastornos mentales que pueden o no ser del espectro de ansiedad, se estima que de 100 personas con ansiedad generalizada 50% tendrán un diagnóstico psiquiátrico comórbido. La proporción mujer-hombre en adultos de la población general es de 2:1, sin embargo esto cambia cuando hablamos de población clínica, donde se iguala. En cuanto a la edad pediátrica solo se sabe que afecta más a las niñas⁽¹²⁾. El último reporte para la población mexicana en general en el año 1999 fue de 14.8%.⁽¹³⁾

Como apoyo para el diagnóstico de ansiedad en los infantes tenemos algunas pruebas y cuestionarios como el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC), creado por Spielberger y cols. (1982) en California. Posteriormente fue adaptado para población española por Seisdedos, N. (1989), y quedó compuesto por dos escalas independientes, una para evaluar la Ansiedad Estado (A-E) y la otra para evaluar la Ansiedad Rasgo (A-R). La primera se pretende evaluar el nivel de ansiedad del niño en un momento determinado, y la segunda pretende identificar como el sujeto se siente en general⁽¹⁴⁾. Otra escala construida por Spence (1997) en Australia, la Escala de ansiedad para niños de Spence o SCAS por sus siglas en inglés es un instrumento de auto informe al que responden los niños, mide ansiedad de separación, trastorno obsesivo-compulsivo, pánico, agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada, y miedo al daño físico.⁽¹⁵⁾

Silverman, Fleising, Rabian y Peterson (1991) desarrollaron la Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI), la cual es una versión para niños y adolescentes elaborada a partir de una modificación de la conocida versión para adultos Anxiety Sensitivity Index la versión española de Sandín y Chorot (1997) consta de 18 ítems que se puntúan según una escala Likert de 3 puntos: Nada (1), Un poco (2), Mucho (3). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los 18 ítems. Los ítems se refieren a consecuencias físicas, cognitivas y sociales de la ansiedad. ⁽¹⁶⁾

Es fundamental un mayor conocimiento del temperamento infantil puesto que puede predecir el desarrollo de psicopatología posterior. Los cuestionarios adaptados a población infantil cubren un rango de edad limitado. La escala más utilizada para estudios de genética del temperamento infantil es la Emotionality Activity and Sociability Temperament Survey (EAS). Actualmente se dispone de varias versiones y adaptaciones culturales del cuestionario para la evaluación del temperamento infantil EAS. Las dimensiones básicas del temperamento que evalúa son: (1) emocionalidad o tendencia a activarse fácil e intensamente; (2) actividad, preferencia por un determinado nivel de actividad y velocidad de acción; (3) sociabilidad, tendencia a preferir la presencia de otros más que de permanecer solo; y (4) timidez, tendencia a evitar e inhibirse ante nuevas situaciones sociales. Además, evalúa tres de los rasgos más estables y heredables de entre los componentes del temperamento: emocionalidad, actividad y sociabilidad. ⁽¹⁷⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de la conducta y las alteraciones en el estado de ánimo se presentan a edades cada vez más tempranas, aunque la prevalencia de la ansiedad en la infancia no está bien establecida, es evidente que puede llegar a ser un problema importante de salud pública, ya que estos trastornos persisten en la edad adulta y en muchas ocasiones tienen repercusiones en ámbitos como el trabajo y la familia.

Puesto que aún no se cuenta con la prevalencia en la infancia del trastorno de ansiedad, será uno de los primeros puntos a cumplir, así mismos e determina la influencia de ciertos factores en la vida de los niños que pudiesen aumentar los niveles de ansiedad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de ansiedad en niños de nivel escolar y su relación con factores psicosociales?

JUSTIFICACIÓN

Los estudios acerca de la psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la infancia persisten hasta la edad adulta, cuando se asocian a otros trastornos psiquiátricos. Los estudios epidemiológicos recientes han enfatizado la necesidad de identificar tempranamente problemas que con el tiempo conduzcan a otras patologías en la adultez.

La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades; OMS) clasifica los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia (ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad entre hermanos) y los propios de los adultos, en distintos apartados.

La Clasificación DSM-IV (Diagnostic and Statistical Classification of Diseases; APA) tan sólo considera como específico de la etapa infantil el trastorno por ansiedad de separación. El resto de trastornos de ansiedad se delimitan según un diagnóstico sindromático común para adultos y niños. ⁽¹⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en la actualidad, cerca de 17 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 17 años de edad, sufren algún trastorno psicológico grave que amerita tratamiento especializado. Se calcula que para 2010, haya once millones de personas en Latinoamérica y el Caribe que padezcan algún trastorno. Diversos estudios epidemiológicos señalan que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia, e informan de tasas de prevalencia que van desde el 2.6% al 41.2%. La ansiedad de separación es más común en niños y la fobia social en adolescentes.

Se ha documentado que los trastornos de ansiedad pueden iniciar en la niñez (hasta un 75% según Kessler et al., 2005), hacia los 11 años de edad, que siguen un curso de deterioro hacia la adolescencia y la adultez, y que se vinculan con problemas tales como el bajo rendimiento escolar, deficiencias en la interacción social y conductas de. Además, su comorbilidad con la depresión se calcula entre un 30 y un 60. Al igual que con la depresión, los trastornos de ansiedad co-ocurren con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de conducta y con el abuso de sustancias tóxicas.⁽¹⁵⁾

La edad de inicio es difícil de determinar ya que la mayoría de los pacientes indican estar ansiosos desde que pueden recordar. Los pacientes con trastorno de ansiedad a menudo recurren a los médicos para el tratamiento de síntomas físicos, pero solo un tercio de los pacientes busca ayuda psiquiátrica.⁽¹²⁾

En cuanto al grupo de edad se planea realizar dichas encuestas en escolares de 4º, 5º y 6º año de primaria (8 a 12 años de edad), ya que es en esta etapa en donde los escolares se encuentran bajo una mayor presión, tanto en el ambiente familiar como en el ambiente escolar, es una etapa de transición entre dejar la primaria y entrar a la secundaria, el dejar a muchos amigos, y el fin de la infancia y el comienzo de la pubertad. Además, a esta edad, su nivel de concentración, capacidad de lectura y comprensión de palabras es suficiente como para contestar las encuestas que se requieren. El mayor impacto de este estudio será a nivel preventivo, al realizar una detección temprana de este trastorno; que como ya se ha visto persiste en la edad adulta, se podría mejorar el rendimiento académico de los estudiantes y se evitaría que lleguen a la edad adulta con una enfermedad que repercutirá en todos los aspectos de su vida.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

GENERAL:

Determinar la ansiedad en niños de nivel escolar y su relación con factores psicosociales

ESPECIFICOS:

1. Identificar datos generales del escolar: edad, sexo, grado escolar, desempeño (rendimiento) escolar
2. Evaluar el nivel de ansiedad en los escolares
3. Describir los factores psicológicos: autopercepción.
4. Mencionar los factores sociales: dinámica familiar, crisis familiares, composición familiar, nivel socioeconómico.
5. Buscar la asociación entre factores estudiados y la presencia de ansiedad.

HIPOTESIS:

ALTERNA:

Los niños escolares tienen un nivel alto de ansiedad debido a factores psicosociales

NULA:

Los niños no tienen niveles altos de ansiedad debido a factores psicosociales

MATERIAL Y METODOS

LUGAR DE REALIZACIÓN

Unidad de Medicina Familiar Numero 20 Vallejo, localizada en: Calzada Vallejo Número 675, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero. C.P. 07750.

DISEÑO

Estudio analítico, prospectivo y transversal.

GRUPO DE ESTUDIOS

Padres con niños/niñas en nivel escolar (de 8 a 12 años de edad)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Padres e hijo escolares de 8 a 12 años
- Los padres que aceptaron la aplicación del cuestionario
- Los niños que aceptaron participar

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Con deficiencias neurológicas: (PCI, Retraso mental, cromosomopatía, TDA)
- Deficiencia auditivas, visuales y ,motoras que impidieron contestar el cuestionario
- Niños con diagnóstico de depresión y ansiedad, que tuvieran o no tratamiento

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que no respondieron completamente el cuestionario
- Padres/ niños escolares que desearon retirarse durante el estudio

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Con una r al 25 y el IC al 95% con un error de 0.05 da un total de 169 pacientes utilizando la siguiente formula

$$N = [(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) / C]^2 + 3$$

VARIABLES DE ESTUDIO

INDEPENDIENTES PARA ESCOLARES

- Sociales (Desempeño escolar, crisis familiares, eventos estresores)
- Psicológicos (autoconcepto)
- Biológicos (edad y genero)

INDEPENDIENTES PARA PADRES

- Sociales (nivel socioeconómico, dinámica familiar, eventos estresores)
- Psicológico (depresión, ansiedad)
- Biológicos (edad y genero)

DEPENDIENTES

- Ansiedad

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Ansiedad (dependiente)	Preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. ⁽²⁾	Mediante el instrumento SCAS que consta de 44 ítems originalmente, sin embargo solo se califican 38 ítems, se dará una puntuación de 0 al 3 desde nunca hasta siempre, se sumaran los puntajes individuales y por subescalas, se considera nivel normal de ansiedad por debajo del T-socore de 60, se ajustara de acuerdo a edad y sexo. ⁽¹⁵⁾	Cualitativa Nominal dicotómica
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Factor de riesgo	Son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociadas con una probabilidad mayor de experimentar una enfermedad o un accidente. Pueden ser los antecedentes o las condiciones actuales del paciente o la familiar, que, sin ser parte del padecimiento, se asocian o pueden asociarse con una evolución desfavorable del estado de salud del paciente o su familia. Estos factores son de característica cualitativa o cuantitativa del agente, huésped y ambiente dentro del concepto ecológico de la enfermedad. Pueden ser modificables o no modificables). ⁽¹⁸⁾	Se evaluarán los siguientes factores de riesgos de característica cualitativa mediante sus respectivas escalas Factores en los niños Biológicos (edad, género, comorbilidades) Socioculturales (grado escolar, aprovechamiento) Psicológicos (autoconcepto, ansiedad) Factores en los adultos Biológicos (edad, género) Socioculturales (dinámica familiar, ocupación, grado escolar) Económico (nivel socioeconómico)	Sin escala
VARIABLES INDEPENDIENTES NIÑOS			
Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Genero	Conjunto de características de un animal o una planta por las que se distingue entre individuos machos y hembras que producen células sexuales (o gametos) masculinas o femeninas.	Por medio de pregunta directa se dividirán en femenino y masculino	Cualitativa Nomina Dicotómica
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. Medida en años, meses, días.	Por medio de pregunta directa se redondeara en años.	Cuantitativa continua
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada,	Por medio de pregunta directa se clasificara a los niños de primaria en 3º, 4º, 5º y 6º año.	Cualitativa Ordinal
Eventos Estresantes	Son experiencias adversas o inesperadas, incluyen eventos provenientes del exterior (intersistemicos), resultan impredecibles para la familia. Las crisis que ocurren en el interior de la familia ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento critico. ⁽¹⁸⁾	Mediante el inventario infantil de estresores cotidianos el cual consta de 25 ítems en total. Para la calificación de 0 -6 nulo o bajo nivel de estrés de 7 - 13 moderado nivel de estrés , por arriba de los 14 puntos existe un alto nivel de estrés cotidiano. ⁽²¹⁾	Cualitativa Ordinal

Aprovechamiento escolar	De acuerdo con Vallejo (2006) es el conjunto de habilidades y destrezas que son aprendidas durante un cierto periodo y para conocer el grado de aprendizaje se realiza una evaluación para otorgar una calificación. ⁽¹⁹⁾	Se utilizara la escala numérica de las escuelas 5 o menos reprobado 6 a 7 bajo aprovechamiento, de 7.1 a 8.5 regular y 8.5 a 10 alto.	Cuantitativa Continua
Auto concepto	Se defina como la forma de verse a si mismo, a partir de las percepciones, experiencias e interacciones con el medio; incluye tanto las capacidades, temperamentos, actitudes, aspiraciones y roles sociales, como también las ideas y creencias que un individuo tiene de si mismo. ⁽¹⁹⁾	Mediante la escala desarrollada por Piers y Harris consta de 80 ítems que reflejan actitudes y comportamientos del individuo, se evalúa seis factores a saber, comportamiento, estatus intelectual y escolar, Apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción. Por debajo del centil 35 indicaría Nivel bajo; puntuaciones entre más del 35 y 65 se consideraría nivel normal nivel por arriba del 65 se consideraría elevado ⁽¹⁹⁾	Cualitativa Ordinal
VARIABLES INDEPENDIENTES (PADRES)			
Dinámica familiar	Es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento. ⁽¹⁸⁾	Mediante el instrumento FACES se evaluara dos aspectos importantes para la dinámica familiar: Adaptabilidad: cambiar el poder, roles y reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. Cohesión: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre si; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. En cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nores: No relacionada (10 - 34); Semirrelacionada (35 - 40); Relacionada (41 - 45); Aglutinada (46 - 50). La adaptabilidad es de los ítems pares: Rígida (10 - 19); Estructurada (20 - 24); Flexible (25 - 28); Caótica (29 - 50). ⁽²²⁾	Cualitativa Nominal
Nivel socioeconómico	Es la segmentación del consumidor y las audiencias que define la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida. ⁽²⁰⁾	Mediante la escala de Graffar se evaluara 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento. Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar: 04-06 (Estrato alto) 07-09 (Estrato medio alto) 10-12 (Estrato medio bajo) 13-16 (Estrato obrero) 17-20 (Estrato marginal). ⁽¹⁸⁾	Cualitativa Ordinal

Depresión	Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o de la capacidad para el placer, pérdida importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, disminución en la capacidad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte. ⁽²⁾	Mediante la escala de Goldber se realizan preguntas Si/No, las primeras 4 preguntas son de tamizaje, si existe una respuesta afirmativa se continua con las otras 5 preguntas, Sumando el total de respuestas afirmativas se da positivo con 2 o más. ⁽²²⁾	Cualitativa Nominal Dicotómica
Ansiedad	Preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. ⁽²⁾	Mediante la escala de Goldber se realizan preguntas Si/No, las primeras 4 preguntas son de tamizaje, si existen 3 respuestas afirmativas se continua con las otras 5 preguntas, Sumando el total de respuestas afirmativas se da positivo con 4 o más. ⁽²²⁾	Cualitativa Nominal Dicotómica
Eventos estresantes	Son experiencias adversas o inesperadas, incluyen eventos provenientes del exterior (intersistemicos), que, aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia. Las crisis paranormativas que ocurren en el interior de la familia (ej. Divorcio) ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento critico. ⁽¹⁸⁾	Mediante la escala Holmes se otorga una evaluación numérica a los cambios de la vida que se han producido durante los últimos 8 meses. Calificación de eventos críticos: de 0 a 149 (No hay problemas importantes); de 150 a 199 (Crisis leve); de 200 a 299 (Crisis moderada) y más de 300 (Crisis severa).	Cualitativa Ordinal

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se analizaron los datos para factores de riesgo de ansiedad, después de aplicar los cuestionarios de ansiedad de Spence, IIE y autopercepción en los niños y se relacionaron con los resultados obtenidos de sus padres mediante la escala de acontecimientos estresantes en la vida de Holmes, la evaluación de la dinámica familiar por medio de FACES III y su nivel socioeconómico. Se describen a continuación los instrumentos:

- **Escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS)**

Es un instrumento de auto informe al que responden los niños en edades de 8 a 12 años, el cual consta de 44 ítems. Seis ítems miden ansiedad de separación, 6 trastorno obsesivo-compulsivo, 6 pánico, 3 agorafobia, 6 fobia social, 6 ansiedad generalizada, y 5 miedo al daño físico. Contiene, además, 6 ítems de relleno que no se califican, ya que tiene el objeto de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre. ⁽¹⁵⁾

Además de su correspondencia con la clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2002), la SCAS ha mostrado una muy alta consistencia interna que fluctúa entre .80 y .93. Muris, Schmidt y Merckelbach (2000) han informado sobre su validez convergente con otros instrumentos de ansiedad, como la SCARED de Birmaher et al. (1997). Spence (1998) también encontró validez convergente con la RCMAS de Reynolds y Richmond (1978), además con el Child Behavior Checklist de Achenbach (1991), y con el Children's Depression Inventory de Kovacs (1981), que mide depresión. De acuerdo con Spence (1998), también discrimina la SCAS entre niños con un diagnóstico de ansiedad y niños de población general, así como con niños con depresión. Datos que corrobora un estudio más reciente

realizado por Whiteside y Brown (2008), quienes encontraron buena consistencia interna en todas las sub-escalas, excepto en la escala de miedo al daño físico, así como validez convergente y divergente. ⁽¹⁵⁾

Se solicitó el Índice de Ajuste Comparativo (Comparative Fit Index, CFI) que resultó de .89, el Índice de Ajuste Incrementado (Incremental Fit Index, IFI) que también fue de .89 y el RMSEA (el error cuadrático medio de aproximación) de .043. Este valor oscila entre 0.039 y 0.046 en un intervalo de confianza de 90%. La prueba de la hipótesis nula: $RMSEA < .05$, resultó con P-Value for Test Close Fit ($RMSEA < 0.05$) = 1.00. Por lo que se retiene la hipótesis nula y se concluye que el valor observado de .043 es significativamente menor que .05. A pesar de que el valor de RMSEA fue satisfactorio, pues exige un valor menor a .05 (Byrne, 2001), no fue el caso para CFI e IFI, pues para ajustar de manera aceptable deben alcanzar un valor de .90 ó superior. ⁽¹⁵⁾

La consistencia interna, Alfa de Cronbach, de la SCAS fue de .88; de .81 para el factor Ataque de Pánico/Agorafobia; de .74 para ansiedad de separación; para el factor de Fobia Social, fue de .71; en el factor Miedo al Daño Físico, de .75; para el factor Trastorno Obsesivo-Compulsivo, fue de .77, y finalmente, el factor Ansiedad Generalizada, tuvo una confiabilidad de .72. ⁽¹⁵⁾

- **Inventario Infantil de Estresores Cotidiano (IIEC)**

El estrés diario puede definirse como las frustrantes demandas y contrariedades que acarrea la interacción cotidiana con el medio ambiente (Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981). Se trata de sucesos o circunstancias de alta frecuencia, baja intensidad y alta predictibilidad (Seiffge-Krenke, 2007)

Se elaboró un inventario para niños de entre 7 y 12 años que consta de 41 ítems dicotómicos (Sí/No) que recoge estresores cotidianos seleccionados por expertos como representativos del constructo «estrés cotidiano». Dichos ítems muestrean información relevante extraída de estudios empíricos y revisiones teóricas actuales relativos al ámbito de la salud (12 ítems), escuela e iguales (12 ítems) y familia (17 ítems) y son referidos a acontecimientos ocurridos en el momento de la administración del cuestionario. Se realizó un estudio piloto para detectar posibles dificultades de comprensión de la redacción de los ítems, que fueron subsanadas en el cuestionario definitivo. ⁽²¹⁾

La consistencia interna del test mediante el alfa de Cronbach fue de 0,70. Con objeto de analizar la estabilidad en la medida se realizó un retest 12 semanas después. La fiabilidad test-retest encontrada fue de 0,78. La puntuación total del cuestionario obtenida mediante la suma de las respuestas afirmativas a los ítems es indicativa de un alto grado de estrés cotidiano auto percibido, con un rango de 0 a 25 puntos. En la muestra estudiada se ha encontrado una media de 7,1 puntos y una desviación típica de 3,82, con un rango de 0 a 20 puntos. Hasta los 7 puntos el percentil es de 50, y a los 14 puntos el percentil alcanza el 95.

Finalmente, se desarrollaron los análisis para validar el inventario. En cuanto a las evidencias externas de validez, se exploró la correlación entre la puntuación total del IIEC y la del SiC, obteniéndose un coeficiente correlación de 0,3 ($p < 0,05$). ⁽²¹⁾

- **Escala de auto concepto Piers – Harris**

Este instrumento fue elaborado por A.J. Piers y Harris en 1960. El instrumento tiene un rango de aplicación de 8 a 12 años, no tiene tiempo límite de administración, depende del examinador y de la colaboración del

examinado. Su aplicación es de forma individual o grupal, se trata de un instrumento de auto reporte que consta de 80 ítems que reflejan actitudes y comportamientos del individuo sobre su propio auto concepto, se contestan en una escala tipo Likert la cual evalúa seis factores a saber, comportamiento, estatus intelectual y escolar, Apariencia física y atributos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción. ⁽¹⁹⁾

La escala de comportamientos refleja el grado en el cual el niño admite o niega los comportamientos problemáticos. La escala de estatus intelectual, identifica las habilidades académicas, incluyendo la satisfacción general en la escuela y las expectativas futuras. Seguida por apariencia física donde el niño refleja las actitudes frente a características físicas tales como el liderazgo, la habilidad para expresar sus ideas. La escala de ansiedad se evidencia las perturbaciones emocionales generales y el ánimo disforico. La escala de popularidad muestra la evaluación del niño hacia su popularidad con los compañeros de clase, los juegos y las habilidades para hacer amigos. En la escala de felicidad y satisfacción muestra que el niño está satisfecho con su vida.

Se asume que los puntajes altos reflejan un auto concepto favorable, mientras que los puntajes bajos están asociados con un bajo auto concepto, lo que indica que puede existir afectación en un aspecto particular o generalizarse a otras áreas del examinado. Se aplica la plantilla de corrección dando 1 punto por cada respuesta que coincida con el símbolo marcado. Cada símbolo de la plantilla, corresponde con las 6 dimensiones que mide la escala. Sólo 2 ítems, el 7 y el 12, pertenecen a dos dimensiones a la vez. La puntuación obtenida de cada dimensión se traslada a la puntuación percentil, según los baremos de cada nivel, y todo ello se refleja en la hoja individual de resultados. La suma de las

puntuaciones de todos los factores nos permite hallar el Auto concepto global.

Los alumnos con una puntuación por debajo del percentil 35 indicaría que el alum/a tiene un auto concepto bajo; puntuaciones entre más del 35 y 65 se consideraría nivel normal nivel por arriba del 65 se consideraría auto concepto elevado.

- **Escala de Holmes para acontecimientos vitales estresantes**

En 1976, en el Journal of Psychosomatic Rerearch, Tomas Holmes presento un test que daba in determinado valor a eventos en la vida del hombre que eran causas der estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, era inversamente proporcional al valor dado. Esta escala debe aplicarse en función de las situaciones que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas. ⁽¹⁸⁾

Busca identificar hechos de la vida diaria que influyen en la salud la salud. El cambio más estresante en la vida es la muerte del cónyuge, a la cual se le adjudica un valor de 100 puntos. Incluso los acontecimientos felices o positivos pueden ser estresantes, como el matrimonio, que tiene una puntuación de 50, o las vacaciones, con 13 puntos.

Calificación de eventos críticos: de 0 a 149 (No hay problemas importantes); de 150 a 199 (Crisis leve); de 200 a 299 (Crisis moderada) y más de 300 (Crisis severa)

- **Escala para nivel socioeconómico**

Para clasificar el estrato socioeconómico de las familias. Surgido en Venezuela, por los años de los 80's en busca de simplificar los estratos

socioeconómicos en el censo de población. Consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento. ⁽¹⁸⁾

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar: 04-06 (Estrato alto) 07-09 (Estrato medio alto) 10-12 (Estrato medio bajo) 13-16 (Estrato obrero) 17-20 (Estrato marginal).

- **Escala de Goldber depresión y ansiedad en adultos**

Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos aunque también puede usarse también como una guía para la entrevista, está dirigida a la población general.

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas: Una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias

La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas, los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta todos los ítems tienen la misma puntuación se sigue un orden de gravedad creciente en los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

- **FACES III**

Instrumento desarrollado por David H. Olson y col en 1985, basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar:

Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

Cohesión: grado de vinculación emocional que tiene, los miembros de los sistemas familiares entre si; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. ⁽¹⁸⁾

El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evaluación entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de auto aplicación que evalúa dos principales funciones a través de 20 reactivos. Es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación.

Cuenta con una escala que incluye cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de la familia con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo a la escala de calificación, considerando cada aseveración correlación a su familia.

FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores. ⁽²²⁾

Calificación: en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones: No relacionada (10 – 34); Semirrelacionada (35 – 40); Relacionada (41 – 45); Aglutinada (46 – 50). La adaptabilidad es de los ítems pares: Rígida (10 – 19); Estructurada (20 – 24); Flexible (25 – 28); Caótica (29 – 50), dando como resultado 16 tipos de familia. Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presenta 4 posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son los más “balanceados”, mientras que los más altos y bajos son extremos. ⁽²²⁾

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes en variables cualitativas y de medidas de tendencia central para cuantitativas, además de χ^2 cuadrada para la significancia estadística de relación de variables (ansiedad y factores de riesgo), así como OR con IC al 95% para valorar el riesgo.

RESULTADOS

En los resultados obtenidos se observó que la edad promedio del **escolar** fue de 10 ± 1.1 años, predominando el sexo femenino en un 52.8% (103), cursando el grado académico en el 30.8%(60) de 5° grado y el 28.7% (56) de 6° grado; la mayoría de los estudiantes eran los hijos mayores (41.5%), y el 45.6 % solo tenía un hermano, con un máximo de hasta 3 hermanos (12.3%). Respecto al promedio académico el 68.7% (134) de los estudiantes se colocaron en el nivel medio (rango de 7.0 a 8.9 de calificación) con un promedio de 8.5 ± 0.8 (Tabla 1).

El 5.2% (10) de los niños encuestados resultaron con niveles altos de estrés, mientras que el 61.0% reportaban un nivel medio (Tabla 2).

En el Score global de ansiedad, el 16.9% reportó un nivel alto. Se registró un nivel alto en las 6 áreas evaluadas con el siguiente porcentaje: Ataque de Pánico/Agorafobia 17.4%(34); Fobia Social 13.8%(27); Ansiedad Generalizada 20.0% (39); Miedo al Daño Físico 30.8%(60); Ansiedad por Separación 30.3% (59) y solo el 14.9% (29) para el Trastorno obsesivo compulsivo. (Tabla 3).

El 45.6% (89) de los escolares obtuvieron un score global bajo en autoconcepto, normal en un 29.7% (58) y el 24.6% (48) con autoconcepto alto. Dentro de los 6 parámetros evaluados los porcentajes fueron: Autopercepción del comportamiento: mal comportamiento 30.8 % (60), bueno 32.8% (71) y normal en el 36.4% (64). Autopercepción del intelecto: bajo intelecto 67.2 % (131) contrastando con un 3.6 % (7) con nivel alto. Autopercepción física: 50.8% (99) consideran tener mal aspecto físico contra 13.8% (27) que tienen un buen autoconcepto. Autopercepción

de ansiedad: el 59.5 % (116) no se perciben ansiosos o con poca ansiedad y el 16.9 % (33) se perciben muy ansiosos. Popularidad: el 32.8% (64) con bajo nivel y 34.9% (68). Índice de Felicidad/Satisfacción: 27.7 % (54) con índice bajo, un 27.2% (53) índice alto, dejando al grueso de la muestra 45.1% (88) con un índice normal. (Tabla 4)

Para las **características de los padres** se observó que la edad promedio fue de 35 ± 5.4 años, predominando el sexo femenino en un 77.9% (152) contra 22.1% (43) del género masculino. El 81.0% (158) se encuentran casados. El 47.7% se dedican al hogar y 35.4% son profesionistas con empleo fijo. Para el nivel socioeconómico el 46.7% pertenecen al estrato bajo y el 40.5% al medio bajo. Los padres dedicaron a su hijo un promedio 5 ± 3.4 horas por día. (Tabla 5)

La presencia de crisis familiares fue mínima en un 75.4% (147) y leve para 13.3%(26). En la estructura familiar encontramos que el 25.6%(50) son Semirrelacionada, Aglutinada 20.0% (39) y 39.5%(77) Relacionada. Son familias estructuradas 25.6% (50), flexible 23.6% (46) y caóticas 46.7% (91). (Tabla 6)

Los padres reportaron la presencia de depresión en un 16.4% (32) y con ansiedad el 37.4% (73). (Tabla 7)

Características de los escolares con nivel de ansiedad alta: edad entre los 10 años con el 45.5% (15) ; a los 11 y 9 años el 18.2% (6) cada uno respectivamente, del sexo masculino el 57.6% (19) con poca diferencia del femenino el 42.4% (14), que se encuentran cursando el 6º grado 33.3% (11) y 5º año 30.3% (10), aquellos que tienen un hermano 45.5% (15) y fueron el primogénito 42.4% (14). Con un nivel académico medio 69.7% (23). Su nivel de estrés en el 75.8% (25) fue medio. Con presencia de Ataque de pánico en el 63.6% (21), Fobia social 54.5% (18), Ansiedad Generalizada 66.7% (22), Miedo al daño físico 63.6% (21), Ansiedad por separación 69.7% (23), con trastorno obsesivo – compulsivo 48.5% (16). Al menos el 63.6% (21) con autoestima baja, con percepción de un mal comportamiento en el 48.5% (16), un bajo intelecto 81.1 % (27), mala percepción de su apariencia física 60.6% (20), el 84.8% (28) tiene mala percepción de su ansiedad, 57.6 (19) con nivel bajo de popularidad, en el 45.5% (15) su nivel de felicidad / satisfacción es normal y el 42.4% (14) bajo. Tener padres entre los 31 a 40 años en el 78.8% (26), el 75.8% (25) casados y madre dedicada al hogar 45.5% (15). Sus padres les dedican de 1-2 Hrs 24.2% (8) y 11 hrs o mas 21.2% (7). Pertenecientes a un estrado socioeconómico bajo 48.5 (16) y medio bajo 45.5% (15), con crisis familiares mínimas 51.5% (17) y leve 33.3% (11). Pertenecientes a familias con cohesión de tipo relacionada en el 45.5% (15) y Semirrelacionada 30.3%(10), en cuanto al grado de adaptabilidad son del tipo caótica 42.5% (14), flexible 24.2 % (8) y estructurada 30.3% (10). Sus padres tienen rasgos de depresión en el 18.2 % (6) y con rasgos de ansiedad en un 45.5% (15). (Tablas 8,9,10,11,12)

Características de los escolares con nivel de ansiedad normal: a los 8 años no se encontró a ningún niño con niveles altos de ansiedad y a los 11 años el 30.2% (49) presentaban un nivel normal, los escolares del sexo femenino el 54.9% (89) con poca diferencia del masculino el 45.1% (49), que se encuentran cursando el 6º grado 27.8% (45) y 5º año 30.9% (50), aquellos que tienen un hermano 45.7% (74) y fueron el primogénito 41.4% (67) y el segundo hijo 43.2 (70). Con un nivel académico medio 68.5% (111). Su nivel de estrés en el 58.0% (94) fue medio y 38.9% (63) nulo. Con presencia de Ataque de pánico en el 8.0% (13), Fobia social 5.6% (9), Ansiedad Generalizada 10.5% (17), Miedo al daño físico 24.1% (39), Ansiedad por separación 22.2% (36), con trastorno obsesivo – compulsivo 8.0% (13). Al menos el 42.0% (68) con autoestima baja y con 29.0% (47) con nivel normal y alto cada uno, con percepción de un comportamiento normal y bueno en el 36.4% (59) cada uno, un bajo intelecto 64.2% (104), mala percepción de su apariencia física 48.8% (79) y normal en el 36.4% (59), el 54.3% (88) tiene mala percepción de su ansiedad, 37.6% (61) con nivel alto de popularidad, en el 45.1% (73) su nivel de felicidad / satisfacción es normal y el 30.2% (49) alto. Tener padres entre los 31 a 40 años en el 67.3% (109), el 82.1% (133) casados y madre dedicada al hogar 48.1% (78). Sus padres les dedican de 3-6 hrs 43.9% (71). Pertenecientes a un estrado socioeconómico bajo 46.3 (75) y medio bajo 39.5% (64), con crisis familiares mínimas 80.2% (130). Pertenecientes a familias con cohesión de tipo relacionada en el 38.3% (62) y Semirrelacionada 24.7%(40) y aglutinada 21.6% (35), en cuanto al grado de adaptabilidad son del tipo caótica 47.5% (77), flexible 23.5 % (38) y estructurada 24.7% (40). Sus padres tienen rasgos de depresión en el 16.0 % (26) y con rasgos de ansiedad en un 35.8% (58). (Tablas 8,9,10,11,12)

Los **factores que se relacionan con ansiedad** son tener un mal comportamiento ($p=0.000$); la baja autoestima y niveles altos de ansiedad son estadísticamente significativos ($p=0.000$), los escolares que no son populares ($p=0.001$); no sentirse feliz y satisfecho ($p=0.000$). Contrariamente aquellos escolares con ansiedad no se perciben así mismos como ansiosos ($p=0.000$). Los escolares cuyas familias atravesaron por crisis familiares mínimas o leves no se relacionan con nivel alto de ansiedad ($p=0.005$) (Tabla 12).

TABLA 1: CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ESCOLARES

DATOS A EVALUAR	N	PORCENTAJE (%)
EDAD (años)		
8	20	10.3
9	38	19.3
10	60	30.8
11	55	28.2
12	22	11.3
GENRO		
Femenino	103	52.8
Masculino	92	47.2
NUMERO DE HIJO		
1º	81	41.5
2º	79	40.5
3º	27	13.8
4º	8	4.1
NUMERO DE HERMANOS		
0	13	6.7
1	89	45.6
2	69	35.4
3	24	12.3
GRADO ACADEMICO		
3º	37	19.0
4º	42	21.5
5º	60	30.8
6º	56	28.7
PROMEDIO ACADEMICO		
Bajo	4	2.1
Medio	134	68.7
Alto	57	29.2

TABLA 2: NIVELES DE ESTRES

NIVEL DE ESTRÉS	N	PORCENTAJE (%)
NULO	66	33.8
MEDIO	119	61.0
ALTO	10	5.2

TABLA 3: FACTORES ESTRESORES DEL ESCOLAR

FACTORES DE ESTRÉS		N	PORCENTAJE (%)
ANSIEDAD			
SCORE GLOBAL	NORMAL	162	83.1
	ALTO	33	16.9
ATAQUE PANICO	NORMAL	161	82.6
	ALTO	34	17.4
FOBIA SOCIAL	NORMAL	168	86.2
	ALTO	27	13.8
ANSIEDAD GENERALIZADA	NORMAL	156	80.0
	ALTO	39	20.0
MIEDO DAÑO FISICO	NORMAL	135	69.2
	ALTO	60	30.8
ANSIEDAD POR SEPARACION	NORMAL	136	69.7
	ALTO	59	30.3
TRANSTORNO O-C	NORMAL	166	85.1
	ALTO	29	14.9

TABLAS 4: FACTORES PSICOLOGICOS DEL ESCOLAR

FACTORES PSICOLOGICOS		N	PORCENTAJE (%)
AUTOCONCEPTO			
SCORE GLOBAL	BAJO	89	45.6
	NORMAL	58	29.7
	ALTO	48	24.6
COMPORTAMIENTO	MALO	60	30.8
	NORMAL	71	36.4
	BUENO	64	32.8
INTELLECTUAL	BAJO	131	67.2
	NORMAL	57	29.2
	ALTO	7	3.6
FISICO	MALO	99	50.8
	NORMAL	69	35.4
	BUENO	27	13.8
ANSIEDAD	BAJO	116	59.5
	NORMAL	46	23.6
	ALTO	33	16.9
POPULARIDAD	BAJO	64	32.8
	NORMAL	63	32.3
	ALTO	68	34.9
FELICIDAD / SATISFACCION	BAJO	54	27.7
	NORMAL	88	45.1
	ALTO	53	27.2

TABLA 5: CARACTERISTICAS SOCIALES

DATOS A EVALUAR	N	PORCENTAJE (%)
EDAD (años)		
26 – 30	39	20.1
31 - 35	74	37.9
36 – 40	61	31.2
41 – 45	14	7.2
46 – 50	5	2.6
> 50	2	1.0
GENRO		
Femenino	152	77.9
Masculino	43	22.1
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	10	5.1
CASADO	158	81.0
UNION LIBRE	24	12.3
VIUDO	3	1.5
OCUPACION		
HOGAR	93	47.7
PROFESIONISTA	71	36.4
NO PROFESIONITA	29	14.9
DESEMPLEADO	2	1.0
NIVEL SOCIOECONOMICO		
ALTO	4	2.1
MEDIO ALTO	20	10.3
MEDIO BAJO	79	40.5
BAJO	91	46.7
MARGINAL	1	0.5
TIEMPO DEDICADO AL HIJO		
1 - 2 hrs	36	18.4
3 – 4 hrs	51	26.1
5 – 6 hrs	29	14.9
7 – 8 hrs	16	8.2
9 – 10 hrs	24	12.4
> 11	39	19.9

TABLA 6: CARACTERISTICAS FAMILIARES

CARACTERISTICAS FAMILIARES		N	PORCENTAJE (%)
CRISIS FAMILIAR			
	Mínima	147	75.4
	Leve	26	13.3
	Moderada	14	7.2
	Severa	8	4.1
COHESION			
	No relacionada	29	14.9
	Semirrelacionada	50	25.6
	Relacionada	77	39.5
	Aglutinada	39	20.0
ADAPTABILIDAD			
	Rígida	8	4.1
	Estructurada	50	25.6
	Flexible	46	23.6
	Caótica	91	46.7

TABLA 7: CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LOS PADRES

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS		N	PORCENTAJE (%)
DEPRESION			
	PRESENTE	32	16.4
	AUSENTE	163	83.6
ANSIEDAD			
	PRESENTE	73	37.4
	AUSENTE	122	62.6

TABLA 8: CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS ESCOLARES /NIVEL DE ANSIEDAD

		NIVELES DE ANSIEDAD				
CARACTERISTICAS	NORMAL		ALTO		*p	
	n= 162	%	n= 33	%		
EDAD (Años)						
	8	20	12.3	0	0.0	0.041
	9	32	19.8	6	18.2	
	10	45	27.8	15	45.5	
	11	49	30.2	6	18.2	
	12	16	9.9	6	18.2	
GENERO						
	FEMENINO	89	54.9	14	42.4	0.131
	MASCULINO	73	45.1	19	57.6	
GRADO						
	3º	31	19.1	6	18.2	0.915
	4º	36	22.2	6	18.2	
	5º	50	30.9	10	30.3	
	6º	45	27.8	11	33.3	
TOTAL DE HERMANOS						
	0	11	6.8	2	6.1	0.954
	1	74	45.7	15	45.5	
	2	58	35.8	11	33.3	
	3	19	11.7	5	15.2	
NUMERO DE HIJO						
	1	67	41.4	14	42.4	0.072
	2	70	43.2	9	27.3	
	3	18	11.1	9	27.3	
	4	7	4.3	1	3.0	
NIVEL ACADEMICO						
	BAJO	3	1.9	1	3.0	0.885
	MEDIO	111	68.5	23	69.7	
	ALTO	48	29.6	9	27.3	

TABLA 9: FACTORES ESTRESANTES / NIVELES DE ANSIEDAD

FACTORES ESTRESANTES	NIVELES DE ANSIEDAD GLOBAL				*p	
	NORMAL		ALTO			
	n= 162	%	n= 33	%		
NIVELES DE ESTRESS	NULO	63	38.9	3	9.1	0.000
	MEDIO	94	58.0	25	75.8	
	ALTO	5	3.1	5	15.2	
ATAQUE DE PANICO	NORMAL	149	92.0	12	36.4	0.000
	ALTO	13	8.0	21	63.6	
FOBIA SOCIAL	NORMAL	153	94.4	15	45.5	0.000
	ALTO	9	5.6	18	54.5	
ANSIEDAD GENERALIZADA	NORMAL	145	89.5	11	33.3	0.000
	ALTO	17	10.5	22	66.7	
MIEDO AL DAÑO FISICO	NORMAL	123	75.9	12	36.4	0.000
	ALTO	39	24.1	21	63.6	
ANSIEDAD POR SEPARACION	NORMAL	126	77.8	10	30.3	0.000
	ALTO	36	22.2	23	69.7	
TRANSTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO	NORMAL	149	92.0	17	51.5	0.000
	ALTO	13	8.0	16	48.5	

TABLA 10: CARACTERISTICAS SOCIALES / NIVEL DE ANSIEDAD

CARACTERISITCAS	NIVEL DE ANSIEDAD					
	NORMAL		ALTO		*p	
	n= 162	%	n= 33	%		
AUTOCONCEPTO GLOBAL						
	BAJO	68	42.0	21	63.6	0.005
	NORMAL	47	29.0	11	33.4	
	ALTO	47	29.0	1	3.0	
AUTOPÉRCEPCION DEL COMPORTAMIENTO						
	MALO	44	27.2	16	48.5	0.020
	NORMAL	59	36.4	12	36.4	
	BUENO	59	36.4	5	15.2	
AUTOPERCEPCION DEL INTELECTO						
	BAJO	104	64.2	27	81.8	0.136
	NORMAL	52	32.1	5	15.2	
	ALTO	6	3.7	1	3.0	
AUTOPERCEPCION FISICA						
	MALA	79	48.8	20	60.6	0.428
	NORMAL	59	36.4	10	30.3	
	BUENA	24	14.8	3	9.1	
AUTOPERCEPCION DE LA ANSIEDAD						
	BAJA	88	54.3	28	84.8	0.004
	NORMAL	42	25.9	4	12.2	
	ALTA	32	19.8	1	3.0	
POPULARIDAD						
	BAJA	45	27.8	19	57.6	0.004
	NORMAL	56	34.6	7	21.2	
	ALTA	61	37.6	7	21.2	
NIVEL DE FELICIDAD – SATISFACCION						
	BAJO	40	24.7	14	42.4	0.040
	NORMAL	73	45.1	15	45.5	
	ALTO	49	30.2	4	12.1	

TABLA 11: CARACTERISTICAS FAMILIARES / NIVEL DE ANSIEDAD

CARACTERISTICAS	NIVELES DE ANSIEDAD				*p	
	NORMAL		ALTO			
	n= 162	%	n= 33	%		
EDAD DE LOS PADRES						
	26 a 30	33	20.4	6	18.2	0.654
	31 a 35	61	37.7	13	39.4	
	36 a 40	48	29.6	13	39.4	
	41 a 45	13	8.0	1	3.0	
	46 a 50	5	3.1	0	0.0	
	51 o más	2	1.2	0	0.0	
GENERO DE LOS PADRES						
	FEMENINO	128	79.0	24	72.7	0.490
	MASCULINO	34	21.0	9	27.3	
ESTADO CIVIL						
	SOLTERO	9	5.6	1	3.0	0.302
	CASADO	133	82.1	25	75.8	
	UNION LIBRE	17	10.5	7	21.2	
	VIUDO	3	1.9	0	0.0	
OCUPACION						
	HOGAR	78	48.1	15	45.5	0.362
	PROFESIONISTA	61	37.7	10	30.3	
	NO PROFESIONISTA	21	13.0	8	24.2	
	DESEMPLEADO	2	1.2	0	0.0	
TIEMPO DEDICADO AL HIJO						
	1 a 2	28	17.3	8	24.2	0.355
	3 a 4	44	27.2	7	21.2	
	5 a 6	27	16.7	2	6.1	
	7 a 8	11	6.8	5	15.2	
	9 a 10	20	12.2	4	12.1	
	11 o más	32	19.8	7	21.2	
ESTRATO ECONOMICO						
	ALTO	4	2.5	0	0.0	0.742
	MEDIO ALTO	18	11.1	2	6.1	
	MEDIO BAJO	64	39.5	15	45.5	
	BAJO	75	46.3	16	48.5	
	MARGINAL	1	0.6	0	0.0	
RIESGO DE CRISIS FAMILIARES						
	MINIMO	130	80.2	17	51.5	0.001
	LEVE	15	9.3	11	33.3	
	MODERADO	12	7.4	2	6.1	
	SEVERO	5	3.1	3	9.1	
GRADO DE COHESION FAMILIAR						
	NO RELACIONADA	25	15.4	4	12.1	0.546
	SEMIRRELACIONADA	40	24.7	10	30.3	
	RELACIONADA	62	38.3	15	45.5	
	AGLUTINADA	35	21.6	4	12.1	
GRADO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR						
	RIGIDA	7	4.3	1	3.0	0.895
	ESTRUCTURADA	40	24.7	10	30.3	
	FLEXIBLE	38	23.5	8	24.2	
	CAOTICA	77	47.5	14	42.5	

TABLA 12: CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LOS PADRES / NIVEL DE ANSIEDAD

CARACTERISTICAS	NIVEL DE ANSIEDAD				*p	
	NORMAL		ALTO			
	n= 162	%	n= 33	%		
DEPRESION	SI	26	16.0	6	18.2	0.467
	NO	136	84.0	27	81.8	
ANSIEDAD	SI	58	35.8	15	45.5	0.198
	NO	104	64.2	18	54.5	

TABLA 13: FACTORES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD

ASOCIACION	OR	IC 95%	*p
ANSIEDAD/ PERCEPCION MAL COMPORTAMIENTO	2.12	1.15 – 3.90	0.015
ANSIEDAD/ AUTOESTIMA	2.08	1.09 – 4.00	0.000
ANSIEDAD/ BAJA POPULARIDAD	2.78	1.49 – 5.18	0.000
ANSIEDAD / INSATISFACCION	1.92	1.04 – 3.56	0.037
ANSIEAD/ PERCEPCION DE LA ANSIEDAD	3.81	1.54 – 9.45	0.000
ANSIEDAD / SIN CRISIS FAMILIARES	2.88	1.58 – 5.25	0.005

DISCUSIÓN

En este estudio se observó que para el desarrollo de ansiedad en el escolar, influyen factores psicológicos como la baja autoestima relacionada con la falta de popularidad, una mala percepción inadecuada de su comportamiento, sentirse infelices e insatisfechos y sociales como las crisis presentes en la familia de grado moderado a severo.; inherentes al ambiente escolar, sin dejar de lado su importancia en la formación del menor.

Nuestra investigación arrojó que el 16.9% de los escolares padecen un nivel alto de ansiedad, lo que concuerda con la prevalencia de ansiedad en la población infantil reportada en España por Alcántara y cols. que oscila de 5.6% a 21% en su estudio *Características y prevalencia de los problemas de ansiedad y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist)* ⁽¹¹⁾ y con el último reporte de México en 2000 que fue de 14.8% por el INEGI⁽¹³⁾.

A pesar de que es un porcentaje bajo con un alto score global de ansiedad, para los diferentes subtipos de ansiedad arrojaron que una tercera parte de los escolares niños tiene miedo al daño físico, lo que es un reflejo del ambiente familiar y sus métodos de crianza como lo reporta el INEGI en su encuesta 2000 que el 30.4% de los hogares tiene maltrato infantil y Gaxiola y col reportaron en su estudio *las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio en madres mexicanas* que al menos el 70% de las madres agreden físicamente a los menores, esto podría perpetuar una conducta de violencia familiar.⁽²⁷⁾

La ansiedad por separación ocupó el segundo lugar con otra tercera parte de los encuestados en este caso a pesar de que casi el cincuenta por ciento de los padres participantes eran las mamás dedicadas al hogar, la ansiedad puede ser desencadenada por el temor de ser abandonado por estas que otorgan los cuidados y el afecto, hubiera sido importante averiguar quién es el encargado del escolar en estas familias (vecinos, abuelos, primos o hermanos mayores) como lo sugiere Liu y cols. en *The effects of age at separation from parents on chinese rural children's symptoms of anxiety and depression* que la edad de mayor ansiedad por separación es entre los 7 a 12 años hasta en un 23 a 28%⁽²⁸⁾. En el desarrollo del individuo una parte fundamental es la autonomía, en nuestra sociedad es cada vez más frecuente el apego patológico hacia alguno de los progenitores, esto es fomentado en gran medida por la sobreprotección materna, ocasionando en el niño un miedo irracional hacia la repentina desaparición de los padres la cual se agrava con la entrada del niño al sistema escolarizado.⁽²⁹⁾

Aunque este grupo de edad fue el estudiado en nuestra investigación se observó que la edad de mayor ansiedad fue entre los 10 y 11 años, que concuerdan con el inicio de la pubertad en los varones y con los escolares que cursan los dos últimos grados de la educación primaria, es por tanto una etapa de transición importante y a pesar de que en este estudio no fue estadísticamente significativo en la literatura se reporta que aumenta la ansiedad con los cambios físicos y bioquímicos súbitos, correlacionándolos con el medioambiente, y su estructura genética, independientemente del género, modelo propuesto por Franic y cols.⁽³⁰⁾ En su estudio *Childhood and adolescent Anxiety and Depression: Beyond Heritability*. Por las características de nuestra población predominó en el sexo femenino aun así más del cincuenta por ciento con ansiedad son varones, ambos géneros estas sujetos a roles de género, las mujeres

siempre han tenido mayor libertad para expresar emociones en cambio los varones al no poder externalizar su ansiedad tienden a manifestarse con síntomas inespecíficos (asma, dolor abdominal, cefalea etc.) de acuerdo con lo reportado en *Child and family psychiatric and psychological factors associated with child physical health problems* de Feldman y cols⁽³⁰⁾. En cambio las características sociales como el grado escolar, el promedio académico, el número de hermanos así como el lugar que ocupa entre los hijos no fueron factores determinantes de ansiedad en los escolares estudiados.

En los factores psicológicos observamos que entre más baja autoestima, menor nivel de popularidad mayor ansiedad y sobre todo aquellos niños que no se perciben felices. En contraste los niños con ansiedad no son capaces tampoco de percibir su estado son ansiosos, y probablemente los padres tampoco. Estadísticamente la percepción del físico y del intelecto no reportaron correlación. A pesar de eso, los resultados concuerdan con Maldonado y cols. En su tesis doctoral *Relación entre auto concepto y ansiedad* ⁽¹⁹⁾ se obtiene que el nivel de ansiedad es inversamente proporcional con el nivel de autoestima.

En cuanto a las características y el ambiente familiar del escolar, aquellos cuyas familias atraviesan por crisis leves a moderadas no tienen ansiedad. No se encontró asociación con las características de los padres como la edad, el estado civil, la ocupación, el tiempo dedicado a su hijo o el grado de cohesión o adaptabilidad de la familia. En este estudio la presencia de depresión en los padres nos llama la atención que no se relacionó con el nivel de ansiedad de los hijos. Valdría la pena profundizar en este aspecto ya que de acuerdo a la literatura la familia al ser la formadora de la personalidad en las primeras etapas de la infancia cobra un papel importante en el infante. ^(5, 6, 10, 18) y probablemente los instrumentos

aplicados no fueron los adecuados para este estudio o se están obteniendo resultados no acordes a lo esperado al darnos cuenta que los padres no son capaces de identificar los síntomas de los hijos sobre este padecimiento como es la baja autoestima, los miedos, inseguridad, insatisfacción, falta de aceptación, etc.

Concluimos que los principales factores que tienen influencia para el desarrollo de un nivel alto de ansiedad en el escolar se cuenta la edad dentro del factor biológico, el nivel de autoestima o autoconcepto, la autopercepción del comportamiento, la popularidad y el nivel de felicidad y satisfacción como factores psicosociales, es importante remarcar que en nuestra muestra los escolares reportaron ser incapaces de reconocer su nivel de ansiedad, por tanto valdría la pena implementar una nueva búsqueda de los síntomas clave para la ansiedad en el menor y alguna intervención para que los padres puedan darse cuenta a tiempo las causas y solicitar el tratamiento oportuno con su médico familiar.

CONCLUSIONES

La edad promedio del escolar fue de 10 ± 1.1 años, predominando el sexo femenino cursando el grueso de la población en 5° grado y 6° grado; la mayoría de los estudiantes eran los hijos mayores, y el 45.6 % solo tenía un hermano, con un máximo de hasta 3 hermanos. Respecto a lo académico el 68.7% de los estudiantes se colocaron en el nivel medio con un promedio de calificación de 8.5 ± 0.8 .

Solo en el 16.9% del total de la población se determinó un nivel alto de ansiedad al evaluar las seis diferentes categorías de ansiedad logramos identificar: Miedo al daño físico un 30.8%; Ansiedad por separación 30.3%; Ansiedad generalizada 20.0%; Ataque de pánico y agorafobia 17.4%; Trastorno obsesivo-compulsivo 14.9% y Fobia social 13.8%.

Poco menos de la mitad de la población tiene autoestima baja (45.6%) y solo una cuarta parte autoestima alta. Observando mayor afección en un 67.2% bajo intelecto, 59.5% no perciben su ansiedad, el 50.8% no perciben ser atractivos a los demás, el 32.8% no son populares, al menos 30.8% dicen que se portan mal y el 27.7% no son felices.

Se observó que la edad promedio de los padres es de 35 ± 5.4 años, con una mínima de 26 años y una máxima de 62 años, las encuestas fueron respondidas en su mayoría por mujeres. El 81.0% se encuentran casados y poco menos de la mitad de las encuestadas se dedica al hogar. 35.4% son profesionistas con empleo fijo. Dedicando a su hijo de 5 ± 3.4 horas por día con un mínimo de una hora y un máximo de 16 hrs. Pertenecientes a familias con nivel socioeconómico bajo un 46.7% y el 40.5% al medio bajo, con un grado de cohesión en un 39.5% relacionada

y un 25.6% Semirrelacionada. Con respecto a la adaptabilidad el 46.7% son familias caóticas y el 25.6% son estructuradas

De acuerdo al análisis podemos concluir que aquellos factores que tienen mayor impacto para el desarrollo de la ansiedad en escolares son principalmente psicosociales y son en su mayoría individuales y del ambiente escolar. Aquellos niños que perciben tener un mal comportamiento presentan niveles altos de ansiedad, así mismo la relación entre una autoestima baja y ansiedad también fue significativa. Los escolares que no son populares o no se perciben atractivos ante sus compañeros demostraron ansiedad. En cuanto al índice de felicidad y satisfacción con los niveles de ansiedad se correlacionaron significativamente. Contrariamente aquellos escolares con ansiedad no se perciben así mismos como ansiosos. Finalmente los escolares cuyas familias atravesaron por crisis familiares mínimas o leves no se reportaron ansiosos.

RECOMENDACIONES

En muchos casos la ansiedad se desarrolla en edades tempranas, tanto que, en la mayoría de los pacientes no son detectados oportunamente, como médicos familiares estamos encargados del bienestar físico y mental de cada integrante de la familia, por lo que es vital contar con un instrumento de fácil y rápida aplicación durante la consulta.

Así mismo es importante implementar pláticas para los padres y profesores de los escolares con la finalidad de enseñarles a identificar la ansiedad y eliminar la creencia de que es normal que los niños y adolescentes tengan una autoestima baja, o simplemente no sean felices en su ambiente escolar y familiar.

Afortunadamente la mayoría de los escolares con ansiedad son tratables con intervenciones o modificaciones en estos ambientes principalmente en el familiar, logrando un espacio de confianza y seguridad. Se requiere tiempo, pero también es importante lo que se hará durante ese espacio, el así llamado "tiempo de calidad" tan necesario para la formación de la personalidad de los niños. Tradicionalmente la madre es la encargada del niño hasta su entrada al sistema escolar, enseña a hablar, a caminar, a sociabilizar y orienta a enfrentar los problemas, si el fenómeno de sobreprotección o por lo contrario el abandono continúan el escolar jamás podrá valerse por sí mismo sin importar su edad. Los padre son el primer modelo a seguir para los niños, tal vez el manejo de la ansiedad en los padres vaya más allá de pláticas, se requiere una capacitación y evaluación continua con enseñanza de estrategias eficaces de afrontamiento para transmitir el ejemplo y que sus hijos también sean y se sientan valorados.

REFERENCIAS

1. Ochando PG, Peris CS. La ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*. 2008; 9 (2): 901-9
2. DSM IV Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales [Base de datos en internet]. Red Psygnos [actualizada abril 2013; acceso 28 de abril 2013]. Disponible en:
<http://www.psygnos.net/biblioteca/DSM/Dsmansgener.htm>
3. Clasificación de trastornos mentales CIE 10 Criterios de la OMS [Base de datos en Internet]. PsicoActiva [actualizada enero 2013; accesos 28 abril 2013]. Disponible en:
http://www.p psicoactiva.com/cie10/cie10_25.htm
4. Murray L, Creswell C, Cooper PJ. The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological Medicine*. 2009; (39): 1413 – 1423
5. Mancini C, Patterson B, Senaratne R, Van Ameringen M. The burden of Anxiety Disorders on the Family. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010; 198 (12): 876 – 880
6. Reef J, Van der Ende J, Van Meurs I, Verhulst FC. Children's problems predict adults' DSM-IV disorders across 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010; 49 (11): 1117 – 1124

7. Bolton D, Eley TC, O'Connor TG, Perrin S, Rijdsdijk F. Obsessive-compulsive disorder, tics and anxiety in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*. 2007; (37): 39 – 48
8. Caspi A, Goldberg D, Harrington H, Milene BJ, Moffitt TE, Poulton R. Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*. 2007; (37): 441 – 452
9. Scott S. Parenting quality and children's mental health: biological mechanisms and psychological interventions. *Child and adolescent psychiatry*. 2012; 25 (4): 301 – 6
10. Caballero R, Padilla EM, Rodríguez Franco L, Rodríguez J. Ansiedad en hijos de padres alcohólicos en tratamiento. *Psicothema*. 2002; 14 (1): 9 – 18
11. Alcántara MV, Castro M, Fernández V, López Pina JA, López Soler C. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*. 2010; 26 (2): 325 – 334
12. Cárdenas EM, Feria M, Palacios L, Peña F. Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. 1ª ed. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2010

13. Lara AC, Morales G, Villaseñor SJ, Virgen R. Los trastornos de ansiedad. En Revista Digital Universitaria [Internet]. 2005 [consulta el 11 de noviembre de 2012]; 6 (1): 1 – 11. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/art109.htm>
14. Borrero PE, Castrillon DA. Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STATIC) en niños escolarizados de 8 y 15 años. En Acta Colombiana de Psicología. 2005; (13) 790 -90
15. Hernández - Guzmán et al. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). En Revista Latinoamericana de Psicología. 2010; 42 (1): 13 – 24
16. Chorot P, Sandin B, Santed MA, Valiente RM. Análisis factorial confirmatorio del Indica de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. En Psicothema. 2002; 14 (2): 333 – 9
17. Bobes MA, Carot JM, Jover M, Llácer Blanca, Sanjuan J. Adaptación española de la EAS Temperament Survey para la evaluación del temperamento infantil. En Psicothema. 2011; 23 (1): 160 – 166
18. Huerta Gonzales JL, Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México: Editorial Alfil; 2005.
19. Maldonado González A, Cañón Daza L, Gantiva Díaz. Relación entre auto concepto y ansiedad [Tesis Doctoral]. Colombia: Grupo de Investigación de la Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y Adolescencia, Universidad de la Sabana; 2012

20. López H. Nivel Socioeconómico AMAI. [Monografía en internet]. México: INEGI ; 2008 [acceso 28 abril 2013]. Disponible en: www.inegi.org.mx/rne/docs/Pdfs/Mesa4/20/HeribertoLopez.pdf
21. Trianes Torres MV et al. Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de estresores Cotidianos (IIEC). En Psicothema. 2009; 21 (4): 598 - 603
22. Sandoval Magaña MA. Taller de Herramientas Utilizadas en un estudio de Salud Familiar. México. 2009; pp 10 -28.
23. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35ª asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.
24. Secretaria de Salud [base de datos en Internet]. Ley general de Salud. Distrito Federal, México [actualizada 18 diciembre 2007; acceso 30 abril 2013]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>
25. Ferro M, Molina L, Rodríguez W. La Bioética y sus principios. Acta Odontológica Venezolana (Carc). 2009; 4 (2): 1-6
26. Tribunal Internacional de Núremberg. Código de Núremberg. Alemania 1946

27. Gaxiola RJ, Frias AM. Las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio en madres mexicanas. En Revista Mexicana de Psicología. 2005; 22 (2): 363 – 374
28. Lui X, Xiaojia G, Xinying L,. Left too early: The effects of age at separation from parents on chinese rural children´s symptoms of anxiety and depression. En American Journal of Public Health. 2009; 99 (11): 2049 – 2054
29. Psicología del niño y del adolescente 1ª ed. España: Océano Grupo Editorial, 2001, De la concepción a la autonomía p: 38 – 58
30. Franic S, Boomsma DI, Dolan CV, Middeldorp CM, Ligthart L. Childhood and adolescent Anxiety and Depression: Beyond Heritability. En Journal of the American academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2010; 49 (8): 820 – 829
31. Feldman JM, Canino G, Koinis-Mitchell D, Kuo AA, Ortega AN. Child and family psychiatric and psychological factors associated with child physical health problems. En The Journal of Nervous and Mental Disease. 2010; 198 (4): 272 – 279

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
ANSIEDAD EN NIÑOS DE NIVEL ESCOLAR Y FACTORES DE RIESGO
PSICOSOCIALES

NOMBRE _____ ¿QUE EDAD TIENES? _____

¿EN QUE AÑO VAS? _____ ¿CUANTOS HERMANOS TIENES? _____

YO SOY EL HIJO NUMERO 1 2 3 4 5 6

CUAL FUE TU PROMEDIO EN LA ESCUELA EL AÑO PASADO _____

POR FAVOR MARCA CON UNA X SI O NO DE ACUERDO A LO QUE TE HA PASADO
Recuerda, no hay respuestas buenas ni malas

Eventos estresantes	SI	NO
1. En este año escolar he estado enferma/o varias veces		
2. Me siento mal muy a menudo (dolor de cabeza, de estómago, mareo, etc)		
3. En ocasiones como mucho o muy poco		
4. Me sobresalto o asusto por cualquier cosa		
5. Tengo pesadillas		
6. Paso mucho tiempo sin hacer nada		
7. Me preocupa mi apariencia (me veo gordo/a o muy flaca/o, feo etc)		
8. Me cuesta mucho trabajo concentrarme en una tarea o terminar un trabajo		
9. Me canso muy fácil		
10. Siempre me estoy moviendo, nunca puedo estar quieta/o		
11. Mis papas me regañan por comer muchos dulces (papas, refrescos, chicharrones)		
12. Mis papas me llevan muchas veces al doctor		
13. Normalmente saco malas notas		
14. Me han cambiado a mi maestra/o de repente		
15. Mis maestros/as son muy exigentes conmigo		
16. Participo en muchas actividades fuera de la escuela (natación, karate, etc)		
17. En la escuela mis compañeros me molestan mucho		
18. Las tareas que me dejan en la escuela se me hacen muy difíciles		
19. Visito poco a mis familiares (abuelos/as, tíos/as, primos/os, etc)		
20. Paso mucho tiempo solo/a en casa		
21. Paso poco tiempo con mis padres		
22. Mis papas me piden que haga más cosas de las yo puedo hacer		
23. Hay problemas económicos en mi casa		
24. Mi papa/mama tiene malos hábitos (bebe, fuma mucho, etc)		
25. Recientemente ha enfermado un familiar cercano		

TOTAL _____

POR FAVOR MARCA CON UNA X LA FRECUENCIA CON QUE TE OCURREN LAS SIGUIENTES SITUACIONES (recuerda no hay respuestas buenas o malas)

ESCALA DE ANSIEDAD	NUNCA	AVECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1.Hay cosas que me preocupan				
2.Me da miedo la oscuridad				
3.Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estomago				
4.Tengo miedo				
5.Tendría miedo si me quedara solo en casa				
6.Me da miedo hacer un examen				
7.Me da miedo usar lo baños públicos				
8.Me preocupo cuando estoy lejos de mis papas				
9.Tengo miedo hacer el ridículo delante de la gente				
10.Me preocupa hacer mal las tareas de la escuela				
11.Soy popular entre los niños y niñas de mi edad ---				
12.Me preocupa que algo malo le pase a alguien de mi familia				
13.De repente siento que no puedo respirar sin motivo				
14.Necesito comprobar muchas veces que he hecho bien las cosas (cerrar puertas, apagar luz, etc)				
15.Me da miedo dormir solo				
16.Estoy nervioso o tengo miedo de ir por las mañanas a la escuela				
17.Soy bueno en los deportes ----				
18.Me dan miedo los perros				
19.No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas				
20.Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte				
21.De repente empiezo a temblar sin motivo				
22.Me preocupa que algo malo pueda pasarme				
23.Me da miedo ir al doctor o al dentista				
24.Cuando tengo un problema me siento nervioso				
25.Me dan miedo las alturas o los elevadores				
26.Soy buena persona -----				
27.Tengo pensar en algo especial para evitar que algo malo pase (un numero o una palabra)				
28.Me da miedo viajar en coche, autobús o tren				
29.Me preocupa lo que las otras personas piensan de mi				
30.Me da miedo los lugares con mucha gentes (cines, metro, autobuses, parques)				
31. Me siento feliz ----				
32.De repente me da mucho miedo sin motivo				
33.Me dan miedo las araña o los insectos				
34.De repente me mareo o siento que me voy a desmayar sin motivo				
35.M e da miedo hablar en frente de mis compañeros				
36.De repente mi corazón late muy rápido sin motivo				

37.Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer				
38.Me gusta como soy				
39.Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados				
40.Tengo que hacer las cosas varias veces (lavarme las manos, limpiar o acomodar las cosas de cierto modo)				
41.Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente				
42.Tengo que hacer las cosas de cierta manera específica para evitar que pasen cosas malas				
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela				
44.Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa				

TOTALES A.P. / A. _____ A.S _____
F. S. _____ T.O.C. _____
A.G. _____ Total _____

ESCALA DE AUTOPERCEPCION

POR FAVOR MARCA CON UNA X LA RESPUESTA QUE MEJOR SE PAREZCA A TI
(recuerda no hay respuestas buenas o malas)

1	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MÍ	SI	NO
2	SOY UNA PERSONA FELIZ	SI	NO
3	ME RESULTA DIFÍCIL ENCONTRAR AMIGOS	SI	NO
4	ESTOY TRISTE MUCHAS VECES	SI	NO
5	SOY LISTO/A	SI	NO
6	SOY TÍMIDO/A	SI	NO
7	ME PONGO NERVIOSO CUANDO PREGUNTA EL PROFESOR	SI	NO
8	MI CARA ME DISGUSTA	SI	NO
9	CUANDO SEA MAYOR VOY A SER UNA PERSONA IMPORTANTE	SI	NO
10	ME PREOCUPO MUCHO CUANDO TENEMOS UN EXÁMEN	SI	NO
11	CAIGO MAL EN CLASE	SI	NO
12	ME PORTO MAL EN CLASE	SI	NO
13	CUANDO ALGO VA MAL SUELE SER POR CULPA MÍA	SI	NO
14	CREO PROBLEMAS A MI FAMILIA	SI	NO
15	SOY FUERTE	SI	NO
16	TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
17	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE EN MI FAMILIA	SI	NO
18	GENERALMENTE QUIERO SALIRME CON LA MÍA	SI	NO
19	TENGO HABILIDAD CON LAS MANOS	SI	NO
20	CUANDO LAS COSAS SON DIFÍCILES LAS DEJO SIN HACER	SI	NO
21	HAGO BIEN MI TRABAJO EN EL COLEGIO	SI	NO
22	HAGO MUCHAS COSAS MALAS	SI	NO
23	DIBUJO BIEN	SI	NO
24	SOY BUENO PARA LA MÚSICA	SI	NO
25	ME PORTO MAL EN CASA	SI	NO
26	SOY LENTO HACIENDO MI TRABAJO EN EL COLEGIO	SI	NO
27	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE DE MI CLASE	SI	NO
28	SOY NERVIOSO/A	SI	NO
29	TENGO LOS OJOS BONITOS	SI	NO
30	DENTRO DE CLASE PUEDO DAR UNA BUENA IMPRESIÓN	SI	NO
31	EN CLASE SUELO ESTAR EN LAS NUBES	SI	NO
32	FASTIDIO A MIS HERMANOS/AS	SI	NO
33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	SI	NO
34	ME METO EN PROBLEMAS A MENUDO	SI	NO
35	SOY OBEDIENTE EN CASA	SI	NO
36	TENGO SUERTE	SI	NO
37	ME PREOCUPO MUCHO POR LAS COSAS	SI	NO
38	MIS PADRES ME EXIGEN DEMASIADO	SI	NO
39	ME GUSTA SER COMO SOY	SI	NO
40	ME SIENTO UN POCO RECHAZADO/A	SI	NO

41	TENGO EL PELO BONITO	SI	NO
42	A MENUDO ME OFRESCO VOLUNTARIO/A EN CLASE	SI	NO
43	ME GUSTARÍA SER DISTINTO/A DE CÓMO SOY	SI	NO
44	DUERMO BIEN POR LA NOCHE	SI	NO
45	ODIO EL COLEGIO	SI	NO
46	ME ELIGEN DE LOS ÚLTIMOS PARA JUGAR	SI	NO
47	ESTOY ENFERMO FRECUENTEMENTE	SI	NO
48	A MENUDO SOY ANTIPÁTICO/A CON LOS DEMÁS	SI	NO
49	MIS COMPAÑEROS PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	SI	NO
50	SOY DESGRACIADO/A	SI	NO
51	TENGO MUCHOS AMIGOS/AS	SI	NO
52	SOY ALEGRE	SI	NO
53	SOY TORPE PARA LA MAYORÍA DE LAS COSAS	SI	NO
54	SOY GUAPO/A	SI	NO
55	CUANDO TENGO QUE HACER ALGO LO HAGO CON GANAS	SI	NO
56	ME PELEO MUCHO	SI	NO
57	CAIGO BIEN A LAS CHICAS	SI	NO
58	LA GENTE SE APROVECHA DE MÍ	SI	NO
59	MI FAMILIA ESTÁ DESILUSIONADA CONMIGO	SI	NO
60	TENGO UNA CARA AGRADABLE	SI	NO
61	CUANDO TRATO DE HACER ALGO TODO PARECE SALIR MAL	SI	NO
62	EN MI CASA SE APROVECHAN DE MÍ	SI	NO
63	SOY UNO/A DE LOS MEJORES EN JUEGOS Y DEPORTES	SI	NO
64	SOY POCO HABIL, TORPE	SI	NO
65	EN JUEGOS Y DEPORTES, MIRO PERO NO PARTICIPO	SI	NO
66	SE ME OLVIDA LO QUE APRENDO	SI	NO
67	ME LLEVO BIEN CON LA GENTE	SI	NO
68	ME ENFADO FÁCILMENTE	SI	NO
69	CAIGO BIEN A LOS CHICOS	SI	NO
70	LEO BIEN	SI	NO
71	ME GUSTA MÁS TRABAJAR SOLO QUE EN GRUPO	SI	NO
72	ME LLEVO BIEN CON MIS HERMANOS/AS	SI	NO
73	TENGO UN BUEN FISICO	SI	NO
74	SUELO TENER MIEDO	SI	NO
75	SIEMPRE ESTOY ROMPIENDO COSAS	SI	NO
76	SE PUEDE CONFIAR EN MÍ	SI	NO
77	SOY UNA PERSONA RARA	SI	NO
78	PIENSO EN HACER COSAS MALAS	SI	NO
79	LLORO FÁCILMENTE	SI	NO
80	SOY UNA BUENA PERSONA	SI	NO

TOTALES; AC ____ AI ____ AF ____ FA ____ P ____ F-S ____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION.

México D.F a _____ de _____ del 2013

Por medio de la presente autorizo que mi _____

Participe en el protocolo de investigación titulado:

ANSIEDAD EN NIÑOS DE NIVEL ESCOLAR Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES.

Resgistrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es: Determinar factores de riesgo psicosociales asociados al nivel de ansiedad en niños escolares de 9 a 12 años

Se me ha explicado que mi participación consistirá en : EN CONTESTAR UNA ENCUESTA

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las prestaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los resultados relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal.

Dra. Santa Vega Mendoza 11660511

Nombre, firma, matricula del investigador responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio. Al Tel: 55874422 ext. 15320 y 15368

Testigos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
 ANSIEDAD EN NIÑOS DE NIVEL ESCOLAR Y FACTORES DE RIESGO
 PSICOSOCIALES

NOMBRE _____ EDAD _____

ESTADO CIVIL _____ OCUPACION _____

¿CUANTO TIEMPO DEDICA A SU HIJO DURANTE EL DIA? _____ HRS

<p>Favor de marcar el numero mas indicado para usted en el p Profesión del encuestado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2) Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc. 3) Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa 4) Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc. 5) Obrero no especializado, servicio doméstico etc. 	()
<p>Nivel de instrucción del encuestado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Universidad o su equivalente 2) Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa 3) Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos) 4) Educación primaria completa 5) Primaria incompleta, analfabeta 	()
<p>Principal fuente de ingresos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fortuna heredada o adquirida repentinamente (juegos de azar, etc.) 2) Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios Profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales 3) Sueldo quincenal o mensual 4) Salario diario o semanal 5) Ingresos de origen público o privado (subsidios, pensionado, jubilado) 	()
<p>Condiciones de la Vivienda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias 2) Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias 3) Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias 4) Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias 	()

FAVOR DE SUBRAYAR LOS EVENTOS QUE LE HAYAN PASADO EN ESTOS
ULTMOS OCHO MESES (ESCALA DE HOLMES PARA EVENTOS ESTRESANTES)

1. Muerte del cónyuge (Su pareja) _____
 2. Divorcio _____
 3. Separación _____
 4. Privación de la libertad (secuestro) _____
 5. Muerte de un familiar próximo _____
 6. Enfermedad o incapacidad, graves _____
 7. Matrimonio _____
 8. Perder el empleo _____
 9. Reconciliación con su pareja _____
 10. Jubilación _____
 11. Enfermedad de un pariente cercano _____
 12. Embarazo _____
 13. Problemas sexuales _____
 14. Llegada de un nuevo miembro a la familia _____
 15. Cambios importantes en el trabajo _____
 16. Cambios importantes a nivel económico _____
 17. Muerte de un amigo íntimo _____
 18. Cambiar de empleo _____
 19. Discusiones con la pareja (cambio significativo) _____
 20. Pedir una hipoteca (préstamo) de alto valor _____
 21. Hacer efectivo un préstamo _____
 22. Cambio de responsabilidades en el trabajo _____
 23. Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad) _____
 24. Problemas con la ley _____
 25. Logros personales excepcionales (terminar una carrera, etc) _____
 26. La pareja comienza o deja de trabajar _____
 27. Se inicia o se termina el ciclo de escolarización _____
 28. Cambios importantes en las condiciones de vida _____
 29. Cambio en los hábitos personales _____
 30. Problemas con el jefe _____
 31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo _____
 32. Cambio de domicilio _____
 33. Cambio a una escuela nueva _____
 34. Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones _____
 35. Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas _____
 36. Cambio en las actividades sociales (iglesia, gimnasia, etc) _____
 37. Pedir una hipoteca o préstamo menor _____
 38. Cambios en los hábitos del sueño _____
 39. Cambios en el número de reuniones familiares _____
 40. Cambio en los hábitos alimentarios _____
 41. Vacaciones _____
 42. Navidades _____
 43. Infracciones menores de la ley _____
- TOTAL _____

POR FAVOR RESPONDA COLOCANDO UNA X EN DONDE MEJOR SE AJUSTE A SU FAMILIA EN CADA ENUNCIADO

FACES III	NUNCA 1	CASI NUCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2. En nuestra familia se toman en cuenta la sugerencia de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos					
6. cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente					
13. Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Total nones _____

Total pares _____

FAVOR DE MARCAR CON UNA X SI O NO DE ACUERDO A SU SITUACION EN LOS ULTIMOS 15 DIAS

ESCALA GOLDBER ANSIEDAD	SI	NO
¿Se ha sentido muy nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
Ha tenido dificultad para relajarse?		
3+		
¿Ha dormido mal, o ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
¿Ha tenido: temblores, hormigueos, mareo, sudores o diarrea?		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño o quedarse dormido?		
ESCALA DE GOLDBER DEPRESION		
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en si mismo?		
¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?		
2+		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido enlentecido, sin energías?		
¿Cree usted que casi siempre se encuentra peor por las mañanas?		

TOTAL A _____

TOTAL D _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha	El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar Numero 20 "Vallejo" Distrito Federal, a __ del mes de _____ del 2013
Por medio de la presente autorizo	_____
participar en el protocolo de investigación titulado	ANSIEDAD EN NIÑOS DE NIVEL ESCOLAR Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	3404

- **El objetivo del estudio es:** Determinar factores de riesgo psicosociales asociados al nivel de ansiedad en niños escolares de 9 a 12 años
- **Se me ha explicado que mi participación consistirá:**

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Llenar un cuestionario con una ficha de identificación y de eventos individuales y familiares en este momento.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar oportunamente los eventos individuales y familiares que puedan repercutir en la actividad laboral y en caso de detectarse alguna alteración podrá orientarse para el manejo adecuado.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

	<p style="text-align: center;">Dra. Santa Vega Mendoza 11660511</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE</p>
<p style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA</p>	<p style="text-align: center;">R2MF Rodríguez Islas Sonia Isabel</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>

Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 08:00 a 15:00 hrs., de lunes a viernes al teléfono 55874422 ext. 15320 y 15368, en la Coordinación de Educación de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, Distrito federal, IMSS.

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1</p>	<p>LUGAR Y FECHA</p> <p>México DF a ___ de ___ del 2013</p> <p>UMF 20 IMSS</p>
<p>NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2</p>	<p>LUGAR Y FECHA</p> <p>México DF a ___ de ___ del 2013</p> <p>UMF 20 IMSS</p>