



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado
Subdivisión de Medicina Familiar
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado

Unidad Académica
Clínica de Medicina Familiar
“Gustavo A. Madero”
Ciudad de México

Frecuencia de Trastornos de ansiedad en niños y niñas
escolares de 10 a 12 años de edad de la escuela primaria
“Maestra María Guadalupe Núñez y Parra”
en el año 2015

Tesis para obtener el grado de especialista
en Medicina Familiar

Presenta

Médico Oscar Francisco Martínez Delgado

Asesor Metodológico

Médico Familiar Laura Elena Sánchez Escobar

Asesor Estadístico
Dr. Daniel López Hernández



Ciudad de México, 2016¹



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.

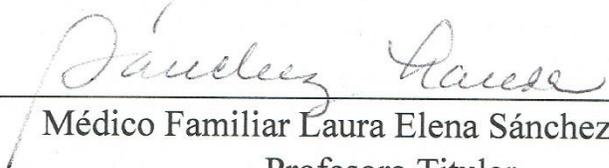
Frecuencia de Trastornos de ansiedad en niños y niñas escolares de 10 a 12 años de edad de la escuela primaria “Maestra María Guadalupe Núñez y Parra” en el año 2015

Tesis para obtener el grado en Medicina Familiar

Presenta

Medico Oscar Francisco Martínez Delgado

AUTORIZACIONES:


Médico Familiar Laura Elena Sánchez Escobar
Profesora Titular
Curso de especialización en Medicina Familiar
Clínica de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero”
Ciudad de México
Asesor Metodológico


Dr. Daniel López Hernández
Subdirección de prevención y protección a la salud
Dirección Médica, ISSSTE
Ciudad de México
Asesor Estadístico

Frecuencia de Trastornos de ansiedad en niños y niñas
escolares de 10 a 12 años de edad de la escuela primaria
“Maestra María Guadalupe Núñez y Parra” en el año 2015

Tesis para obtener el grado en Medicina Familiar

Presenta

Médico Oscar Francisco Martínez Delgado

Autoridades de la Clínica de Medicina Familiar
“Gustavo A. Madero”



Dra. Yocelyn Ruelas Sánchez
Directora de la Clínica de Medicina Familiar
“Gustavo A. Madero”



Dr. Luis Beltrán Lagunes
Jefe de enseñanza e investigación
Clínica de Medicina Familiar
“Gustavo A. Madero”

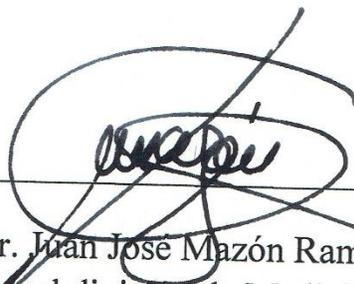
Frecuencia de Trastornos de ansiedad en niños y niñas
escolares de 10 a 12 años de edad de la escuela primaria
"Maestra María Guadalupe Núñez y Parra" en el año 2015

Tesis para obtener el grado en Medicina Familiar

Presenta

Médico Oscar Francisco Martínez Delgado

Autoridades de la Subdivisión de Medicina Familiar



Dr. Juan José Mazón Ramírez
Jefe de la subdivisión de Medicina Familiar
Facultad de Medicina UNAM



Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
Facultad de Medicina UNAM

INDICE

1. Marco teórico	1
1.1 Antecedentes	1
1.1.2 Origen de la palabra ansiedad	5
1.1.3 Trastornos de ansiedad	5
1.1.4 Clasificación	7
1.1.5 Cuadro clínico	7
1.2 Planteamiento del problema	11
1.3 Justificación	13
1.4 Objetivos	14
1.4.1 Objetivo general	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
2. Material y métodos	15
2.1 Tipo de estudio	15
2.2 Diseño de investigación del estudio	15
2.3 Población, lugar y tiempo	16
2.4 Tipo de muestreo	16
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	17
2.5.1 Criterios de inclusión	17
2.5.2 Criterios de exclusión	17
2.5.3 Criterios de eliminación	17
2.6 Variables, tipo y escala de medición	18
2.7 Definición conceptual y operativa de las variables	21
2.8 Definición operativa de las variables	22
2.9 Diseño estadístico	22
2.10 Instrumento de recolección de datos	23
2.11 Método de recolección de datos	25
2.12 Maniobras para evitar o controlar sesgos	26

INDICE

2.13 Prueba piloto	27
2.14 Procedimientos estadísticos	27
2.14.1 Plan de codificación de datos	27
2.14.2 Diseño y construcción de la base de datos	27
2.14.3 Análisis estadístico de la base de datos	27
2.15 Consideraciones éticas	28
3. Resultados	29
3.1 Características generales de la población de estudio	29
3.2 Identificar trastorno de ansiedad por grado escolar y genero	36
3.3 Estimar frecuencia de ansiedad por género y tipo CMASR-2	37
3.4 Identificar la frecuencia de ansiedad por edades	38
3.5 Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo defensiva por grado escolar	41
3.6 Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo fisiológica por grado escolar	42
3.7 Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo inquietud por grado escolar	42
3.8 Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo social por grado escolar	43
4. Discusión	44
4.1 Limites	45
4.2 Fortalezas	46
4.3 Ejes de acción del médico familiar	47
5. Conclusión	48
6. Bibliografía	49
7. Anexos	51
7.1 Instrumento CMASR2	51
7.2 Consentimiento informado de participación	53
7.3 Carta de asentimiento informado	55
7.4 Puntuaciones T para evaluar el instrumento	56

Frecuencia de trastornos de ansiedad en niños y niñas escolares de 10 a 12 años de edad de la escuela primaria “Maestra Guadalupe Núñez y Parra”

R E S U M E N

Antecedentes y objetivo: Frecuencia de ansiedad en niños y niñas escolares de 10 a 12 años de edad de la escuela primaria “Maestra Guadalupe Núñez y Parra”.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo en la ciudad de México en los meses de mayo y junio de 2015, se analizó la frecuencia de trastornos de ansiedad generalizada y cuatro de sus subcategorías fisiológica, inquietud, social, defensiva. Los datos se analizaron utilizando las pruebas estadísticas adecuadas.

Resultados: Se analizó a un total de 69 escolares; de los cuales 44 fueron niñas (63.7%), y 25 fueron niños (36.3%). El intervalo de edad para la población general fue de 10 a 12 años cumplidos con una media de 11.2 años y rango Intercuartilico (RIC) de 12-11. La frecuencia de trastorno de ansiedad generalizada fue de un 10.1%, mediante el instrumento escala de ansiedad manifiesta en niños revisión 2 CMASR-2, encontrándose una alta frecuencia de ansiedad de tipo inquietud en los escolares, encontrándose valores de p mayores a 0.05 en nueve de los reactivos, valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió. El valor de p para variables cuantitativas se calculó con la prueba de comparación de medianas y se reportó rango Intercuartilico (RIC).

Conclusiones: La frecuencia de trastornos de ansiedad, es similar a la reportada en bibliografías anteriores, y está asociada a diversas situaciones, este estudio aporta evidencia epidemiológica en relación con la importancia de trastornos de ansiedad en edad escolar, dicho hallazgo implica realizar nuevos programas y estrategias de revisión a nivel institucional, para la detección temprana ofreciendo un manejo multidisciplinario.

Palabras clave. escolares, ansiedad, frecuencia, tamizaje

Frequency of anxiety disorders in school children of 10 to 12 years old of the elementary school "Maestra Guadalupe Nunez and Parra" in the year 2015.

A B S T R A C T

Background and Purpose: Frequency of anxiety disorders in school children of 10 to 12 years old of the elementary school "Maestra Guadalupe Nunez and Parra" in the year 2015.

Material and Methods: A cross-sectional, descriptive study from Mexico City in May and June 2015, the frequency of generalized anxiety disorders and four of their physiological subcategories, restlessness, social, defensive analyzed. Data were analyzed using appropriate statistical tests.

Results: A total of 69 school; of which 44 were girls (63.7%), and 25 were boys (36.3%) were analyzed. The age range for the general population was 10 to 12 years old with a mean of 11.2 years and interquartile range (IQR) 12-11. The frequency of generalized anxiety disorder was 10.1%, through the instrument scale of manifest anxiety in children Revision 2 CMASR-2, being a high frequency of anxiety such concern in school, finding values of p greater than 0.05 in nine reagents, p-value was calculated using the corrected test statistic χ^2 yachts and fisher exact test according corresponded. The p-value was calculated for quantitative variables with the comparison test medium and interquartile range (IQR) was reported.

Conclusions: The frequency of anxiety disorders, is similar to that reported in previous bibliographies, and is associated with various situations, this study provides epidemiological evidence regarding the importance of anxiety disorders in school age, this finding involves making new programs and review strategies at the institutional level, for early detection offering a multidisciplinary approach.

Keywords. school, anxiety, frequency, screening

**“Somos lo que
hacemos día a día.
de modo que la
EXCELENCIA
no es un acto,
sino un hábito”**

Aristoteles

**Nunca soñe
con tener
EXITO
¡Trabajé
por él!
ESTEE LAUDE**

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a *Dios* por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida profesional, a mis padres *Oscar Martínez Contreras* y *Alicia Delgado Núñez*, por los ejemplos de perseverancia y constancia y valores que me han enseñado, por haber estado ahí siempre para mí, brindándome su apoyo incondicional, por ser mi motivo de superación e inspiración, este pequeño logro que he conseguido también es suyo.

A mis hermanas *Betty* y *Mimí* agradezco la confianza depositada en mí, el apoyo que me brindaron en esta gran aventura porque ustedes siempre creyeron que podía lograrlo y me alentaron para este sueño se hiciera realidad.

Dra. Laura Elena Sánchez Escobar, Dra. Silvia Munguía Lozano, Dr. Luis Beltrán Lagunes, Dr. Guillermo Ferrer Álvarez, Dra. Patricia Gascón, Dr. Román Pérez, Dr. Quiroz, Dr. Urbina, Dr. Carlos Rico, Dr. Daniel López Hernández agradezco su ejemplo de superación, constancia, esfuerzo y dedicación que me mostraron día con día para obtener los conocimientos necesarios y llegar a ser médico familiar, gracias por sus enseñanzas, y su esfuerzo por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro, sencillo no ha sido el proceso pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis y obtener una afable titulación profesional

Cuando me pregunten cuantas hermanas tengo, siempre responderé 4 dos de sangre y dos de corazón y ustedes *Vanessa* y *Dafne* son las otras dos que han llegado a mi vida como mi mano derecha, les agradezco por todas sus excelentes ayudas, por tolerarme, porque siempre estuvimos juntos en las buenas y en las malas, y por formar un gran equipo y demostrar que el esfuerzo, dedicación y unión son necesarios para lograr nuestro objetivo, les deseo el mejor de los éxitos.

A mi mejor mejor amiga *Tania* y *Mauri* por llegar a mi vida cuando más los necesitaba, gracias por ser mis cómplices, mi paño de lágrimas, por darme las fuerzas cuando pensé que esto no se lograría, recuerden que siempre estaré ahí cuando me necesiten.

A mis compañeros *Jorge, Mabel, Gaby, Viry, Jenner, América, Daisy, Alberto, Roberto, Rubén* gracias por aceptarme para complementarnos con nuestras debilidades y fortalezas e hicieron a un lado nuestras diferencias y me brindaron su amistad, confianza y apoyo.

Atte. Oscar Martínez

Frecuencia de Trastornos de ansiedad en niños y niñas escolares de 10 a 12 años en la Escuela Primaria “Maestra María Guadalupe Núñez y Parra” en el año 2015

1. Marco Teórico

1.1.1 Antecedentes

La edad escolar es un período comprendido entre los 6 y 12 años de edad, en esta etapa de la vida el niño iniciara un proceso de autonomía e independencia de los padres, buscara la manera de integrarse a su grupo de pares, lo cual se ve reflejado en su participación en juegos colectivos, su capacidad de establecer vínculos con otros niños y su percepción de ser aceptado por ellos, desarrollará sentimientos de competencia y capacidad, es decir que incluyan información tanto acerca de sus habilidades como de sus dificultades, enfatizando en éstas las estrategias de enfrentamiento, el niño debe ser persistente, emprendedor. Aprenderá los conocimientos que se requieren para su desenvolvimiento en el mundo adulto, a regular su conducta de acuerdo a la situación en la que se encuentra, adaptarse a normas sociales, tomando en cuenta que esta etapa puede generar en ellos ansiedad que es una sensación común en todos, que se experimenta casi a diario. Frecuentemente, usamos términos como estar muy inquieto, estar muy nervioso y estar muy tenso para describir sensaciones de ansiedad. Es normal sentirse ansioso, y la ansiedad puede fluctuar de niveles muy bajos hasta niveles tan altos que el rendimiento social, personal y académico pueden verse afectados. En niveles moderados, la ansiedad puede ser útil, porque aumenta nuestra atención al peligro o nos indica que necesitamos actuar de alguna manera. La ansiedad puede surgir de circunstancias reales o imaginarias. Por ejemplo, un estudiante puede sentirse ansioso sobre el rendimiento de una prueba (real) o puede estar demasiado preocupado de decir algo incorrecto y ser ridiculizado (imaginaria), debido a que la ansiedad es el resultado de pensar acerca de acontecimientos reales o imaginarios.

La ansiedad en el escolar, uno de los síntomas más comunes de la tensión emocional, es una importante pero desatendida área de investigación. Cada vez más escolares presentan problemas emocionales en la escuela.

Muchas de las demandas de atención de los consultorios de salud infanto-juveniles en Brasil tienen relación con problemas de aprendizaje en la escuela. La mayoría de los estados depresivo-ansiosos de esta etapa se relacionan con el bajo rendimiento y el fracaso escolar. ¹

En un estudio de seguimiento de problemas de salud mental en el primer ciclo básico en el área occidente de Santiago ¹. El 22.8% de los alumnos estudiados inició la escolaridad sin problemas, presentando alteraciones de la conducta en el 2 y 3° básicos; un 22.2% presentó perfiles de conducta desadaptada durante los tres años de escolaridad de acuerdo a la evaluación de los profesores.

La prevalencia de los trastornos ansiosos es incierta, ya que a menudo los estudiantes a quienes se les diagnostica algún trastorno ansioso suelen responder, además, a criterios de una o más perturbaciones adicionales.

Los trastornos de ansiedad, uno de los problemas más comunes de salud mental en la infancia y en la adolescencia, afecta entre 2.5 y 30% de la población vulnerable. ¹ Una estimación razonable, para la prevalencia mundial de cualquier trastorno de ansiedad en el rango de edad de 3 a 17 años, es de 7,2% ¹

Existen también, combinaciones de problemas conductuales que coinciden con concepciones de trastornos ansiosos en niños y adolescentes ¹. Al mismo tiempo, cada niño y cada adolescente muestran distintos síntomas y grado de intensidad. Pueden variar también tanto en su persistencia como en el período en el que se presentan, obedeciendo a tres sistemas de respuestas: motoras, fisiológicas y subjetivas. Asimismo, no todos los niños y adolescentes experimentan el mismo patrón o intensidad de la sintomatología; las reacciones pueden variar en cuanto a su duración, persistencia y fluctuación a lo largo del tiempo.

Altos niveles de ansiedad reducen la eficiencia en el aprendizaje, ya que disminuyen la atención, la concentración y la retención, con el consecuente deterioro en el rendimiento escolar. Los muy ansiosos tienen dificultades para poner atención, se distraen con facilidad. - Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas de algún tipo de trastorno mental en todo el mundo.

Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México ¹. En algún momento de sus vidas, se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Se estima que 1 de cada 8 norteamericanos entre los 8 y los 14 años padece algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas. ¹

La ansiedad es un trastorno muy frecuente en nuestra sociedad, que afecta tanto a hombres como a mujeres en edad escolar, en una relación 1:1, mientras que en edad adulta hay más prevalencia en mujeres.²

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.

Andraca, y colaboradores en el año dos mil dos enfatizan que las problemáticas de los trastornos psicológicos infantiles se han incrementado debido a factores de riesgo relacionados con el desarrollo psicológico infantil; por lo tanto, los sujetos son más propensos a desarrollar problemas psicológicos a pesar de su corta edad.

El Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, reporta que las poblaciones que presentan una mayor prevalencia de trastornos mentales son la región de Bogotá,

en comparación con la región Pacífica (40.1% versus 6.7%, respectivamente). Se encontró que los inicios de la ansiedad van desde los 6 años en adelante; por tanto, la prevalencia en relación con la variable escolaridad primaria es de un 24.1% del total de la población colombiana.^{3,4,12}

Reynolds y Richmond definen ansiedad como una combinación variable de emociones fundamentales de angustia, furia, vergüenza y de emoción e interés; su tesis principal consiste en que la ansiedad no es un concepto unitario sino una mezcla compleja de emociones y sus interacciones con antecedentes en los aspectos culturales de aprendizaje, psicológicos y fisiológicos del individuo. Por ende, dentro de este orden de ideas, se rescata que la naturaleza anticipatoria de la ansiedad estará mediada por la combinación de variables de emociones, la interacción que el sujeto realice con su medio y la forma como emita la respuesta al mismo para lograr una adecuada adaptación.

Amorós y col., señalan que la ansiedad suele manifestarse como miedo a la separación de los familiares cercanos o de las figuras de apego. Sin embargo, si la ansiedad es desproporcionada y/o supera a lo esperado para el desarrollo evolutivo del niño, puede constituir una alteración psicopatológica, como el trastorno de ansiedad por separación. Su prevalencia es mayor en edades tempranas y se estima en torno al 4% en niños y adolescentes jóvenes.⁶

Bragado y col., refieren que los trastornos de ansiedad en los niños suelen ser los más prevalentes, ya que la mayoría han sufrido de estrés en mayor o menor medida debido a que desde pequeños están expuestos a presiones cada vez mayores, tales como la presión a triunfar, la de vivir en un mundo inestable, la presión por auto-realizarse, competir, ser el mejor, tener éxito en la escuela.⁴

1.1.2 Origen de la palabra ansiedad

El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad ante lo que se percibe como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.³

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Habría que diferenciar entre miedo (el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para responder) y ansiedad (el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta). La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada en relación con el estímulo desencadenante.

1.1.3 Trastornos de ansiedad

Son un grupo de entidades nosológicas psiquiátricas que pueden presentarse en todas las etapas del desarrollo en niños, adolescentes y adultos, pero que adquieren una importancia fundamental en la niñez.⁴

Se refieren a un conjunto de síndromes caracterizados por el miedo disfuncional y / o la ansiedad que afecta a niños y adolescentes. El miedo puede ser definido como un estado emocional negativo provocado por la presencia de un estímulo que tiene el potencial de causar daño inmediato, mientras que la ansiedad se puede definir como un estado emocional en el que la amenaza no es inmediata presente, pero se prevé. Ambas emociones son adaptativa y esencial para la supervivencia. Están acompañados por representaciones cognitivas, los síntomas físicos, y las modificaciones de comportamiento que preparan a la persona para lidiar con el peligro. El miedo y la ansiedad se han considerado disfuncional cuando la

intensidad, duración o frecuencia no son proporcionales a la amenaza, y con ello causar interferencias, discapacidad, deterioro y la angustia que se juzga clínicamente excesiva.

Los trastornos de ansiedad en la infancia se han asociado con una variedad de consecuencias negativas, incluyendo el funcionamiento de los niños con sus compañeros, deterioro psicosocial general, los trastornos de ansiedad se asocian con una peor calidad de vida, riesgo de suicidio y aumento de mortalidad secundario a enfermedades cardiovasculares.²

Existen tres factores predisponentes para desarrollar ansiedad: 1) factores biológicos, 2) psicológicos y 3) sociales, que pueden tener un papel predisponente en el desarrollo de este trastorno. Los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente el de la dopamina y serotonina los cuales se conoce que regulan el estado de ánimo y de comportamiento, los factores sociales tienen un impacto directo, ya que se considera que los eventos traumáticos de la vida pueden hacer vulnerable, la manera de ser de los padres, su forma de crianza, el ambiente familiar, y cultural pueden influir para que una persona sea susceptible a desarrollar algún trastorno de ansiedad, también mencionar que los temores pueden ser transmitidos por adultos temerosos.^{1,8,6}

1.1.4 Clasificación

Existen dos clasificaciones que se usan en todo el mundo para clasificar los trastornos, una es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales IV edición (DSMIV-TR), y otra es la clasificación internacional de enfermedades en su décima edición CIE-10, de la siguiente manera.³

- Trastornos de ansiedad que pueden manifestarse en la niñez
- Trastorno por ansiedad específico.
- Trastorno por ansiedad de separación.
- Trastorno por ansiedad social.
- Trastorno por ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno por pánico.

1.1.5 Cuadro clínico

El cuadro clínico se caracteriza por síntomas que incluyen:

- **Impulsividad**

Síntomas clave: Es muy desobediente y peleonero; y/o es muy explosivo, pierde el control con facilidad.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta por lo menos alguno de los siguientes: roba; se orina en la cama en la noche; es irritable y geniuado; le da miedo ir a la escuela; dice muchas mentiras; se queda mirando al vacío, está en Babia; se junta con niños/muchachos que se meten en problemas.

Si el número de manifestaciones agregadas a los síntomas clave, suma dos o más, la impulsividad se considera presente con mayor grado de certeza.

- **Hiperactividad**

Síntoma clave: No se puede estar quieto en su asiento y siempre se está moviendo.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta por lo menos alguno de los siguientes: lenguaje anormal; nervioso o miedoso; demasiado dependiente o apegado; sobrepeso; dice muchas mentiras.

Si el número de manifestaciones agregadas al síntoma clave, suma dos o más, la hiperactividad se considera presente con mayor grado de certeza.

- **Déficit en la atención**

Síntoma clave: No termina lo que empieza, es muy distraído.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta por lo menos alguno de los siguientes: es lento para aprender en comparación con otros niños; se aísla y casi nunca juega con otros niños; muchas veces se le ve triste, infeliz, deprimido; se niega a trabajar en la escuela; se queda mirando al vacío, está en Babia; se junta con niños/muchachos que se meten en problemas. Si el número de manifestaciones agregadas al síntoma clave, suma dos o más, el déficit de la atención se considera presente con mayor grado de certeza.

- **Probable Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (tipo mixto, ADHD)**

Se considerará cuando los *tres* componentes anteriormente definidos -impulsividad, hiperactividad y déficit de la atención- estén presentes independientemente de la gravedad o certeza de los mismos.

- **Probable Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (tipo predominantemente inatento, grave, ADHD-A)**

Se considerará cuando el déficit de atención esté presente con mayor grado de certeza, dos o más síntomas adicionales, y se acompañe de hiperactividad o de impulsividad, en cualquier grado de gravedad.

- **Probable Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (tipo predominantemente inatento, leve, ADHD-A1)**

Se considerará cuando el déficit de atención haya sido leve, sólo con un síntoma adicional, y se acompañe de hiperactividad o de impulsividad, en cualquier grado de gravedad.

- **Probable Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (tipo hiperactivo-impulsivo, ADHD-HI)**

Se considerará cuando solamente se presenten la hiperactividad y la impulsividad, en cualquier grado de gravedad, y sin déficit en la atención.

- **Probable Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (total, ADHD-TOTAL)**

En cualquier caso, en que se haya hecho un diagnóstico de los subtipos antes especificados.

- **Probable Trastorno de Conducta Oposicionista (ODDR)**

Síntoma clave: Es muy desobediente y peleonero.

Síntomas adicionales: Además el menor presenta *dos* o más de los siguientes: lenguaje anormal; lento para aprender en comparación con otros niños; irritable y geniuado; se orina en la cama por las noches; bajo peso; se niega a trabajar en la escuela; se junta con otros niños/muchachos que se meten en problemas; toma alcohol o usa drogas.

- **Probable trastorno de conducta (grave, TCONDR)**

Síntomas clave: *Uno* o más de los siguientes está presente:

Dice muchas mentiras; roba cosas o dinero de la casa o fuera del hogar; se fuga de la casa.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta *tres* o más de los siguientes: lenguaje anormal; lento para aprender en comparación con otros niños; le da miedo ir a la escuela; se orina en la cama por las noches; es muy explosivo, pierde el

control con facilidad; se niega a trabajar en la escuela; se junta con otros niños/muchachos que se meten en problemas.

- **Probable Trastorno de Ansiedad con Inhibición (ANIHB-T)**

Síntoma clave: Es demasiado dependiente o apegado a los adultos.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta *dos* o más de los siguientes: dolores de cabeza frecuentes; le da miedo ir a la escuela; se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico; tiene problemas para dormir; tiene bajo peso porque rechaza la comida; come demasiado y tiene sobrepeso; se niega a trabajar en la escuela; es lento para aprender en comparación con otros niños; se aísla y casi nunca juega con otros niños; no se puede estar quieto en su asiento y siempre se está moviendo.

- **Probable Trastorno de Ansiedad Generalizada**

Síntoma clave: Es muy nervioso o miedoso sin haber una buena razón.

Síntomas adicionales: Además, el menor presenta *dos* o más de los siguientes: no se puede estar quieto en su asiento y siempre se está moviendo; muchas veces está de mal humor, es irritable y geniuado; tiene problemas para dormir; tiene pesadillas con frecuencia.

1.2 Planteamiento del problema

A partir de los planteamientos anteriores y, dado que la investigación sobre la ansiedad, es escasa para el contexto mexicano, se busca contar con un panorama general sobre esta situación.

De esta manera se comprobará la necesidad de tomar en cuenta las psicopatologías por el personal de salud, brindando una atención oportuna para evitar bajo rendimiento escolar, y alteraciones en la edad adulta como problemas de la autoestima o trastornos de la personalidad, conduciendo en ocasiones a ideas suicidas.

El interés por la ansiedad infantil ha aumentado en los últimos años, pues con anterioridad se negaba la posibilidad: la infancia era, por fuerza, una «etapa feliz». No obstante, no existe acuerdo teórico respecto a la ansiedad y no resulta fácil hacer un diagnóstico, pues cuanto menor es el niño, más se diferencian sus síntomas de ansiedad de los que presentan los adultos. El fin de este estudio es el de analizar algunas variables de tipo personal, escolar y familiar relacionadas con los niveles de ansiedad en los niños.

A pesar de las múltiples dificultades que el niño puede tener en la escuela y en otros ámbitos de la vida, la ansiedad patológica ha sido escasamente estudiada en el ámbito escolar, con la excepción de la ansiedad ante estímulos específicos, como los exámenes, o ciertas áreas de estudio en concreto, como las matemáticas.

Las situaciones ansiógenas en el colegio pueden provocar en los alumnos alteraciones en procesos cognitivos como la atención, la memoria y la concentración, hasta el punto que puede interferir significativamente con el funcionamiento académico, los cuadros de ansiedad reciben menos atención en las escuelas, algunos factores de riesgo que se han relacionado significativamente con la aparición de trastornos de ansiedad en la infancia son la presencia de psicopatologías en los padres o en otros familiares cercanos, el estilo educativo

parental, la personalidad del menor y los problemas evolutivos tempranos, al igual que el nivel socioeconómico.^{3,4,12}

En la etapa escolar, existen otros aspectos que pueden relacionarse con la ansiedad patológica: la falta de afecto en el hogar, la conflictividad entre los progenitores, las dificultades económicas, los problemas en el centro educativo (inadaptación, malas relaciones, sobrecarga de trabajo, etc.), las enfermedades crónicas, la baja autoestima y las escasas habilidades interpersonales, por nombrar solo algunos.

Ya que se trata de un problema de gran impacto social y no se cuenta con la suficiente información sobre el diagnóstico de ansiedad a esta edad, se realizó la presente investigación y se puntualizó que es un problema de salud frecuente y muy común que no se está abordando ni previniendo adecuadamente.

No olvidando que los trastornos de ansiedad que se desarrollan en la infancia persisten hasta la edad adulta, estudios recientes han enfatizado la necesidad de identificar tempranamente niveles de ansiedad que con el tiempo conduzcan a otras patologías en la edad adulta como problemas de la autoestima o de adaptación social.

Dada la importancia y el gran impacto que tiene en el individuo y su desarrollo en la sociedad es necesario evidenciar la existencia de esta a temprana edad resultando trascendente identificar la frecuencia con la que se presenta.

¿Con qué frecuencia se presentan los trastornos de ansiedad en escolares?

1.3 Justificación

Dada la importancia y el impacto, social, educativo, y para los sistemas de salud, resulta trascendente identificar la frecuencia con la que se presenta a temprana edad, por su relación con el estrés, el bajo rendimiento académico, los trastornos de la personalidad y la falta de adaptación social. Debido a que en la CMF “Gustavo A. Madero” se cuenta con una mínima población de escolares de entre 10 a 12 años, los cuales no acuden a consulta con frecuencia, se realizó la investigación en la Primaria “Maestra María Guadalupe Núñez y Parra”. Se incluyeron niños y niñas escolares de 5° y 6° grado de primaria, debido a que los alumnos cuentan ya con la capacidad de reconocer y expresar lo que sienten, tanto en pruebas escritas como en entrevistas personales. Al mismo tiempo, por su condición de preadolescentes presentan un alto riesgo potencial de sufrir consecuencias indeseables si los niveles de ansiedad se vuelven muy elevados, tomando en cuenta que la adolescencia es una etapa de cambios tanto biológicos como psicológicos, que los llevarán a presentar cierto grado de ansiedad y es necesario identificarla para evitar que se vuelva patológica. Más aun, la identificación temprana de escolares permitirá desacelerar el incremento de trastornos asociados con ansiedad en los servicios de atención primaria de la salud, favorecerá el manejo integral del escolar, y en consecuencia el impacto financiero, de atención médica y de asistencia social para los sistemas de salud será mayor.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Identificar la frecuencia de trastornos de ansiedad en escolares de 10 a 12 años de edad de la Escuela Primaria “Maestra María Guadalupe Núñez y Parra”, a través del instrumento CMASR-2.

1.4.2 Objetivos Específicos

Estimar la frecuencia de ansiedad por sexo

Identificar la frecuencia de ansiedad por edades

Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo social

Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo fisiológica

Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo defensiva

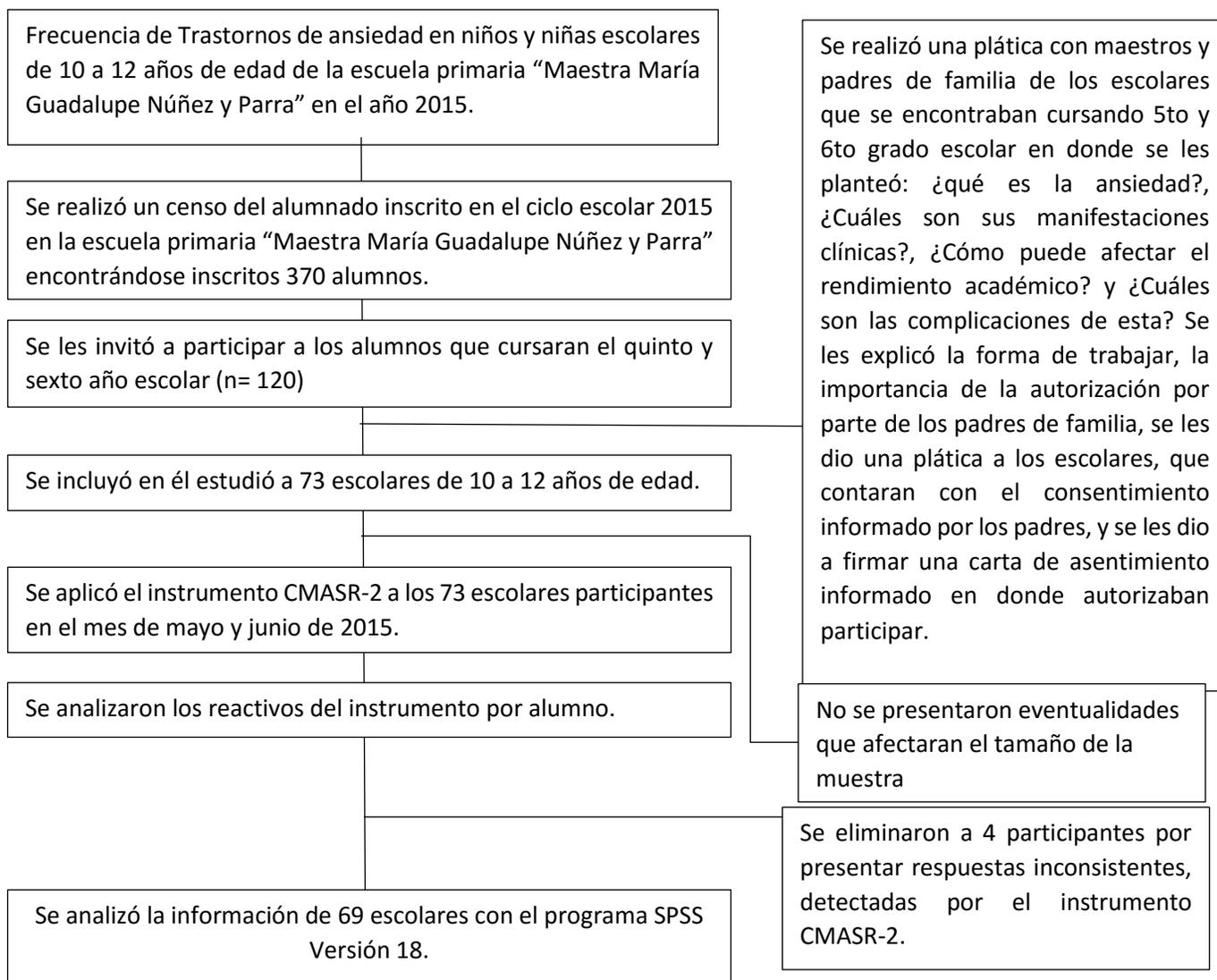
Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo inquietud

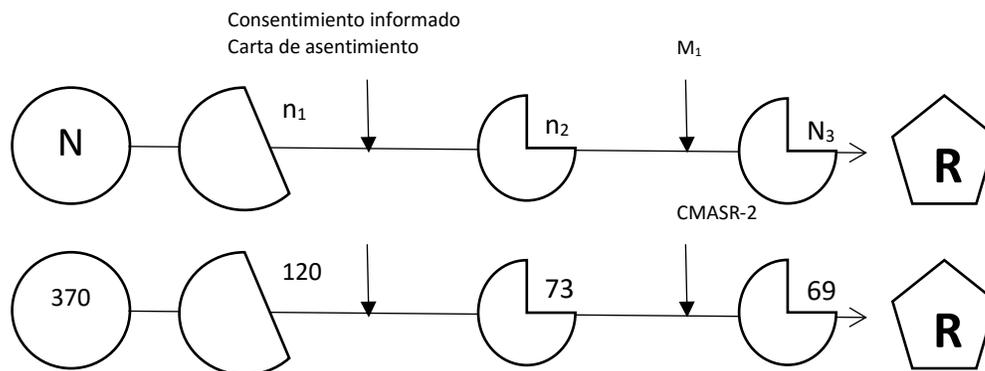
2. Material y métodos

2.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional.

2.2 Diseño de investigación del estudio





N= Total de alumnos inscritos en la escuela primaria “Maestra María Guadalupe Núñez y Parra” (N= 370).
 n₁= Muestra de estudio escolares que cursaban el quinto y sexto año de primaria, (120 alumnos inscritos).
 n₂= Muestra que cumplió con los criterios de inclusión del estudio (73 alumnos).
 M₁= Aplicación del instrumento CMASR2.
 N₃= Muestra incluida en el análisis estadístico, posterior a la aplicación de criterios de exclusión (69 alumnos).
 R= Resultados.

Figura 1 Diseño de estudio

2.3 Población, lugar y tiempo

El estudio se realizó en la Escuela Primaria “Maestra María Guadalupe Núñez y Parra”, localizada en la delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México, durante los meses de mayo y junio del año 2015.

2.4 Tipo de muestreo.

Muestra no aleatoria, bajo un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron sólo los escolares de quinto y sexto grado de primaria de la escuela “Maestra María Guadalupe Núñez y Parra”. De manera potestativa 73 padres de familia aceptaron que sus hijos participaran en el presente estudio, de la misma manera los 73 escolares aceptaron firmar la carta de asentimiento informado.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

La selección de los escolares se realizó mediante los siguientes criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

2.5.1 Criterios de Inclusión.

- ✓ Escolares de 10 a 12 años de edad.
- ✓ Ambos géneros
- ✓ Inscritos en el 5to y 6to año escolar en la escuela primaria Maestra Guadalupe Núñez y Parra
- ✓ Pacientes que cuenten con consentimiento informado para contestar el cuestionario “escala de ansiedad manifiesta en niños CMASR-2.
- ✓ Carta de asentimiento informada firmada por el participante.

2.5.2 Criterios de Exclusión.

- ✓ Pacientes ya diagnosticados con trastorno de ansiedad
- ✓ Pacientes en tratamiento con ansiolíticos
- ✓ Pacientes que no deseen realizar el cuestionario

2.5.3 Criterios de Eliminación.

- ✓ Instrumento incompleto
- ✓ Instrumento mal contestado.
- ✓ Instrumento con doble respuesta en la misma pregunta
- ✓ Respuestas inconsistentes, detectadas por el instrumento CMASR-2 a través de los siguientes pares de reactivos (2-8, 3-35, 4-10, 6-49, 7-39, 19-33, 23-37, 24-29, 38-48).

2.6 Variables tipo y escala de medición

La tabla 1 y tabla 2 muestra el tipo de variable que es de tipo cualitativa nominal, características de la población de estudio como edad, grado escolar que curso en el momento del estudio y la división de reactivos y el tipo de ansiedad que se puede sospechar posterior a la aplicación del instrumento CMASR-2, mostrando que se puede sospechar cuatro de sus subcategorías como ansiedad de tipo defensividad, ansiedad fisiológica, ansiedad de tipo inquietud, ansiedad de tipo social.

Tabla 1 Variables, escala de medición, valores de respuesta			
NOMBRE DE LA VARIABLE	ETIQUETA NOMBRE ENTERO DE LA VARIABLE	CÓDIGOS QUE TOMA LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Folio	número de folio	número consecutivo	Continua
Edad	edad en años	números enteros	Continua
Sexo	Genero del paciente	1= masculino 2= femenino	Nominal
Año escolar	año escolar que cursa el paciente	1= quinto 2= sexto	Nominal
IMC (peso /Talla ²) OMS	IMC	1= bajo peso 2= peso normal 3=sobrepeso 4=obesidad	Nominal
Respuesta de los 49 reactivos		1=si 2=no	Nominal

(Fuente. Instrumentó de recolección de datos)

Tabla 2 Variables, Tipo de Variables, Tipos de ansiedad detectada por el instrumento, valores

Nombre / variable	Tipo	Escala medición	Valores de respuesta
Folio	Cuantitativa	intervalo (continua)	número consecutivo
Edad	Cuantitativa	intervalo (continua)	núm. años cumplidos
Sexo	Cualitativa	Nominal	1= femenino 2= masculino
DEFENSIVIDAD Todas las personas que conozco me caen bien Siempre soy amable Siempre me porto bien Siempre son buena (o) Siempre soy agradable con todos Siempre digo la verdad A veces me enojo A Veces digo cosas que no debería de decir He dicho alguna mentira	Cualitativa	Nominal	Si No
ANSIEDAD FISIOLOGICA Muchas veces siento asco o nauseas Tengo demasiados dolores de cabeza Muchas veces me despierto asustado Me cuesta trabajo tomar decisiones Muchas veces siento que me falta el aire Me enojo con facilidad En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido (a) Me sudan las manos Me canso mucho Tengo pesadillas Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares Me muevo mucho en mi asiento	Cualitativa	Nominal	Si No
INQUIETUD	Cualitativa	Nominal	Si

<p>Soy muy nervioso</p> <p>Muchas veces me preocupa que algo malo me pase</p> <p>Me preocupa no agradarle a los otros</p> <p>La gente me pone nervioso (a)</p> <p>Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no salen como quiero.</p> <p>Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)</p> <p>Me siento mal si la gente se ríe de mí</p> <p>Muchas cosas me dan miedo</p> <p>Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir</p> <p>Es muy fácil herir mis sentimientos</p> <p>Me preocupa cometer errores delante de la gente</p> <p>Me preocupa lo que va a pasar</p> <p>Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir en la noche.</p> <p>Me reocupa que alguien me dé una golpiza</p> <p>Me preocupa decir alguna tontería</p>			No
<p>ANSIEDAD SOCIAL</p> <p>Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.</p> <p>Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas</p> <p>Tengo miedo que los demás se rían de mí</p> <p>Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.</p> <p>Siento que los demás no les gusta como hago las cosas.</p> <p>Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase.</p> <p>Me siento solo(a) aunque este acompañado(a).</p> <p>En la escuela se burlan de mí.</p> <p>Los demás son más felices que yo.</p> <p>Temo hablar en voz alta delante de un grupo.</p> <p>Me preocupa que durante la clase me hagan participar.</p> <p>Muchas personas están en mi contra.</p>	Cualitativa	Nominal	Si No

(Fuente. Instrumentó de recolección de datos)

2.7 Definición conceptual y operativa de las variables

La definición operacional de las variables de estudio se describe en la tabla 3.

Tabla 3 Definición conceptual y operativa de las variables		
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Se tomó por el número de años cumplidos al momento del estudio.
Sexo	Condición biológica que distingue al hombre de la mujer.	Se tomó la información del expediente clínico
Defensividad	Estar en actitud recelosa y desconfiada por temor a ser dañado.	Se midió en base a la escala de Ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR-2
ansiedad total	Conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos, cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos.	Se midió en base a la escala de Ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR-2
ansiedad fisiológica	Respuesta a la amenaza, creando una <i>defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio</i>	Se midió en base a la escala de Ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR-2
Inquietud	Respuesta asociada con una preocupación obsesiva, junto con miedo a ser lastimado o aislado de forma emocional.	Se midió en base a la escala de Ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR-2
ansiedad social	Miedo intenso a las situaciones sociales.	Se midió en base a la escala de Ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR-2
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela	Se interrogó el año escolar en que se encuentra al momento de aplicación del instrumento

(Fuente. Instrumento de recolección de datos)

2.8 Definición operativa de las variables.

Es la puntuación del cuestionario y la interpretación de la misma a través de los rangos que indica el instrumento, cuadro 1 donde observamos la interpretación y el rango de puntuación obtenida en el instrumento CMSR-2.

Cuadro 1. Rangos de puntuación y descriptor cualitativo (interpretación)	
Rango de puntuación	Descriptor
71 y mayor	Extremadamente problemático
61-70	Moderadamente problemático
40-60	No más problemático que para la mayoría de los estudiantes
39 y menos	Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes

(Fuente Instrumento CMASR.2)

2.9 Diseño estadístico

Se incluyeron variables cualitativas y cuantitativas, se analizó la distribución de las variables cuantitativas, con base en la distribución de los datos y se realizó la comparación de las medianas. Las variables cualitativas incluidas fueron de tipo nominal de escala. La característica de la población de estudio se incluye en la tabla 1 y 2, y en el cuadro 2 se observa el diseño de estudio.

Cuadro 2. Diseño de estudio de investigación.
Objetivo de la investigación: frecuencia de trastornos de ansiedad en niños y niñas escolares de 10 a 12 años de edad de la primaria “Maestra María Guadalupe Núñez y Parra”
Grupo de estudio: escolares que cursaban quinto y sexto de primaria.
Numero de mediciones: una medición.
Tipo de variable y escala de medición: cualitativa nominal, en donde se
Tipo de distribución de los datos: no paramétrica.
Tipo de muestra: no aleatoria, representativa para la población de estudio

2.10 Instrumento de recolección de datos.

El instrumento CMASR-2 (escala de ansiedad manifiesta en niños), fue creado por Celys R. Reynolds en el año 1997, instrumento de aplicación grupal o individual. Esta prueba se diseñó de manera específica para ser aplicada en niños de 6 a 19 años de edad, usada para la medición de la ansiedad manifiesta e identificar el nivel y la naturaleza de la ansiedad crónica.

El CMASR-2 como una mejora de su antecesor mejorando aspectos que puedan hacer confundir a los sujetos que realizan la prueba, logrando conseguir una puntuación de 0.83 y un alfa de Crombach de 0.80.

Consta de 49 ítems designados a evaluar el grado y naturaleza de la ansiedad en niños. El niño únicamente responde a las preguntas con sí o no. La calificación es realizada de forma simple. La totalidad de las puntuaciones dan el Índice de Ansiedad Total pero también proporcionan cinco calificaciones adicionales: Ansiedad fisiológica, preocupaciones, Ansiedad social, Defensividad y adicionalmente proporciona un índice de respuestas inconsistentes. Este instrumento es de gran utilidad para la evaluación de niños /adolescentes con problemas de estrés académico, ansiedad ante los exámenes, conflictos familiares, drogodependencias, conductas perturbadoras, problemas de personalidad. Entre los cambios que hicieron con la edición anterior se encuentran: Se sustituyó la escala Preocupaciones sociales/concentración por la escala de ansiedad Social la cual también incluye 10 ítems que evalúan el estrés y la ansiedad ante los exámenes y/o algunos otros problemas tanto en la escuela como en la familia. Algunos ítems de la escala de Mentira fueron sustituidos por otros debido a que causaba confusión en los sujetos evaluados; así mismo, esta escala ahora es llamada Escala de Defensividad. Se agregó un índice de Respuesta Inconsistentes. Evalúa. Niños y adolescentes de 6 a 19 años. Aplicación. Individual o grupal Tiempo de aplicación. 10 a 15 minutos la escala total, dirigido a Psicólogos.

Cuadro 3. Reactivos divididos acorde al tipo de ansiedad detectada por el instrumento.	
Escala de validez	Reactivos
Inconsistencia	Pares: 2-8, 3-35, 4-10, 6-49, 7-39, 19-33, 23-37, 24-29 y 38-48.
Defensividad	14, 19, 24, 29, 33, 38, 40, 44 y 48.
Ansiedad Fisiológica	1, 5, 7, 11, 15, 20, 25, 31 34, 39, 43, 46.
Inquietud	2, 3, 6, 8, 12, 16, 17, 18, 21, 26, 30, 32, 35, 42, 45, 49.
Ansiedad Social	4, 9, 10, 13, 22, 23, 27, 28, 36, 37, 41, 47.
Ansiedad Total	1, 5, 7, 11, 15, 20, 25, 31 34, 39, 43, 46, 2, 3, 6, 8, 12, 16, 17, 18, 21, 26, 30, 32, 35, 42, 45, 49, 4, 9, 10, 13, 22, 23, 27, 28, 36, 37, 41, 47.

El instrumento se resuelve con dos opciones de respuesta sí o no, cuenta con una plantilla para facilitar el conteo de las respuestas afirmativas que fueron seleccionadas en cada subescala. Dependiendo de las puntuaciones naturales se buscan los percentiles y puntuaciones escalares correspondientes en el cuadro 2 del presente estudio, de la misma manera se muestra en el cuadro 3 la subdivisión de los 49 reactivos y el tipo de ansiedad que se puede sospechar.

Una puntuación alta en respuestas afirmativas en la escala ansiedad fisiológica; sugiere que el niño tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad.

Una puntuación alta en la escala de inquietud o hiperactividad, puede sugerir que aun niño que internaliza gran parte de la ansiedad, experimentada y por tanto puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad. Esto sugiere que la persona es miedosa, nerviosa o de alguna manera hipersensible a estímulos ambientales.

Una puntuación alta en la subescala preocupación, concentración, pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas, su principal preocupación parece ser que ellos no son tan buenos, efectivos o capaces como otros.

Mentira una calificación alta en esta subescala puede ser un indicio de un autoinforme impreciso.

La escala es útil para psicólogos que atienden niños con estrés académico, ansiedad ante los exámenes escolares, conflictos familiares o de farmacodependencia. El uso de la prueba da un buen indicio de la naturaleza de ansiedad en diferentes y variados aspectos de la misma, el CMASR-2, es notable que es dirigida a realizarse en un contexto escolar, pero también puede ser usada en ambientes clínicos. (Anexo 1)

2.11 Método de recolección de datos

Fase I: Invitación formal a participar con las autoridades de la Escuela primaria “Maestra Guadalupe Núñez y Parra”.

- a) Se hizo la solicitud por escrito al colegio para realizar la investigación.
- b) Se realizó la selección de la muestra, para lo cual se realizó un proceso aleatorio simple, en términos de edad, sexo y grado escolar y sin diagnóstico de ansiedad.
- c) Para obtener el consentimiento de los padres de los niños, el investigador asistió a una reunión, donde fueron citados los padres de familia, profesores, y se les explicó los objetivos de la investigación y la forma de diligenciar los instrumentos; se notificaron los procedimientos que se iban a usar en el transcurso de la investigación, resaltando que eran de riesgo mínimo, de acuerdo al reglamento del Ministerio de Protección Social; se aclaró su propósito informando a los sujetos. (Anexo 2).

Fase II: Aplicación del instrumento.

- a. Al tenerse la autorización, dada por el colegio y padres, se procedió a la explicación a los niños sobre los objetivos de la investigación, aclarando que ellos tenían la libertad y posibilidad de elegir si querían participar o retirarse en cualquier momento de la aplicación; una vez realizado ello, firmaron el Asentimiento Informado; posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento a los niños de la escuela primaria (Anexo 3).

Fase III: Análisis de resultados y elaboración del informe final

- a. Una vez aplicados los instrumentos, se realizó la clasificación de la información y se procedió a organizar y a analizar los datos en el paquete estadístico SPSS, empleando el coeficiente de chi – cuadrado para el análisis estadístico descriptivo.
- b. Se realizó la discusión contrastando los resultados obtenidos con el soporte teórico y empírico del estudio.

2.12 Maniobras para evitar o controlar sesgos

Sesgo de selección. En esta investigación se presentó un sesgo de selección ya que la muestra no se tomó aleatoriamente, porque participaron los escolares que presentaron consentimiento informado autorizado por padre o tutor y el asentimiento informado.

Sesgo de información. Un sesgo que es inevitable que se presente ya que como se sabe este tipo de sesgo depende de los participantes en el estudio ya que pueden mentir o falsear el cuestionario que se aplicó.

Sesgo de medición. Este sesgo es muy poco probable que se presente, ya que solo se hizo una medición, en el tiempo específico y se aplicó solamente por el investigador para evitarlo.

Sesgo de análisis e información. Sesgo que difícilmente se presentó ya que el análisis lo hará el investigador, se cuenta con platillas para interpretarlo y calificarlo.

2.13 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero a 20 escolares de 6 a 12 años de edad con la finalidad de evaluar la factibilidad en la aplicación del instrumento CMASR-2. Nuestros hallazgos mostraron evidencia que la aplicación del instrumento en niños menores de 8 años no es aplicable, ya que se le dificulta a los niños poder contestar el instrumento, mostrando un alto número de respuestas inconsistentes, mientras que en los escolares de 10 años y más se facilita su aplicación. Por tal motivo, se decidió solo aplicarlo a escolares de 10 a 12 años de edad.

2.14 Procedimientos estadísticos

2.14.1 Plan de codificación de los datos.

A la información obtenida, se le asignaron códigos de respuesta dicotómica, según el tipo de variable y la escala de medición utilizada.

2.14.2 Diseño y construcción de la base de datos.

La base de datos se construyó con las variables contenidas en las cédulas de registro de datos de cada paciente. Estos datos fueron recopilados en una hoja de Excel para su registro. Posteriormente, la información recopilada fue trasladada a la hoja de registro del programa SPSS para Windows versión 18, como se describió en la tabla 1 y 2. Base de datos.

2.14.3 Análisis estadístico de los datos

Las variables categóricas fueron descritas mediante la frecuencia absoluta y relativa como porcentaje con el correspondiente intervalo de confianza del 95%. Todos los intervalos de confianza, para las variables categóricas, fueron obtenidos a través de un muestreo bootstrap de 1,000 replicaciones. Los porcentajes fueron comparados utilizando la prueba chi al cuadrado. Se calcularon la media, la mediana y el rango

Intercuartilico para las variables cuantitativas. Los valores de probabilidad de $p < 0.05$ (prueba a 2 colas) se consideraron significativos.

2.15 Consideraciones éticas

El siguiente proyecto de investigación se apega a las recomendaciones de

- **Declaración de Helsinki** correspondiente a los numerales 6,7,9,12,18,22,23,24,25,28,29,31.
- **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO, 2005** correspondientes al Artículo 3 “Dignidad humana y derechos humanos” numeral 2, Artículo 5 “Autonomía y responsabilidad individual”, Artículo 6 “Consentimiento” numeral 1,2, Artículo 9 “Privacidad y confidencialidad”.
- **El Reglamento de la ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en México** Artículo 13, Artículo 14 fracción V, VI,VII,VII, Artículo 17, fracción I, Artículo 20, Artículo 21 fracción I y IV, Artículo 22 fracción I, II, Artículo 34, Artículo 36.

Esta investigación se consideró Investigación sin riesgo: Ya que emplea investigación documental, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio

3 Resultados

3.1 Características de la población de estudio

De un total de 120 niños y niñas inscritos en el ciclo escolar 2015-2016 y que cursaron los grados de quinto y sexto de primaria, se eliminaron 47 escolares, quienes no firmaron la carta de asentimiento informado y la carta de consentimiento informado por parte de los padres. Posterior a la aplicación del instrumento CMASR-2 y de acuerdo al criterio de eliminación: respuestas inconsistentes, se eliminaron a 4 participantes (niñas), por lo que se analizó una muestra de 69 escolares; de los cuales 44 fueron niñas (63.7%), y 25 fueron niños (36.3%). El intervalo de edad para la población general fue de 10 a 12 años cumplidos con una media de 11.2 años y rango Intercuartilico (RIC) de 12-11. La edad de los participantes de género masculino fue 11.12 (RIC 12.10) y para el género femenino, la media de edad fue de 11.27 años (RIC 12-11).

Al aplicar el instrumento CMASR-2 a los escolares que participaron y de acuerdo a las respuestas inconsistentes (las cuales incluyen 9 pares de preguntas; 2-8, 3-35, 4-10, 6-49, 7-39, 19-33, 23-37, 24-29, 38-48), se eliminó del análisis 4 registros. Las dos puntuaciones de validez del CMASR-2 el índice de respuestas inconsistentes (INC) y la puntuación de defensividad (DEF) ayudan a rebelar y a documentar cuando un examinado ha dado respuestas invalidas o sesgadas a los reactivos del CMASR-2. Por lo que el instrumento recomienda que cuando una encuesta presenta un porcentaje mayor al 83% de respuestas inconsistentes será eliminado. (Anexo 4)

La ansiedad total se basa en los 40 reactivos que indagan acerca de la ansiedad fisiológica, inquietud, ansiedad social. La puntuación de la ansiedad total es la más sólida de las escalas del CMASR.2, en especial para niños pequeños. El CMASR-2 está diseñado para ser útil como auxiliar en la estimación del nivel general de ansiedad de un niño, pero no como ayuda para ubicar al niño en una u otra subcategoría de diagnóstico relacionado con ansiedad.

Aun así, debe decirse que un nivel de ansiedad elevado tiene en particular muchas probabilidades de asociarse con la presencia de un trastorno ansiedad o depresivo.

Con respecto al reactivo 4 siempre soy bueno; se encontró una diferencia significativa en donde las mujeres tienen mayor proporción de una respuesta afirmativa a la percepción de ser buenas con respecto a los hombres. Esto se pudo deber a la percepción social que se tiene de que las mujeres socialmente son vistas como buenas personas

En donde también se detectó una diferencia significativa fue en el reactivo 9 he dicho alguna mentira; tiene una mayor proporción de una respuesta afirmativa en las mujeres respecto a los hombres, desde niños nos enseñan a mentir, ya sea activamente o por omisión. Si bien es cierto que en ocasiones es incluso conveniente hacerlo (por ejemplo, al no delatar a un compañero de clase en una falta menor), acostumbrarse a hacerlo con frecuencia tendría efectos perjudiciales en la salud. La diferencia radica en que la mujer miente para proteger, a terceros, su trabajo, su gestión, su familia, su pareja y su estabilidad emocional. El hombre miente por “puro deporte” por imagen, pues su condición de macho le impide a quedar mal frente a otros.

Otra diferencia significativa fue el reactivo 17 me sudan las manos; se encontró un mayor porcentaje en mujeres probablemente a que la mujer es más susceptible de expresar algún tipo de ansiedad como síntoma principal.

Otra diferencia significativa en el estudio que se detectó fue en el reactivo 19 Tengo pesadillas; teniendo una mayor prevalencia en mujeres, relacionándose con alteraciones del sueño, y esperado en la adolescencia, por los cambios biopsicosociales a los que se enfrentan, presentándose más en las mujeres por una maduración precoz.

Otra diferencia significativa en el estudio que se detectó fue en el reactivo 30. Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir, teniendo nuevamente mayor número de respuestas afirmativas por parte de las mujeres, probablemente debido a la aceptación por la sociedad, empezando esto desde casa. Mostrando un grado de inmadurez por parte de ellas.

Con respecto a la Subescala de ansiedad de tipo inquietud se detectó que hay una discordancia, con respecto a la ansiedad generalizada, demostrando no ser un instrumento significativamente efectivo ya que se detectó que hay una gran incidencia de ansiedad de tipo inquietud en hombres y mujeres, que no es valorable por no cumplir con los criterios para ansiedad generalizada, debido a que se encuentran en una etapa difícil que es la adolescencia. En donde el adolescente busca su propio yo (identidad como persona, identidad de género) inicia la atracción hacia el sexo opuesto, cambios en su manera de pensar, espíritu de rebeldía, egocentrismo y romanticismo, independencia, entre otras.

Tabla 4 Características generales de la población estudiada				
Variables	Población Total N=69 n, % (IC95%)	Hombres n=25 n, % (IC95%)	Mujeres n=44 n, % (IC95%)	Valor p
Edad	11.22 (12-11)	11.12 (12-10)	11.27 (12-11)	NS
Peso	48.55 (56.50-40)	47.96 (56.50-40)	48.59 (57.50-47.25)	NS
Talla	1.4491 (1.50-1.40)	1.4460 (1.5150-1.3850)	1.4509 (1.5075-1.4025)	NS
IMC	22.9061 (24.4000-20.4455)	22.623 2(24.9000-20.6500)	23.0668(24.3750-20.1900)	NS
1. Todas las personas que conozco me caen bien	8,11.6%(4.3-18.8)	1,4%(0-12-2%)	7,15.9%(5.6-6.8)	NS
2. Siempre soy amable	30,43.5%(31.9-55.1)	8,32%(12-52)	22,50%(34.1-65.9)	NS
3. Siempre me porto bien	46,66.7%(54.9-78.3)	13,52%(32-72)	33,75%(61.4-86.4)	NS
4. Siempre soy buena (o)	29,42%(29.6-54.3)	5,20%(4-36)	24,54.5%(40.9-68.2)	0.006
5. Siempre soy agradable con todos	14,20.3%(10.6-31)	2,8%(0-20)	12,27.3%(13.6-40.9)	NS
6. Siempre digo la verdad	11,15.9%(8.5-25)	2,8%(0-20)	9,20.5%(9.1-34.1)	NS
7. A veces me enojo	17,24.6%(14.9-35.8)	12,27.3%(13.6-40.9)	5,20%(4-36)	NS
8. A veces digo cosas que no debería de decir	33,47.8%(35.3-60)	23,52.3%(36.4-68.2)	10,40%(20-60)	NS
9. He dicho alguna mentira	34,49.3%(37.1-61.4)	7,28%(12-44)	27,61.4%(45.5-75)	0.016
10. Muchas veces siento asco o nauseas	19,27.5%(17.6-38.6)	5,20%(8-36)	14,31.8%(18-45.5)	NS
11. Tengo demasiados dolores de cabeza	38,55%(42.6-66.2)	14,56%(36-76)	24,54.5%(40.9-68.2)	NS

12. Muchas veces me despierto asustado	42,60.9%(50-72.3)	12,48%(28-68)	30,68.2%(54.5-81.8)	NS
13. Me cuesta trabajo tomar decisiones	31,44.9%(34.3-57.1)	13,52%(32-72)	18,40.8%(27.3-56.8)	NS
14. Muchas veces siento que me falta el aire	42,60.9%(49.3-72.1)	13,52%(32-72)	29,65.9%(52.3-79.5)	NS
15. Me enojo con facilidad	25,36.2%(25.4-47.9)	7,28%(12-48)	18,40.9%(25-54.5)	NS
16. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido (a)	15,21.7%(12.9-31.4)	3,12%(0-24)	12,27.3%(13.6-40.9)	NS
17. Me sudan las manos	31,44.9%(33.3-57.1)	6,24%(8-44)	25,56.8%(40.9-70.5)	0.017
18. Me canso mucho	19,27.5%(17.6-38.8)	6,24%(8-44)	13,29.5%(15.9-43.2)	NS
19. Tengo pesadillas	34,49.3%(36.6-62.3)	7,28%(12-48)	27,61.4%(47.7-75)	0.016
20. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	42,60.9%(48.5-72.9)	16,64%(48-83.9)	26,59.1%(43.2-72.7)	NS
21. Me muevo mucho en mi asiento	50,72.5%(62-82.6)	16,64%(44-83.9)	34,77.3%(63.6-88.6)	NS
22. Soy muy nervioso	28,40.6%(29-52.9)	8,32%(16-52)	20,45.5%(29.5-59)	NS
23. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	20,29%(18.8-40)	4,16%(4-32)	16,36.4%(22.7-50)	NS
24. Me preocupa no agradarle a los otros	29,42%(30.9-53.8)	9,36%(20-56)	20,45.5%(31.8-59.1)	NS
25. La gente me pone nervioso (a)	38,55.1%(43.5-66.7)	16,64%(44-84)	22,50%(36.4-63.6)	NS
26. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no salen como quiero.	14,20.3%(11.4-30.9)	5,20%(4-36)	9,20.5%(9.1-31.8)	NS
27. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	17,24.6%(15.5-35.4)	6,24%(8-40)	11,25%(13.6-38.6)	NS

28. Me siento mal si la gente se ríe de mí	10,14.5%(6.9-22.9)	4,16%(4-32)	6,13.6%(4.5-25)	NS
29. Muchas cosas me dan miedo	37,53.6%(41.8-65.7)	11,44%(24-64)	26,59.1%(45.5-72.7)	NS
30. Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir	31,44.9%(32.9-56.5)	6,24%(8-40)	25,56.8%(43.2-70.5)	0.017
31. Es muy fácil herir mis sentimientos	49,71%(59-7-80.9)	16,64%(44-80)	33,75%(61.4-86.4)	NS
32. Me preocupa cometer errores delante de la gente	44,63.8%(51.5-73.9)	11,44%(24-64)	33,75%(61.4-86.4)	0.021
33. Me preocupa lo que va a pasar	44,63.8%(50.8-75.7%)	15,67%(40-80)	29,65.9%(52.3-79.5)	NS
34. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir en la noche.	31,44.9%(32.4-56.3)	13,52%(32-71.9)	18,40.9%(27.3-54.5)	NS
35. Me preocupa que alguien me dé una golpiza	38,55.1%(43.5-66.2)	12,48%(28-68)	26,59.1%(43.2-75)	NS
36. Me preocupa decir alguna tontería	13,18.8%(10-28.6)	4,16%(4-32)	9,20.5%(9.1-34.1)	NS
37. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.	22,31.9%(22.1-43.7)	7,28%(12-44)	15,34.1%(20.5-47.7)	NS
38. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas	20,29%(18.3-40)	6,24%(8-40)	14,31.8%(18.2-45.5)	NS
39. Tengo miedo que los demás se rían de mí	37,53.6%(41.8-65.6)	15,60%(40-80)	22,50%(36.4-63.6)	NS
40. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.	44,63.8%(52.1-75.4)	17,68%(48-87.9)	27,61.4%(47.7-75)	NS
41. Siento que los demás no les gusta como hago las cosas.	22,31.9%(21.1-42.4)	5,20%(4-36)	17,38.6%(25-52.3)	NS

42. Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase.	20,29%(18.6-39.7)	6,24%(8-40)	14,31.8%(18.2-45-5)	NS
43. Me siento solo(a) aunque este acompañado(a).	24,34.8%(23.9-46.1)	10,40%(20-60)	14,31.8%(18.2-45-5)	NS
44. En la escuela se burlan de mí.	56,81.2%(71.2-81.7)	20,80%(64-92)	36,81.8%(70.5-90.9)	NS
45. Los demás son más felices que yo.	31,44.9%(32.4-56.5)	11,44%(24-64)	20,45.5%(31.8-59.1)	NS
46. Temo hablar en voz alta delante de un grupo.	32,46.4%(33.8-58)	10,40%(20-60)	22,50%(36.4-65.9)	NS
47. Me preocupa que durante la clase me hagan participar.	24,34.8%(23.5-46.3)	11,44%(24-64)	13,29.5%(15.9-43.2)	NS
48. Muchas personas están en mi contra.	62,89.9%(81.4-95.8)	23,92%(80-100)	39.88.6%(79.5-97.7)	NS
49. Todas las personas que conozco me caen bien	26,37.7%(26.5-49.3)	9,36%(16-56)	17,38.6%(25-52.3)	NS
Puntaje general	21.35(25.5-16)	18.44(24-13)	23(27-17.25)	NS
Puntaje subescala defensiva	5.33(7-4)	4.84(7-3.5)	5.61(7-4)	NS
Puntaje subescala fisiológica	5.14(7-3)	5(7-3.5)	5.23(7-3)	NS
Puntaje subescala inquietud	6.97(9-4.5)	5.44(8-2.50)	7.84(9-6)	0.025
Puntaje subescala social	3.9(6-2)	3.16(4-1.5)	4.32(9-6)	NS
Tscore general	46.71(50.50-41)	42.92(49-34)	48.86(53-42.25)	NS
Tscore subescala defensiva	45.94(51-41)	44.88(51.50-40.50)	46.55(51-41)	NS
Tscore subescala fisiológica	34.62(38-30)	34.12(37-30.50)	34.91(38-30)	NS
Tscore subescala inquietude	56.64(66-45)	49.20(59.36.50)	60.86(66-52)	0.025
Tscore subescala social	38.90(47-31)	35.12(37-30)	41.05(47-33)	0.004

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió. El valor de p para variables cuantitativas se calculó con la prueba de comparación de medianas y se reportó rango Intercuartilico (RIC)

3.2 Identificar trastorno de ansiedad por grado escolar y género

En la tabla 5 podemos observar que el trastorno de ansiedad generalizada tiene prevalencia como en las bibliografías antes mencionadas en un 10.1% en escolares de la escuela primaria “Maestra Guadalupe Núñez y Parra” en donde se detectó que de los 35 escolares que se encontraban cursando el 5to año de edad, 4 escolares (11.4%) RIC (22.9-2.9) presentan ansiedad generalizada correspondiendo a un hombre 12% RIC (18.8-0) y tres mujeres 15.8% RIC (31.6-0), mientras que de los 34 participantes que cursaban el 6to grado escolar se encontró una incidencia de 3 escolares que corresponde a un 8.8% RIC (17.6-0), con una incidencia de 3 mujeres 8.8% RIC (24-0), viendo mayor incidencia en mujeres.

Tabla 5 Frecuencia de ansiedad por grado escolar				
Variables	Población Total N=69 n, % (IC95%)	Hombres n=25 n, % (IC95%)	Mujeres n=44 n, % (IC95%)	Valor p
QUINTO 35	4, 11.4% (22.9-2.9)	1, 12% (18.8-0)	3, 15.8% (31.6-0)	NS
SEXTO 34	3, 8.8% (17.6-0)	0, 0% (100-100)	3, 8.8% (24-0)	NS

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió)

Factores psicosociales provocan mayor vulnerabilidad ante los trastornos de ansiedad en mujeres como por ejemplo la afectividad negativa, mayor percepción de amenazas tanto físicas, psicológicas sexuales, diferentes patrones sociales siendo inhibidas en su patrón conductual. Durante primaria y secundaria las niñas manifiestan más emociones de **sorpres**a, **tristeza**, **vergüenza**, **timidez** y **culpa**, mientras que los varones muestran más reacciones de **desprecio** y son más propensos a negar la experiencia de otras emociones. Es por estos factores y por otros, que las mujeres tienen el doble de probabilidades de sufrir un trastorno de ansiedad que los varones.

3.3 Estimar la frecuencia de ansiedad por género y tipo mediante la Escala CMASR-2

En la tabla 6 podemos observar mediante el instrumento CMASR-2, se puede hacer la sospecha clínica de mayor incidencia de ansiedad por inquietud en 30 escolares con que corresponde a un 43.5% RIC (55.1-31.9), en donde predominó una alta incidencia en mujeres 26(59%) RIC (85.5-28), y un 4(25%) RIC 50-6.3) en hombres, ocupando el segundo lugar ansiedad de tipo defensiva, con una incidencia de 3 escolares 4.3% RIC 10.1-0), 2 mujeres 8% RIC (33.3-0), 1 hombre 11.1% (20-0). Viendo una baja o nula probabilidad de ser vulnerables a presentar ansiedad de tipo fisiológica o social.

Tabla 6 frecuencia de ansiedad por sexo y tipo mediante la Escala CMASR-2				
Variables	Población Total N=69 n, % (IC95%)	Hombres n=25 n, % (IC95%)	Mujeres n=44 n, % (IC95%)	Valor p
Ansiedad Generalizada	7, 10.1%(17.4-4.3)	1, 6.3% (31.6-0)	6, 17.8% (55.6-0)	NS
Ansiedad defensiva	3, 4.3% (10.1-0)	1, 11.1% (20-0)	2, 8% (33.3-0)	NS
Ansiedad fisiológica	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	ND
Inquietud	30, 43.5%(55.1-31.9)	4, 25%(50-6.3)	26, 59% (85.5-28)	0.001
Ansiedad social	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	ND

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió)

3.4 Identificar la frecuencia de ansiedad por edades

Con respecto a la tabla 7 se observa una mayor incidencia de ansiedad generalizada a los 11 años de edad con 3 escolares, con incidencia en mujeres 2 de 10 años, incidencia en mujeres y dos de 12 años de edad, 1 hombre y 1 mujer.

En la tabla 8 observamos que de los dos escolares de 10 años de edad, hay una alta probabilidad que el trastorno de ansiedad que presentan es de tipo inquietud, con una incidencia de 6 escolares que corresponde a un 54.5%, de los 3 escolares de 11 años de edad, dos escolares tienen una alta posibilidad de desarrollar ansiedad de tipo defensiva, y muy probablemente de tipo inquietud, mientras que los 2 escolares de 12 años de edad, uno tiene el riesgo de desarrollar ansiedad de tipo defensiva, y el otro escolar de tipo inquietud.

En la tabla 9 donde se observa los 4 tipos de ansiedad que se pueden sospechar en mujeres a los 10 años de edad, 2 escolares presentan ansiedad de tipo inquietud, y cuatro no cumplen los criterios para desarrollar ansiedad generalizada, a los 11 años de edad de las tres escolares con probable sospecha de trastorno de ansiedad generalizada, una escolar tiene alta posibilidad de desarrollar ansiedad tipo defensiva, y las otras dos de tipo inquietud, las 9 escolares restantes no cumplen con criterios para ansiedad generalizada, a los 12 años de edad una mujer tiene alta probabilidad de desarrollar ansiedad de tipo defensivo, y 9 escolares no cumplen con criterios de desarrollar ansiedad generalizada. Demostrando una mayor incidencia de desarrollar ansiedad a los 11 años de edad.

Mientras que en la tabla 10 en hombres la mayor vulnerabilidad de desarrollar ansiedad es a los 12 años de edad, predominando la ansiedad de tipo inquietud, y a los 11 años de edad, con alta sospecha de desarrollar ansiedad de tipo defensiva y de tipo inquietud, y demostrando que, a los 10 años de edad, los trastornos de ansiedad en hombres tienen una nula posibilidad de presentarse.

Tabla 7 Ansiedad por edades en hombres y mujeres				
Edad	Población Total N=69 n, % (IC95%)	Hombres n=25 n, % (IC95%)	Mujeres n=44 n, % (IC95%)	Valor p
10 (11)	2, 18.2% (45-0)	0, 0% (100-100)	2, 28.6% (71.1-0)	NS
11 (32)	3, 9.4% (21.8-0)	0, 0% (100-100)	3, 16.6% (33.3-0)	NS
12 (26)	2, 7.7% (19.2-0)	1, 14.3% (42.9-0)	1, 5.3% (15.8-0)	NS

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió)

Tabla 8 Frecuencia de ansiedad generalizada y subescala por edades.				
Ansiedad	10 años	11 años	12 años	Valor p
Ansiedad Total	2, 18.2% (45-0)	3, 9.4% (21.8-0)	2, 7.7% (19.2-0)	NS
Defensividad	0, 0 (0-0)	2, 6.3% (15.6-0)	1, 3.8% (11.5-0)	NS
Fisiológica	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	NS
Inquietud	6, 54.5% (81.8-27.3)	14, 43.8% (59.4-28.1)	10, 38.5% (57.7-19.2)	
Social	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	NS

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió)

Tabla 9 Subescala de tipos de ansiedad Mujeres				
Ansiedad	10 años	11 años	12 años	Valor p
Ansiedad Total	2, 28.6% (71.1-0)	3, 16.6% (33.3-0)	1, 5.3% (15.8-0)	NS
Defensividad	0, 0 (0-0)	1, 5.6% (16.7-0)	1, 5.3% (11.8-0)	NS
Fisiológica	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	NS
Inquietud	6, 85.7% (100-57.1)	11 61.1% (83.3-38.9)	9, 47.4% (68.4-36.3)	
Social	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	NS

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió)

Tabla 10 Subescala de tipos de ansiedad Hombres				
Ansiedad	10 años	11 años	12 años	Valor p
Ansiedad Total	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	1, 14.3% (100-57.1)	NS
Defensividad	0, 0% (0-0)	1, 7.1% (21.4-0)	0, 0% (0-0)	NS
Fisiológica	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	NS
Inquietud	0, 0% (0-0)	3, 21.4% (42.9-0)	1, 14.3% (42.9-0)	
Social	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	0, 0% (0-0)	NS

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió)

3.5 Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo defensiva por grado escolar

De acuerdo al objetivo planteado se observa en la tabla 11 una mayor sospecha de ansiedad de tipo defensiva en alumnos de 6to grado escolar entre 11 y 12 años de edad, observando la mayor incidencia en el sexo femenino.

Tabla 11 frecuencia de ansiedad de tipo defensiva por grado escolar				
Variables	Población Total N=69 n, % (IC95%)	Hombres n=25 n, % (IC95%)	Mujeres n=44 n, % (IC95%)	Valor p
QUINTO	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	NS
SEXTO	3, 19.1 (53.3-0)	1, 11,1% (33.3-0)	2, 8% (20-0)	NS

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió)

3.6 Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo fisiológica por grado escolar

De acuerdo al objetivo planteado y sospecha de ansiedad de tipo fisiológico por grado escolar, en la tabla 12 se observó nula posibilidad de presentarla entre los 10 y 12 años de edad, en ambos géneros.

Tabla 12 frecuencia de ansiedad de tipo fisiológica por grado escolar				
VARIABLES	Población Total N=69 n, % (IC95%)	Hombres n=25 n, % (IC95%)	Mujeres n=44 n, % (IC95%)	Valor p
QUINTO	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	NS
SEXTO	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	NS

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió)

3.7. Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo inquietud por grado escolar

De acuerdo al objetivo planteado de la probabilidad de desarrollar ansiedad de tipo inquietud, en la tabla 13 se observa existe una baja sospecha de desarrollarla, de acuerdo a los criterios del instrumento CMASR-2, tomando en cuenta que no es valorable individualmente esta Subescala de ansiedad, se observó en esta variable de ansiedad que el instrumento es capaz de sospechar, no tiene concordancia debido a que de manera individual, tiene una alta incidencia, haciendo que el instrumento no sea el más adecuado para sospechar de trastornos de ansiedad.

Tabla 13 Frecuencia de ansiedad de tipo inquietud por grado escolar				
Variables	Población Total N=69 n, % (IC95%)	Hombres n=25 n, % (IC95%)	Mujeres n=44 n, % (IC95%)	Valor p
QUINTO	17,	4, 25% (50-6.3)	13, 68.4% (89.5-47.4)	NS
SEXTO	13	0, 0% (100-100)	13, 52% (72.32)	NS

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió)

3.8 Identificar la frecuencia de ansiedad de tipo social por grado escolar

De acuerdo al último objetivo planteado en este estudio en la tabla 14 se observó hay baja sospecha de presentar ansiedad de tipo social en la adolescencia

Tabla 14 Frecuencia de ansiedad de tipo social por grado escolar				
Variables	Población Total N=69 n, % (IC95%)	Hombres n=25 n, % (IC95%)	Mujeres n=44 n, % (IC95%)	Valor p
QUINTO	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	NS
SEXTO	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	0, 0% (100-100)	NS

temprana.

(Fuente Instrumento de recolección valor de p se calculó con la prueba estadística χ^2 corregida con Yates y prueba exacta de Fisher según correspondió)

4. DISCUSIÓN

A partir de lo mostrado en las pruebas y con los parámetros establecidos en esta investigación, se observa en los escolares de los últimos años de enseñanza de educación primaria una tendencia a presentar, en promedio, significativos niveles de ansiedad.

En la investigación realizada por Martínez-Otero en el año dos mil doce se reafirmaba la reveladora presencia de ansiedad en la infancia, y la necesidad de prestar atención a una patología que durante mucho tiempo se ha obviado, los hallazgos de este estudio dejan ver que la Ansiedad fisiológica se presenta de manera alta 40% tanto en niños como en niñas, lo que sugiere que la presencia de manifestaciones somáticas como dificultades en el sueño, náusea o fatiga será frecuente en escolares con niveles altos de ansiedad.

Se aplicó la escala CMAS-R2 en escolares de 10 a 12 años de la escuela primaria “Maestra Guadalupe Núñez y Parra”, obteniendo resultados significativos, para la institución dejando ver que la ansiedad está presente desde edades tempranas, y que se presenta con mayor frecuencia la ansiedad de tipo inquietud, presentándose con mayor frecuencia en niñas de 11 y 12 años de edad y con una menor frecuencia de tipo defensiva y nula incidencia de tipo fisiológica y social. Comparando con estudios antes realizados el resultado fue totalmente diferente, probablemente por los cambios biopsicosociales a los que están sujetos los adolescentes en la actualidad, al tipo de educación que se recibe en casa, a la poca comunicación que existe entre el subsistema parentofilial, a la introducción de nuevas tecnologías, que han hecho modificar patrones de conducta en los adolescentes.

A los escolares que salieron positivos para ansiedad de tipo defensiva se debe trabajar con ellos principalmente en integración social, son escolares con bajo rendimiento académico y se relaciona con situaciones estresantes en casa. Inquietud: se sugirió trabajar con ellos para que no se sientan presionados tanto en

casa como en la escuela. Social: son escolares que con frecuencia faltan a la escuela.

Nuestros resultados parecen revelar que los niños y niñas que participaron en el estudio viven o han vivido de manera directa situaciones amenazantes, algo que vino a confirmarse en las entrevistas con los propios alumnos y con sus padres, comprobando el tipo de ansiedad que los escolares presentan. Presentando la misma incidencia de ansiedad 10.1% que en estudios previos se han realizado, con la diferencia que los tiempos han cambiado, las costumbres, tradiciones, roles parentales, se han modificado, presentando cambios del comportamiento y actuar de los adolescentes, en este nuevo siglo se puede dar por hecho que el tipo de ansiedad que presentan los adolescentes es diferente a otros estudios realizados, tomando en cuenta la modernización que se vive en la actualidad, sufriendo más presión por parte de los padres y profesores. Enfatizando que el trastorno de ansiedad presente en este estudio es de tipo inquietud. De esta manera se exhorta tanto a médicos maestros y psicólogos a tomar mayor atención en este tipo de situaciones ya que como se ha mencionado y se corrobora que estos niños y niñas se ven afectados en su rendimiento académico y su adaptación social, siendo escolares aislados, con poca tolerancia al fracaso.

4.1 Límites

Uno de los límites del presente estudio es que no se pudo realizar en la Unidad de Medicina Familiar “Gustavo A. Madero” ISSSTE por la poca asistencia de escolares a la unidad médica por lo que se realizó en la escuela primaria, otro de los límites que se presentó es que, a pesar de las pláticas impartidas a padres de familia, no todos los escolares participaron, recordando que no es un estudio de casos y controles, sino se trata de un estudio descriptivo, permitiendo referir la frecuencia de trastornos de ansiedad en edad escolar. Otro de los limitantes es que no participaron escolares de los demás grados escolares, uno por falta de interés de los profesores y padres de familia, negándose a firmar la participación de sus hijos

y la poca probabilidad de que los escolares tienen de discernir las preguntas demostrando se les dificultaba contestarlo.

4.2 Fortalezas.

La fortaleza del presente estudio es que contribuye al incremento del conocimiento de las psicopatologías en edades escolares, mostrando la necesidad de incluir un programa de supervisión por parte de las autoridades sanitarias contribuyendo a la mejora de la calidad y mejora del desarrollo y crecimiento de los escolares. Incluyendo programas eficaces para el tratamiento oportuno de trastornos de ansiedad en pacientes susceptibles, reduciendo a largo plazo el costo de tratamiento de enfermedades psiquiátricas y disminuyendo así mismo la alta incidencia de personas con riesgo de deserciones académicas, pandillerismo, problemas con identidad de género, depresión, y disminuyendo la frecuencia de consumo de alcohol, drogas entre otros, contribuyendo al bienestar personal y social de la comunidad.

Se logró platicar con los padres de familia en donde se detectan problemas de comunicación en el subsistema conyugal y el subsistema parentofilial que esto trae como consecuencias bajo rendimiento académico y genera ansiedad en los escolares invitándolos a recibir terapia familiar para mejorar su funcionalidad familiar y evita crisis paranormativas, tomando en cuenta la gran crisis normativa por la que atraviesan estas familias que es la de tener hijos adolescentes, y cumplir con las funciones básicas para un óptimo desarrollo y formar seres humanos plenos y funcionales socialmente en un futuro.

A los escolares identificados con algún trastorno de ansiedad, se les canalizo con el psicólogo de la escuela para que reciban terapia conductual, se trabajó con los escolares que presentan trastornos de ansiedad de la siguiente manera.

Escolares que presentan ansiedad de tipo defensiva se trabajó con ellos principalmente en integración social, ya que son escolares con bajo rendimiento académico y se relaciona con situaciones estresantes en casa.

A los escolares que presentan Ansiedad de tipo Inquietud: se trabajó con ellos y padres de familia ya que son escolares que se sienten presionados tanto por los padres y los profesores, exhortando que son escolares con capacidades de resolver situaciones, pero toman su tiempo para realizarlas, invitándolos a no generar tensión en ellos para que su rendimiento se optimice, tengan una estabilidad biopsicosocial, mejorando la comunicación.

4.3 Ejes de acción del médico familiar.

Al ser médicos de primer contacto y al ser una disciplina en donde se nos capacita para brindar una atención médica primaria continua e integral al individuo y su familia, y tomando en cuenta nuestros tres ejes de estudio que son continuidad: que comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, anticipación que es la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad y el estudio de familia que es el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud. Se exhorta a los médicos familiares en poner en práctica nuestros ejes de estudio para poder diagnosticar a tiempo estas psicopatologías y brindar atención oportuna e integral generando individuos que logren un desarrollo pleno, evitando de esta manera gastos de la institución y asumiendo otro de nuestras funciones que es la prevención.

5, CONCLUSIÓN

Como conclusión este estudio aporta evidencia epidemiológica en relación con la importancia de trastornos de ansiedad en edad escolar, dicho hallazgo implica realizar nuevos programas y estrategias de revisión a nivel institucional, para la detección temprana ofreciendo un manejo multidisciplinario.

Se cumplió con el objetivo general y específicos de la investigación; se sabe que ante cualquier situación que ponga en peligro la integridad de un escolar siempre se manifestara cierto grado de ansiedad en alguna de sus variables.

De esta manera se impulsa a médicos de primer nivel, profesores y padres, a detectar oportunamente trastornos de ansiedad a través de un instrumento o sintomatología; para hacer un envío oportuno al médico que le corresponda y darles un manejo multidisciplinario para mejorar su desarrollo tanto académico, individual y social.

De la misma manera se exhorta al personal médico a revisar los diferentes tipos de instrumentos útiles para sospechar trastornos de ansiedad y poder unificar uno para su uso en la consulta médica diaria, teniendo como base el CMASR-2.

Este estudio nos sirve de base para generar nuevas líneas de investigación, como frecuencia de ansiedad en escolares adscritos a las CMF del ISSSTE, y al observar el alto índice de sobrepeso también sería importante investigar el tipo de alimentación que predomina en escolares, dejando también poder calcular la incidencia de enfermedades metabólicas en ellos, y así también estudiar tipología de familia y ocupación de los padres en escolares, ya que como se logra ver en este estudio el desarrollo de un individuo depende de la educación que se brinda en casa.

6, BIBLIOGRAFIA

1. Abrahão G. et al. Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2013;35:S3–S21
2. Gold A. Trastornos de ansiedad en niños. *Archivos de pediatría Uruguay* 2006 Vol 77/I pag.3438
3. Stein D., Fineberg N, Bienvenu J.. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V 2010 Vol 27/10 pag. 495-506.
4. Luby J. Anxiety and Depression in the preschool period. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* año 2013 vol. 54/4 pag. 1-16
5. Briedzke E. et al. Impact of Childhood Stress on Psychopathology. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012. Vol 34/4 pag480-488
6. Craske M. et al What is an anxiety disorder. *Depression and anxiety*. Año 2009. Vol25/12, 1066-1085.
7. Kindt M., Bogels S.,Morren M Processing Bias in Children with Separation Anxiety Disorder, Social Phobia and Generalised Anxiety Disorder 2013 pag.143-150.
8. Tyrer P, Baldwin D, Generalized anxiety disorder 2006 pag 2156-2166.
9. Villegas, M.B. Prevalencia de ansiedad en paciente con patología oncológica hospitalizado en el servicio de oncología del Hospital General Centro Médico “ La Raza”, Marzo 2014.
10. Creswell C., et al. *Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents*, Facultad de Psicología y Ciencias del Lenguaje clínicos, Universidad de Reino Unido. 17 Marzo 2014. pag. 674–678.
11. Salum G., et al. *Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice*, *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2013;35:S3–S21.
12. Park J., Geller D., Novel approaches in treatment of pediatric anxiety, Massachusetts General Hospital, 2014, pag. 6-30.
13. Graham R., Weems C.F., *Identifying Moderators of the Link Between Parent and Child Anxiety Sensitivity: The Roles of Gender, Positive Parenting, and Corporal Punishment*, 2014. pag 1150-1183

14. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64a. Asamblea General, Fortaleza, Brasil, 2013.
15. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO, 2005
16. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México, 1983 - Publicado en el Diario Oficial de la Federación, 1987.

7. Anexos

7.1 Anexo 1 Instrumento CMASR2

CMASR-2

Cuestionario-Perfil

Cecil R. Reynolds, PhD, y Bert O. Richmond, Ed.D

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Grado escolar: _____

Femenino Masculino

Instrucciones

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

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

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

continúa al reverso de esta página

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

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

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



Manual Moderno®

D.R. © 2012 por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.

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

Todos los derechos reservados.
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida.

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



MP

Índice de Respuestas Inconsistentes (INC)

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

Pares de reactivos INC	Añade a la puntuación INC
2 _____ 8 _____	_____ (eliminar el uno de ellos)
3 _____ 26 _____	_____ (eliminar el uno de ellos)
4 _____ 10 _____	_____ (eliminar el uno de ellos)
6 _____ 49 _____	_____ (eliminar el uno de ellos)
7 _____ 39 _____	_____ (eliminar el uno de ellos)
19 _____ 33 _____	_____ (eliminar el uno de ellos)
23 _____ 37 _____	_____ (eliminar el uno de ellos)
24 _____ 29 _____	_____ (eliminar el uno de ellos)
38 _____ 48 _____	_____ (eliminar el uno de ellos)

Puntuación del Índice INC _____

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

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

Nota: Este cuadernillo está impreso en milin. NO LO ACIPIE o no complete este requisito.

Copyright © 2006 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.



Manual Moderno®

D.R. © 2012 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 90100, México, D.F. Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana. Reg. núm. 39

	DEF	FIS	INQ	SOC
Puntuación natural Inactivos 1-24	_____	_____	_____	_____
Puntuación natural Inactivos 25-49	_____	_____	_____	_____
Puntuación natural total	_____	_____	_____	_____
TOT		+	+	_____

7.2 Anexo 2. Consentimiento informado de participación



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Universidad Nacional Autónoma de México
Unidad de Educación e Investigación.



Título del protocolo: Identificar Trastornos de ansiedad en niños y niñas escolares de 10 a 12 años de edad en la Escuela Primaria “Maestra Guadalupe Núñez y Parra en el año 2015”.

Investigador principal: Dr. Oscar Martínez Delgado Residente Medicina Familiar.

Sede donde se realizará el estudio: CMF Gustavo A. Madero.

Número de registro: _____

Nombre del participante: _____

Edad. _____ Grado escolar. _____

Fecha. _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. **JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.** Debido a que no se cuenta con los datos suficientes para establecer la magnitud de este problema, y que es de gran importancia ya que se ha visto que al presentar ansiedad en la etapa escolar se ve afectado su rendimiento académico, trastornos de la personalidad.
2. El **OBJETIVO** de este estudio es identificar y canalizar de manera oportuna a los escolares, que tengan cierto grado de ansiedad.
3. En caso de aceptar participar en el estudio se le realizara un cuestionario a su hijo que consta de 49 reactivos que podrán contestarse en 15 minutos ya que es fácil de contestar dando respuestas como si o no.

ACLARACIONES

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Cabe mencionar que la aplicación del cuestionario será aplicada de manera individual en presencia del encuestador y una enfermera o profesor. Y cabe señalar que no se realizara exploración física al escolar, solo será la aplicación del cuestionario.

Usted también tiene acceso a las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio a través de:
 Dr. Jaime Mas Oliva Secretario Técnico de las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina.
 Teléfono: 5623 2298

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor	Fecha
Testigo 1	Fecha
Testigo 2	Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador	Fecha
-------------------------------	--------------

Usted ha notado en su niño (a) los siguientes síntomas.	SI	NO
Le suden las manos.	()	()
Se manifieste con dolor de cabeza o abdomen.	()	()
Tenga miedo a la oscuridad o asistir a la escuela.	()	()
Manifieste palpitaciones.	()	()
Que presente palpitaciones.	()	()
Que le falte el aire.	()	()
Le cueste trabajo hacer amigos.	()	()
Problemas de conducta.	()	()

7.3 Anexo 3. Carta de asentimiento informado

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Escuela primaria “Maestra María Guadalupe Niñez y Parra”

Frecuencia de trastornos de ansiedad en niños y niñas escolares de 10 a 12 años de edad de la escuela primaria “Maestra María Guadalupe Núñez y Parra”

Asentimiento de menor de edad

Los alumnos de la escuela primaria “Maestra María Guadalupe Núñez y Parra” de ___ grado, grupo ___ estamos de acuerdo en participar que realizara el médico Oscar Francisco Martínez Delgado.

Estamos enterados que vamos a contestar un cuestionario que consta de 49 reactivos, con respuestas cortas; que tiene como objetivo obtener información en relación si presentamos o no ansiedad, y de ser necesario se nos enviara al área de psicología de la escuela para recibir orientación psicológica, y de ser necesario se nos canalizara con un médico familiar correspondiente a nuestra unidad médica, ya que como se nos comentó en la plática impartida por el médico la ansiedad es un trastorno que nos puede llevar a sufrir problemas en nuestro comportamiento individual, social, y si no es detectado a tiempo a realizar acciones que ponen en riesgo nuestra integridad como aislarnos de los demás, el consumir alguna sustancia ilícita, alcohol, o siendo esto muy grave atentar contra nosotros mismos por no sentirnos comprendidos y no encajar en un grupo social. Por lo que estamos interesados en participar.

Nuestra decisión es completamente voluntaria, se nos informó que no habrá ninguna consecuencia que ponga en peligro nuestra integridad como individuos, de la misma manera se nos informó que no realizaremos gastos, y no recibiremos alguna remuneración por nuestra participación.

Se nos mencionó que al momento de estar contestando el cuestionario de manera individual en compañía de nuestro profesor y el doctor podremos realizar preguntas o aclaración de dudas las veces que sea necesario, insistiéndonos que si decidimos abandonar o dejar de contestar el cuestionario nadie puede enfadarse o enojarse con nosotros.

El medico al momento de leer las instrucciones nos recuerda que son preguntas que debemos contestar sobre lo que nosotros creemos, aclarándonos que no hay preguntas correctas ni incorrectas.

Por lo que posterior al leer este documento decidimos firmar de acuerdo de participación aclarando que si nos sentimos incomodos o no queremos continuar podemos retirarnos sin repercutir en nuestra persona.

1. _____

7.4 Anexo 4 Puntuaciones T para evaluar el instrumento

CMASR-2									Perfil Masculino								
David K. Reynolds, Ph.D., and Bert O. Richmond, Ed.D.									Nombre o clave de identificación: _____ Fecha: _____ Clase: _____ Grado escolar: _____								
Edad 8 a 9 MASCULINO									Edad 9 a 14 MASCULINO								
Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil	Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil
>95	85						>95		>95	85						>95	
90	80						90		90	80						90	
75	75						75		75	75						75	
50	50						50		50	50						50	
25	25						25		25	25						25	
10	10						10		10	10						10	
5	5						5		5	5						5	
1	1						1		1	1						1	
<1	<1						<1		<1	<1						<1	
Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil	Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil
Puntuación natural _____ Puntuación natural _____									Puntuación natural _____ Puntuación natural _____								
Puntuación T _____ Puntuación T _____									Puntuación T _____ Puntuación T _____								
Puntuación del Índice INC _____ (valores de 5 o más indican la necesidad de una nueva investigación)									Puntuación del Índice INC _____ (valores de 5 o más indican la necesidad de una nueva investigación)								

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

Desglosar esta hoja antes de llenar el cuestionario



Manual Moderno®

D.R. 17/957 por
 Editorial Moderno México S.A. de C.V.
 Av. Suroeste 206-C, Col. Siglo Veintiuno, México, D.F.
 México y la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. 0466/08

CMASR-2

Perfil Femenino

Cecil R. Reynolds, Ph.D., and Bert O. Richmond, Ed.D.

Nombre o clave de identificación _____

Fecha _____

Edad _____

Grado escolar _____

Edad 9 a 8 FEMENINO									Edad 9 a 14 FEMENINO								
Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil	Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil
>99	>80						>80	>99	>99	>80						>80	>99
99	80						80	99	99	80						80	99
	79						79			79						79	
	78						78			78						78	
	77						77			77						77	
	76						76			76						76	
	75						75			75						75	
	74						74			74						74	
98	73		39	19	10		73	98	98	73		39	19	10		73	98
	72						72			72						72	
	71						71			71						71	
97	70		37				70	97	97	70		37				70	97
	69						69			69						69	
	68						68			68						68	
	67			18		13	67			67			18		13	67	
	66				9		66			66		36		9		66	
	65						65			65						65	
	64			17			64			64		34	17			64	
	63					12	63			63		33			12	63	
	62						62			62						62	
	61				8		61			61				8		61	
	60	9	31	16		11	60			60	9	31	16		11	60	
	59						59			59						59	
	58					10	58			58					10	58	
	57	8	29	15	7		57			57	8	29	15	7		57	
	56					9	56			56					9	56	
	55						55			55						55	
	54			14			54			54			14			54	
	53						53			53						53	
	52				6	8	52			52				6	8	52	
	51						51			51						51	
	50	7	25	12		7	50			50	7	25	12		7	50	
	49						49			49						49	
	48						48			48						48	
	47			11	5		47			47			11	5		47	
	46					6	46			46					6	46	
	45	6	22		4		45			45	6	22		4		45	
	44						44			44						44	
	43			9		5	43			43			9		5	43	
	42						42			42						42	
	41	4	16				41			41	4	16				41	
	40					4	40			40					4	40	
	39				3		39			39				3		39	
	38						38			38						38	
	37	3	13	6	2		37			37	3	13	6	2		37	
	36						36			36						36	
	35					3	35			35					3	35	
	34						34			34						34	
	33			5		2	33			33			5		2	33	
	32	2	9		1		32			32	2	9		1		32	
	31						31			31						31	
	30	1	7	3	0		30			30	1	7	3	0		30	
	29						29			29						29	
	28						28			28						28	
	27						27			27						27	
	26						26			26						26	
	25						25			25						25	
	24						24			24						24	
	23						23			23						23	
	22						22			22						22	
	21						21			21						21	
	20						20			20						20	
	19						19			19						19	
	18						18			18						18	
	17						17			17						17	
	16						16			16						16	
	15						15			15						15	
	14						14			14						14	
	13						13			13						13	
	12						12			12						12	
	11						11			11						11	
	10						10			10						10	
	9						9			9						9	
	8						8			8						8	
	7						7			7						7	
	6						6			6						6	
	5						5			5						5	
	4						4			4						4	
	3						3			3						3	
	2						2			2						2	
	1						1			1						1	
	0						0			0						0	
	<30						<30			<30						<30	
	<2						<2			<2						<2	
Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil	Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil
Puntuación natural _____									Puntuación natural _____								
Puntuación T _____									Puntuación T _____								
Puntuación del índice INC _____ (valores de 6 o más indican la necesidad de una nueva investigación)									Puntuación del índice INC _____ (valores de 6 o más indican la necesidad de una nueva investigación)								

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

 **Manual Moderno®**
 D.R. © 2012 por
 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Sonora 206, Col. Héroles, 06100, México, D.F.
 Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Desprender esta hoja antes de llenar el cuestionario