



RESUMEN

Antecedentes: Los trastornos de ansiedad en los niños/as, constituyen un gran problema de salud, mostrando una prevalencia elevada.

Objetivo: Determinar la prevalencia de conducta ansiógena y factores asociados, en niños/as de quinto a séptimo de básica de las escuelas “Santo Domingo de Guzmán” y “Brasil” del cantón Gualaceo, año lectivo 2011-2012.

Metodología: Estudio de prevalencia que incluyó a 310 niños/as en etapa escolar del Cantón Gualaceo, para el diagnóstico de ansiedad se utilizó el Test IDAREN y para funcionalidad familiar el test FF-SIL para el resto de variables se utilizó un cuestionario. Se utilizaron la razón de prevalencia con IC 95% y Chi cuadrado de Pearson para demostrar asociación entre ansiedad y factores asociados además del valor de p para la significancia estadística.

Resultados: La ansiedad-rasgo se ubicó en un 15.8%, la media de edad se ubicó en 10.10, el sexo masculino fue más prevalente con un 76.1%, el 35.5% de los estudiantes cursaban el sexto año de educación básica, el 64.5% de la población reside en el área urbana del Cantón, el 27.1% de las familias presentaron disfuncionalidad, no se presentó migración en el 64.5% de la población, el 12.6% de la población no practica deporte alguno.

Conclusiones: Los comportamientos ansiógenos fueron más prevalentes en las edades inferiores, el sexo masculino, en el área rural, en niños con disfuncionalidad familiar, con presencia de migración y en los que realizan actividad física. Únicamente el sexo se asoció estadísticamente con ansiedad.

DeCs: TRASTORNOS DE ANSIEDAD, ANSIEDAD-DIAGNOSTICO, FACTORES DE RIESGO, NIÑO, PREVALENCIA, FAMILIA.



ABSTRACT

Background: Anxiety disorders in children are a major health problem, showing a high prevalence.

Objective: Determine the prevalence of anxiety disorder and its associated factors in children from fifth to seventh grade, from the schools "Santo Domingo" and "Brazil", in the town of Gualaceo, school year 2011-2012.

Methods: Prevalence study that included 310 children in school age from the town of Gualaceo, for the diagnosis of anxiety disorder we used the IDAREN test, for family functioning FF-SIL test and for other variables we employed a questionnaire.

We used the prevalence ratio with 95% and Pearson Chi square to demonstrate association between anxiety disorder and associated factors, in addition to P value for statistical significance.

Results: Anxiety- trait stood at 15.8%, the average age stood at 10.10, the most prevalent gender was male with 76.1%, the 35.5% of students were enrolled in sixth year of basic education, 64.5 % of the population lives in urban areas of Gualaceo, 27.1% of the kids had dysfunctional families, did not show migration in 64.5% of the population, 12.6% of the population does not practice any sport.

Conclusions: The anxiety disorder was more prevalent in the lower age, male sex, in rural areas, in children with dysfunctional families, with the presence of migration and those who perform physical activity. Only sex was statistically associated with anxiety.

DeCs: ANXIETY DISORDERS, ANXIETY DIAGNOSIS, RISK FACTORS, CHILD, PREVALENCE, FAMILY.



INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	13
4. FUNDAMENTO TEORICO.....	15
4.1. DEFINICIÓN	15
4.2. EPIDEMIOLOGIA.....	16
4.3 CLASIFICACIÓN Y SINTOMATOLOGIA	16
4.4. CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS	18
4.5 DIAGNÓSTICO	21
4.6 TRATAMIENTO	22
5. HIPÓTESIS	23
6. OBJETIVOS.....	24
6.1. Objetivo general:.....	24
6.2. Objetivos específicos:	24
7. METODOLOGIA	25
7.1. Tipo de estudio.....	25
7.2. Universo de estudio	25
7.3 Muestra del estudio:.....	25
8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	26
9. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS.....	27
10. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	28
11. INSTRUMENTOS A UTILIZAR	28
12. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	28
12.1. MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS.....	28
13. RECURSOS:.....	30
13.1. RECURSOS MATERIALES	30
13.2. RECURSOS HUMANOS	30
14. RESULTADOS.....	31
14.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN	31



14.2 ESTADO Y RASGO DE ANSIEDAD.....	33
14.3 ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD- RASGO	34
14.4 CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO.....	35
15. DISCUSIÓN	39
16. CONCLUSIONES	42
17. RECOMENDACIONES	44
18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
19. ANEXOS	50



Nosotros, Valeria Estefanía Ríos Garzón, Flavio Alejandro Rodas Berrezueta y Sofía Paulina Quintero López, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médico y Médica respectivamente. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autores.

Nosotros, Valeria Estefanía Ríos Garzón, Flavio Alejandro Rodas Berrezueta y Sofía Paulina Quintero López, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de los autores



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA DE CONDUCTA ANSIÓGENA Y FACTORES ASOCIADOS,
EN NIÑOS DE QUINTO A SÉPTIMO DE BÁSICA DE LAS ESCUELAS
“SANTO DOMINGO DE GUZMÁN” Y “BRASIL” DEL CANTÓN GUALACEO,
AÑO LECTIVO 2011 -2012”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

**AUTORES: VALERIA ESTEFANÍA RÍOS GARZÓN.
FLAVIO ALEJANDRO RODAS BERREZUETA.
SOFÍA PAULINA QUINTERO LÓPEZ.**

DIRECTOR: DR. ISMAEL MOROCHO MALLA.

**CUENCA – ECUADOR
Julio-2012**



DEDICATORIA

A los niños de nuestro medio, quienes fueron la inspiración para la realización de la presente investigación.

LOS AUTORES



AGRADECIMIENTO

A los niños y autoridades de las escuelas “Santo Domingo de Guzmán” y “Brasil” del cantón Gualaceo, quienes permitieron llevar a cabo este estudio, y a los Doctores Ismael Morocho y Jaime Morales por el oportuno y constante asesoramiento.

LOS AUTORES



1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es parte de la salud integral y tiene raíces biológicas y sociales, es decir depende de las condiciones del ambiente natural y del ambiente construido por el hombre. De hecho ninguna de las condiciones interpersonales y humanas que modelan un estilo de vida particular es ajena a la salud mental.

Los trastornos mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. De acuerdo con los estimados proporcionados en el Informe de Salud Mundial 2001 de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida.

Los trastornos de ansiedad producen sentimientos de angustia, de miedo o intranquilidad. Si no se atienden, pueden disminuir la calidad de vida de un niño de manera significativa.

Algunas consecuencias de la ansiedad en los niños pueden ser: poca atención en la escuela, baja autoestima, relaciones interpersonales deficientes y dificultad para adaptarse a su entorno familiar y social. Con frecuencia, los trastornos de ansiedad son difíciles de reconocer y muchos niños que los sufren se avergüenzan y no piden ayuda. Por todo esto, es importante que los padres los puedan detectar a tiempo.

A veces, la ansiedad aparece disfrazada y la confundimos con otras cosas como flojera, falta de iniciativa, falta de confianza, o enfermedad. Pensamos que esto se debe a la edad propia del niño, a que está creciendo, a que está celoso, o porque es un niño hiperactivo.

Los resultados de la presente investigación son utilizados para concienciar sobre la presencia de estos problemas en nuestra población infantil, y además para generar a nivel del estado nuevos lineamientos políticos, para que se tome en consideración la importancia de reorientar sus servicios a este tipo de población que necesita de nuevas estrategias para garantizar la salud de los niños de una forma integral.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Trastornos de Ansiedad incluyen según DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Classification of Diseases*) Trastornos de inicio específico en la infancia y adolescencia (trastorno de separación), y otros cuya expresión es semejante a los Trastornos de Ansiedad del adulto. ⁽¹⁾

En las últimas dos décadas, la investigación en psicopatología infantil ha avanzado enormemente, lo que ha provocado cambios importantes en la práctica clínica y en la organización de servicios de salud mental y educación. Producto de estos cambios, ahora se da importancia a las experiencias de los niños en la escuela y la comunidad, y a las asociaciones entre dificultades educacionales, déficits cognitivos y psicopatología.

Según un estudio realizado en Taubaté, Brasil (2004), en una muestra constituida por 1.251 escolares de 7 a 14 años, en el que se utilizó el cuestionario DAWBA para padres, profesores y auto-reporte, que evalúa el bienestar y desarrollo de niños y adolescentes, se encontró una prevalencia global de trastornos psiquiátricos de 12.7%, entre estos la prevalencia del trastorno de ansiedad fue de 5.2 %. ⁽²⁾

Los trastornos de ansiedad, son unos de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada del 19,3% según estudios realizados por el Ministerio de Protección Social de Colombia (2003) en un grupo de niños de edad escolar. Lo anterior da cuenta de la relevancia que adquiere el diagnóstico temprano en la vida de los niños, ya que es posible que éste se convierta en determinante de su estado psicológico futuro. ⁽³⁾

En una revisión de Motivos de Consulta en adolescentes de 12-18 años realizada en el Servicio de Salud Mental Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires (2007), predominaron las alteraciones de conducta (29%), las relacionadas con "miedos a..." (Con síntomas físicos [ansiedad (20%)] o sin ellos), y las alteraciones relacionadas con el estado de ánimo (20%), que en su conjunto muestran la preocupación por los estados emocionales de los jóvenes y su relevancia central en la adolescencia. Además, al analizar los diagnósticos



de esta población sobre la base del DSM IV- TR, se encuentra un 27% de Trastornos del Estado de Ánimo y un 22% de Trastornos de Ansiedad. ⁽⁴⁾

Investigaciones realizadas en Barcelona-España, muestran unas tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad de entre el 8.9% y el 15,4% basándose en la combinación de diagnósticos. La fobia simple, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de ansiedad generalizada son los trastornos más frecuentes, con tasa de prevalencia del 9.2%. 4,1% y el 4,6%, respectivamente. Respecto a la fobia social, su prevalencia es del 1%. Los estudios clínicos, referidos a poblaciones de niños tratados no generan diferencias significativas en el ratio de género hasta la adolescencia, momento en el cual los trastornos de ansiedad predominan en las mujeres. ⁽⁵⁾

Según un estudio realizado en la Unidad de Psicología del CIS de Hortaleza, Madrid (2000), con una muestra se compuesta por 404 sujetos (265 varones y 139 mujeres) con edades comprendidas entre los 0 y los 18 años, reveló que los grupos de edades en la que la tasa de prevalencia diagnóstica de trastornos de ansiedad es más elevada, son los niños comprendidos entre los 6-9 años (13.3%) y los 10-13 años (17.4%). Se encontró una correlación altamente significativa entre el tipo de trastorno y la edad de los sujetos ($X^2 = 76.33. = 30$, $p = 0.0001$) y un coeficiente de contingencia de 0.41, mostrando así que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva. ⁽⁶⁾

Según Ruiz y Begoña, la evolución natural de esta patología sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo. ⁽⁷⁾

Como se puede evidenciar la prevalencia de este tipo de trastornos en la población infanto-juvenil es importante a nivel mundial y en las Américas, nuestro país no escapa a esta realidad, y a pesar de no encontrarse estudios o bibliografía sobre los trastornos de ansiedad en la infancia, en comparación con la existente en los adultos, creemos que por lo invalidantes que pueden ser dichos trastornos y su posterior consecuencia en la vida adulta, es necesario atender determinados signos de ansiedad visibles en los niños y así mejorar la calidad de vida de los mismos.



Por estas situaciones reales, se planteó la presente investigación, que tuvo como punto de partida conocer nuestra realidad en cuanto a la prevalencia de trastornos de ansiedad y sus factores asociados, así como incentivar propuestas de intervención y apoyar la promoción de políticas públicas hacia la atención primaria en salud mental infantil.

La pregunta de investigación fue:

-¿Cuál es la prevalencia de conducta ansiógena y factores asociados en niños/as de quinto a séptimo de básica de las escuelas “Santo Domingo de Guzmán” y “Brasil” del cantón Gualaceo, año lectivo 2011-2012?

3. JUSTIFICACIÓN

Los estudios epidemiológicos de trastornos mentales en niños y adolescentes han mostrado prevalencias altas y necesidades insatisfechas, a su vez las necesidades insatisfechas de atención en salud mental infantil hacen necesarios investigaciones que sirvan de base para realizar programas preventivos efectivos.

Tanto la niñez como la adolescencia son etapas cruciales en el desarrollo humano, producto de diversos y profundos cambios a nivel físico, social y psicológico.

Después de haber realizado una revisión exhaustiva acerca del trastorno de ansiedad, pudimos evidenciar que tanto a nivel nacional como local, no se han encontrado estudios concretos de la prevalencia de dicho trastornos, reflejando la falta de atención en este grupo de edad.

El concepto de salud mental constituye una denominación que hace énfasis en los aspectos preventivos de las enfermedades y alteraciones mentales. La salud mental es un proceso evolutivo y dinámico de la vida. En este proceso intervienen múltiples factores: como un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales.

Las causas para este creciente fenómeno son difíciles de establecer, entre estas podría mencionarse la alta tasa de separación familiar por emigración, pues las estadísticas oficiales tomadas del Censo de Población y Vivienda 2001 INEC y de la Dirección Nacional de Migración, indican que existe alrededor de 1'500.000 de ecuatorianos fuera del país.⁽⁸⁾

El impacto científico es que a pesar de que está claro que existe una alta prevalencia de trastornos mentales como los de ansiedad en niños y adolescentes, y que diversos países del mundo, de América Latina y el Caribe, han empezado políticas de salud adecuadas para este grupo etario, debemos investigar su prevalencia, demostrando nuestra realidad, seguido de trabajos de intervención que mejoren su estado de salud mental dirigido a la atención



primaria en salud, pues no está claro lo que sucede en nuestros niños y jóvenes en cuanto a salud mental se refiere.

Los beneficiarios de esta investigación serán principalmente los niños/as y sus familias, facilitando un diagnóstico temprano, así como profesores, médicos e investigadores, pues conoceremos más a fondo la realidad de nuestros niños/as.



4. FUNDAMENTO TEORICO

4.1. DEFINICIÓN

De acuerdo con el DSM IV-TR, el trastorno de ansiedad es la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. ⁽¹⁾

Según Díez y Sánchez (2000), la ansiedad se ha definido como una reacción adaptativa ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo, que actúa como un sistema de alerta ante situaciones potencialmente peligrosas. Ante la percepción de una situación considerada como amenazante, un “programa ansioso” es activado de forma refleja. ⁽³⁾

Para Ruiz y Begoña (2005), la ansiedad patológica consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión. La persona que tiene ansiedad teme volverse loca, morirse o realizar un acto incontrolable. Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas cognitivos y somáticos que son característicos y que expresan la activación del sistema autonómico (inquietud psicomotriz, piloerección, taquicardia, taquipnea, sensación de muerte inminente, tensión, etc.). Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social. ⁽⁷⁾

Distinguir entre normal y patológico es particularmente complicado en el caso de los trastornos de ansiedad, debido a que ésta tiene funciones adaptativas. En el caso de los niños, una regla de oro que nos ayuda a determinar el dintel diagnóstico entre la normalidad y la patología, es la capacidad del niño para recuperarse de la ansiedad y permanecer libre de ésta cuando la situación que la ha provocado ha desaparecido, lo que se denomina flexibilidad en la adaptación afectiva. ⁽⁷⁾

4.2. EPIDEMIOLOGIA

Un estudio realizado en Puerto Rico por Canino y colaboradores (2004), en una muestra probabilística según nivel socioeconómico, entrevistaron 1886 niños de 4 a 17 años mediante criterios diagnósticos del DSM IV, se observó una prevalencia de trastornos psiquiátricos de 19.8% y de la cual el 2.9% correspondió al trastorno de ansiedad. ⁽⁹⁾

Es cada vez más conocido que el inicio de estos trastornos se observa con mayor frecuencia durante la niñez o la adolescencia. (Kessler 2007). Se ha informado una prevalencia en la comunidad infantil de 4% a 7% cuando se evalúan según los criterios del DSM-IV (adaptados al trastorno), con una incidencia acumulativa de trastornos de ansiedad del 10% a los 16 años de edad (Canino 2004; Ford 2003). ⁽¹⁰⁾

Los trastornos de ansiedad en la niñez y la adolescencia tienden a ser crónicos si el paciente no recibe tratamiento, y son potencialmente incapacitantes (Keller 1992, Woodward 2001). Las investigaciones han revelado que el resultado a largo plazo de los jóvenes con trastornos de ansiedad, es más deficiente en cuanto a la salud física y mental, la calidad de vida y el logro, que el de los niños sin dichos trastornos (Woodward 2001). El inicio temprano de estos trastornos puede deteriorar los procesos del desarrollo personal y social, lo que contribuye al hallazgo de que los adultos con trastornos de ansiedad tienen un punto de vista subjetivo más deficiente de su salud mental y física, relaciones sociales, ocupación y vida familiar (Olatunji 2007). ⁽¹¹⁾

4.3 CLASIFICACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA

La clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia, aún no tiene un carácter definitivo. Las dos clasificaciones internacionales al uso, ICD-10 (*International Classification of Diseases*) y DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Classification of Diseases*), reseñan que existen algunos trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y en la adolescencia por 4 razones básicas:



1. La mayoría de los niños que sufren trastornos de ansiedad son sujetos normales en la vida adulta y sólo una minoría terminará padeciendo algún trastorno.
2. Muchos trastornos emocionales pueden considerarse exageraciones de las respuestas normales del niño.
3. Los mecanismos etiopatogénicos pudieran ser diferentes.
4. Los trastornos emocionales de los niños se diferencian con menos claridad que los del adulto en entidades específicas.

La ICD-10 considera que los trastornos emocionales de inicio en infancia y adolescencia son: ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad con los hermanos. ⁽¹⁾

La DSM IV-TR incluye en este grupo sólo el trastorno por ansiedad de separación. El resto de trastornos de ansiedad se delimitan según un diagnóstico sindrómico que es el mismo en los niños y adolescentes que en los adultos, los que incluyen:

- La crisis de angustia (*panic attack*)
- La agorafobia
- El trastorno de angustia sin agorafobia
- El trastorno de angustia con agorafobia
- La agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- La fobia específica
- La fobia social
- El trastorno obsesivo-compulsivo



- El trastorno por estrés postraumático
- El trastorno por estrés agudo
- El trastorno de ansiedad generalizada
- El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- El trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- El trastorno de ansiedad no especificado

Dentro de los trastornos de ansiedad que se inician en la infancia y la adolescencia se encuentra:

- **Trastorno de ansiedad por separación:** La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación, es una ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado. La ansiedad es superior a la esperada en sujetos del mismo nivel de desarrollo. La alteración debe mantenerse durante un período de por lo menos 4 semanas, empezar antes de los 18 años y provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, Académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. ⁽¹⁾

4.4. CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS

Entre los factores de riesgo para el trastorno de ansiedad generalizada, según una revisión bibliográfica realizada por Scholten (2010), incluyen:

Sexo: Las mujeres tienen más riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada que los hombres. Razones para esto incluyen factores hormonales, expectativas culturales (cuidar las necesidades de otras personas en casa, en la comunidad, y en el trabajo), y mayor voluntad para visitar a los médicos y hablar acerca de su ansiedad.



Historial familiar: Los trastornos de ansiedad tienden a encontrarse en familias. Esto podría ser a causa de dinámicas familiares, como el no lograr aprender habilidades efectivas para enfrentar problemas, comportamientos sobreprotectores, abuso, y violencia.

Factor genético: Aproximadamente uno de cada cuatro (25%) parientes de primer grado con trastorno de ansiedad general serán afectados.

Factores socioeconómicos y étnicos: Miembros de grupos minoritarios pobres, particularmente inmigrantes, tienden a tener un riesgo más alto de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada. Esto podría ser a causa de problemas para ajustarse a una nueva cultura, sentimientos de inferioridad, alienación, y pérdida de fuertes lazos familiares.

Factores culturales: La ansiedad puede estar relacionada con una falta de conexiones sociales y un sentido incrementado de amenaza en el entorno.

Eventos estresantes en personas susceptibles: La aparición inicial del trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia sigue a un evento altamente estresante, como la pérdida de un ser amado, pérdida de una relación importante, la pérdida de un empleo, o ser víctima de un crimen.⁽¹¹⁾

Numerosos estudios sustentan científicamente los factores de riesgo citados anteriormente:

- En un estudio realizado por Zubeidat y colaboradores, España (2008), con una muestra seleccionada por un muestreo incidental constituida por 1012 adolescentes (582 mujeres y 430 hombres) de enseñanza secundaria de la provincia de Granada, España, con un margen de edad de 13–19 años ($M=15.80$; $DT=1.48$), se estudió los posibles factores de riesgo demográficos, de competencias e índices clínicos para la ansiedad social. En cuanto a las variables demográficas, el sexo y la relación de pareja se encontraron asociadas a la ansiedad social. Las mujeres mostraron una probabilidad de padecer ansiedad social ($OR=1.91$) significativamente mayor que los hombres ($OR=0.52$). Por

otra parte, la probabilidad de presentar alguna psicopatología fue significativamente mayor entre los adolescentes con una relación de pareja ($OR=1.66$) que entre los que no mantenían una. Entre las competencias, se encontraron asociadas a la ansiedad social variables como actividades deportivas, amigos íntimos, participación con amigos y hacer cosas por uno mismo. Los jóvenes que informaron no realizar ninguna actividad deportiva presentaron una probabilidad de padecer ansiedad social ($OR=2.72$) significativamente mayor que los que realizaron una ($OR=0.67$), dos ($OR=0.98$) o tres ($OR=0.78$) actividades. Los jóvenes que no contaron con algún amigo íntimo, presentaron ansiedad social ($OR=4.10$) más frecuentemente que los que tuvieron uno ($OR=1.18$), dos ($OR=1.18$) o tres ($OR=0.59$) amigos. Además, los jóvenes que no participaron en actividades con los amigos ($OR=2.34$) o sólo en una actividad semanal ($OR=1.78$), mostraron una probabilidad significativamente mayor de experimentar ansiedad social, que los que compartieron dos o más actividades ($OR=0.43$). Los jóvenes sin automanejo padecían ansiedad social con una frecuencia significativamente mayor ($OR=3.62$) que los que se auto manejaron en una ($OR=0.78$) o dos ($OR=0.58$) ocasiones.⁽¹²⁾

- El número de miembros de la familia con un trastorno de ansiedad específico, se relaciona linealmente, con el riesgo de que un niño de esa familia también pueda desarrollar ese trastorno específico, de acuerdo con un estudio de cohorte prospectivo de casi 10.000 niños en Brasil, realizado por Helwick, investigador de Instituto Nacional Brasileño de Psiquiatría del Desarrollo y de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre (2011), mostrando que una alta densidad de síntomas de ansiedad en las familias predice el padecimiento de dichos trastornos en los niños, así las familias en las que ningún miembro tenía un trastorno de ansiedad, la prevalencia en el niño índice fue sólo el 10%. Este porcentaje aumentó al 30%, si el 1% a 20% de los familiares se vieron afectados y 80% si al menos el 80% de los miembros de la familia fueron afectados. Este riesgo es muy alto sobre todo para trastornos de pánico.⁽¹³⁾

- Según Sierra y colaboradores, España (2006), entre los factores familiares de vulnerabilidad se mencionan ciertos estilos de crianza (por ejemplo, la sobreprotección excesiva, el control y la intromisión), el abandono, el escaso contacto con las situaciones sociales y el modelado. En cuanto a este último, se ha encontrado que los familiares de primer grado de personas aquejadas de fobia social tienen alta probabilidad de sufrir altos niveles de ansiedad social, llevando a la cristalización de la misma por estos familiares, mediante una serie de mensajes verbales y comportamentales. Los "mensajes" verbales bien resaltarían posibles peligros en las situaciones sociales o bien transmitirían unas creencias que reflejarían la importancia de conseguir un desempeño espectacular. Por su parte, los mensajes comportamentales pueden dar lugar a sentimientos de disgusto en las situaciones sociales y a la manifestación de muestras de ansiedad por parte de algunos progenitores, evitando las mismas para aliviarse. Otro factor importante dentro de los estilos de crianza inadecuados, es la concesión de pocas oportunidades de exposición y de práctica en los encuentros sociales. Esto llevaría a los sentimientos de ineficacia por la falta de familiaridad, sin poder hacer frente o actuar en dichos encuentros, pudiendo valorarlos como misteriosos, difíciles y complejos. En esta línea, los sujetos ansiosos informan que sus padres son sobreprotectores, carentes de afecto e incapaces de proporcionar apoyo emocional.⁽¹⁴⁾

4.5 DIAGNÓSTICO

- **STAIC-IDAREN**(Anexo 2): En 1973, Spielberger y sus colaboradores diseñaron el State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) para evaluar la ansiedad en niños estadounidenses de escuelas elementales, la versión española (IDAREN) fue traducida. El IDAREN es un inventario autodescriptivo subdividido en dos partes. La primera pretende medir la ansiedad como estado (condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del

sistema nervioso autónomo; tal estado puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo). En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como rasgo (refiriéndose a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad- estado).^(15,16)

- **FF-SIL**(Anexo 3): instrumento construido por Ortega, Master en Psicología de Salud , Cuba (1999) para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide siete variables: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, clasificando a las familias en funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales.⁽¹⁷⁾

4.6 TRATAMIENTO

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son relativamente frecuentes. Se asocian con morbilidad significativa y deterioro en el funcionamiento social y académico, y cuando son persistentes existe riesgo de depresión, intentos de suicidio y abuso de sustancias en la edad adulta (James A. 2008).⁽¹⁸⁾

Un meta-análisis realizado por Ipser y colaboradores en la universidad de Oxford, Chinchester (2009), en el que se incluyeron 22 ECAs a corto plazo (< = 16 semanas) compuesto por 519 participantes, cuya finalidad fue evaluar la eficacia y la tolerabilidad de los fármacos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños. La mayoría de los ensayos evaluó la eficacia de los ISRSs (N = 15). Se observó la respuesta a los fármacos y al placebo en el 58,1% y 31,5% de pacientes, respectivamente. La farmacoterapia fue más efectiva que el placebo para reducir la gravedad general de los síntomas en el TOC, en una comparación con el placebo (N = 7, diferencia de medias ponderada [DMP] -4,45, IC del 95% = -5,94, -2,97; n = 765). En general, la farmacoterapia fue menos tolerada que el placebo, aunque la proporción absoluta de participantes que se retiraron debido a los eventos adversos relacionados con los fármacos fue baja (4,9%). Concluyéndose así que los



tratamientos con fármacos pueden ser efectivos en los trastornos de ansiedad en niños, actuando al reducir los síntomas centrales, y deberían considerarse parte del tratamiento de este trastorno. ⁽¹⁰⁾

Un ensayo controlado aleatorizado realizado por Lau y colaboradores, evaluó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la ansiedad infantil versus ninguna intervención o lista de espera, en una clínica comunitaria de Hong Kong, China (2010). La muestra contó con cuarenta y cinco niños de 6-11 años. Los niños en la condición de tratamiento mostraron una reducción significativa en los síntomas de ansiedad, tanto estadística como clínicamente, mientras que los niños en la condición de lista de espera, no lo hizo. Después de que el período de lista de espera había terminado, el grupo de control también recibió el programa de tratamiento y mostraron una reducción similar de los síntomas. Para la muestra total de 45 niños, la eficacia de la intervención fue significativa inmediatamente después del tratamiento y en 3-6 meses de seguimiento. ⁽¹⁹⁾

5. HIPÓTESIS

La prevalencia de conducta ansiógena en niños de quinto a séptimo de básica de las escuelas “Santo Domingo de Guzmán” y “Brasil” del cantón Gualaceo, año lectivo 2011-2012, es alta y está asociada a factores como: edad, sexo, residencia, disfuncionalidad familiar, emigración, actividad deportiva.



6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general:

Determinar la prevalencia de conducta ansiógena y factores asociados, en niños/as de quinto a séptimo de básica de las escuelas “Santo Domingo de Guzmán” y “Brasil” del cantón Gualaceo, año lectivo 2011-2012.

6.2. Objetivos específicos:

6.2.1. Establecer un diagnóstico en niños/as de quinto a séptimo de básica con conducta ansiógena, mediante el test STAIC (IDAREN) para ansiedad infantil.

6.2.2. Determinar la prevalencia de la conducta ansiógena, según edad, sexo, residencia, años de escolaridad.

6.2.3. Establecer la asociación entre conducta ansiógena y factores como: edad, sexo, residencia, funcionalidad familiar (mediante el test FF-SIL), emigración y actividad deportiva.



7. METODOLOGIA

7.1. Tipo de estudio:

Diseño descriptivo de corte transversal

7.2. Universo de estudio:

La muestra estuvo constituida por todos los niños/as matriculados en el año lectivo septiembre 2011 a julio 2012, que se encontraron cursando entre quinto a séptimo de básica de las escuelas “Santo Domingo de Guzmán” y “Brasil” del cantón Gualaceo, sumando un total de 487 estudiantes, de los cuales 183 pertenecen a la primera escuela y 302 de la segunda escuela respectivamente.

7.3 Muestra del estudio:

La muestra fue aleatoria, probabilística y representativa del universo. La muestra fue calculada en base a un universo finito de 487 estudiantes, con una probabilidad de ocurrencia del 5.2%, un nivel de confianza de 95% (1.96), un 4 % como peor resultado esperado; y una precisión o error de 5%. Con estos valores se obtuvo una muestra de 310 estudiantes, de los cuales el 37.9% (118) pertenecerán a la escuela “Santo Domingo de Guzmán” y el 62.1% (192) a la escuela “Brasil”.

7.3.1. Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyó a todos los niños/as matriculados entre quinto y séptimo año de básica, que se hallaron cursando hasta el momento de la recolección de datos, que voluntariamente aceptaron participar en la investigación, mediante el asentimiento informado (en caso de tener 12 años o más), y cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

Se excluyeron a los niños con algún problema, el mismo que le impida participar o cuyos padres no autorizaron.

**8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Características fenotípicas del ser humano.	Fenotipo.	Caracteres sexuales.	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo en años.	Años cumplidos según información directa del encuestado, cédula de identidad o registro escolar.	Numérica: 9 años 10 años 11 años 12 años 13 años
Año que cursa en la Escuela	Nivel de estudios en que se encuentra.	Año de estudio que cursa.	Registro escolar o información directa del encuestado.	Quinto Sexto Séptimo
Residencia	Lugar en que se reside o vive.	Ubicación geográfica.	Registro escolar o información directa del encuestado	Urbano Rural.
Funcionalidad Familiar:	Mayor o menor posibilidad de adaptación, participación, crecimiento, afectividad y	Funcionalidad familiar dentro del hogar.	FF- SIL	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional



	capacidad para resolver problemas dentro del hogar, considerados como determinantes en la interrelación familiar			Severamente disfuncional
Emigración	Acción o efecto de pasar de un país a otro para establecerse en él.	Emigración fuera del país.	Emigración de progenitores . Información directa del encuestado	Madre Padre Ambos Ninguno
Ansiedad	Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de síntomas	Ansiedad permanente	STAIC (IDAREN)	Positivo Negativo
Actividad deportiva	Es toda aquella actividad que involucra movimiento físico	Deporte	Información directa del encuestado	Positivo Negativo

9. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

Para la ejecución del estudio se tuvo en consideración las normas bioéticas, respetando el derecho a la integridad de la persona participante en la investigación y adopción de toda clase de precauciones para resguardar su intimidad y evitar efectos adversos de la investigación sobre su condición física,



mental, psicológica y moral, así como el compromiso de preservar el carácter confidencial de la información que se obtenga. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas, la autorización de los directores de las escuelas (Anexo 4), y el consentimiento informado, en el cual los padres o representantes tuvieron la capacidad de decidir si sus hijos o representados participan o no en el estudio (Anexo 5), ofreciéndoles información detallada sobre el estudio. En los niños de doce años o más se solicitó el asentimiento informado (Anexo 6).

10. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de datos fue realizada por los autores, en las escuelas “Santo Domingo de Guzmán” y “Brasil” del cantón Gualaceo, en base a la aplicación del formulario de datos personales, el FF-SIL ⁽¹⁷⁾ (Anexo 2), y el Test IDAREN que es modificado del STAIC por A. Lorenzo en 1992⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ (Anexo 3), validado previamente, los cuales duraron 20 minutos aproximadamente, y en los que constan las variables a ser estudiadas.

11. INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Los datos se recogieron mediante formularios numerados, previamente validados, test STAIC (IDAREN)⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ para el diagnóstico de conducta ansiógena y el test FF-SIL ⁽¹⁷⁾ para valoración de la funcionalidad familiar.

12. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

12.1. MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS

Para el ingreso de los datos, se utilizó el programa SPSS 15.00 versión Evaluación, y Microsoft Office y tabulados en cuadros y tablas según las variables.

Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje y tablas basales, en las que constarán todas las variables en estudio y su relación con la ansiedad.

Variable	Ansiedad						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo								
Masculino								
Femenino								

*Se remplazaron paulatinamente las diferentes variables en esta fila, y se obtuvieron las respectivas frecuencias.

Para buscar la asociación entre los factores de riesgo y la conducta ansiógena se utilizará la razón de prevalencia, con un nivel de confianza (IC) del 95%; y para ver la significancia estadística se utilizará el Chi cuadrado de Pearson. Para la razón de prevalencia se empleará una tabla de doble entrada así:

		Conducta ansiógena		
		+	-	
Factor de riesgo	+	A	b	a+b
	-	C	d	c+d
		a+c	b+d	

RP IC 95% p

Prevalencia Expuesto= $a/(a+b)$

Prevalencia No expuestos= $c/(c+d)$

RP= $\frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}$

Para este estudio se consideró como positivo para el diagnóstico de conducta ansiógena, la ansiedad como rasgo, más no como estado, debido a que este último es una condición o estado emocional transitorio, que puede fluctuar en el tiempo, mientras la ansiedad como rasgo, se refiere a una diferencia individual, relativamente estable en la propensión a la ansiedad.



13. RECURSOS:

13.1. RECURSOS MATERIALES

- Establecimientos – escuelas del cantón Gualaceo (Santo Domingo de Guzmán y Brasil).
- Cuestionario para recolección de datos.
- Recursos bibliográficos: libros, revistas, internet, publicaciones.
- Computadores, materiales de escritorio.

13.2. RECURSOS HUMANOS

13.2.1. Recursos Humanos Directos:

13.2.1.1.Responsables de la investigación:

- Valeria Estefanía Ríos Garzón.
- Flavio Alejandro Rodas Berrezueta.
- Sofía Paulina Quintero López.

13.2.1.2. Director: Dr. Ismael Morocho Malla.

13.2.2.Recursos Humanos Indirectos:

- Niños/as.
- Directores de las escuelas Santo Domingo de Guzmán y Brasil.
- Representantes legales de los niños/as.
- Profesores.

14. RESULTADOS

14.1 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Tabla 1. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según edad, sexo, año que cursa, residencia, funcionalidad familiar, migración y actividad deportiva. Cuenca 2012.

Edad en años*	Frecuencia	Porcentaje
8-10 años	204	65,8
11-13 años	106	34,2
Total	310	100,0
Sexo		
MASCULINO	236	76,1
FEMENINO	74	23,9
Total	310	100,0
Año que cursa el estudiante		
QUINTO	96	31,0
SEXTO	110	35,5
SEPTIMO	104	33,5
Total	310	100,0
Residencia		
URBANO	200	64,5
RURAL	110	35,5
Total	310	100,0
Valoración según el FF-SIL		
FUNCIONAL	226	72,9
DISFUNCIONAL	84	27,1
Total	310	100,0
Migración familiar		
PADRE	61	19,7
MADRE	10	3,2
PADRES	39	12,6
NINGUNO	200	64,5
Total	310	100,0
Actividad deportiva		
SI	271	87,4
NO	39	12,6
Total	310	100,0

*

X= 10.10 años

DS= 1.01 años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Quinteros S, Rodas F, Ríos V.



La tabla 1 nos indica la distribución de la población estudiada según las características demográficas con respecto a la edad encontramos que la edad mínima encontrada fue 8 años y la máxima de 13 años, la media se ubicó en 10.10 años con un desvío estándar en 1.01 años; los 10 años fue la edad más frecuente con un 36.1% en segundo lugar los 9 y 11 años con un 26.5% cada una; la edad mínima fue los 13 años con un 1.3%.

El sexo masculino fue el más prevalente con un 76.1%.

El 35.5% de los estudiantes al momento de la encuesta cursaban el sexto año de educación básica; el 33.5% séptimo año y el 31% en quinto año.

El 64.5% de la población reside en el área urbana del Cantón mientras que el 35.5% reside en el área rural.

El 72.9% de la población presentó funcionalidad familiar mientras que el 27.1% disfuncionalidad.

No se presentó migración en el 64.5% de la población; en el 19.7% de los casos fue el padre de familia quien migró, en un 3.2% la madre y en el 12.6% ambos progenitores migraron.

El 12.6% de la población no practica deporte alguno.



14.2 ESTADO Y RASGO DE ANSIEDAD

Tabla 2. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según estado y rasgo de ansiedad. Cuenca 2012.

Ansiedad-Estado	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	67	21,6
MEDIO	226	72,9
ALTO	17	5,5
Total	310	100,0
Ansiedad-Rasgo		
BAJO	47	15,2
MEDIO	214	69,0
ALTO	49	15,8
Total	310	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Quinteros S, Rodas F, Ríos V.

Tanto los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo más prevalente fueron los niveles medios con el 72.9% y 69% respectivamente; los niveles bajos fueron los segundos en prevalencia y los niveles de ansiedad altos los menos prevalentes.



14.3 ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES ASOCIADOS CON ANSIEDAD-RASGO

Tabla 3. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según asociación entre ansiedad-rasgo y factores de riesgo.

Factor	Ansiedad-Rasgo						Total
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Edad en años							
8-10 años	27	13,2	143	70,1	34	16,7	204
11-13 años	20	18,9	71	67	15	14,2	106
Sexo							
Masculino	34	14,4	159	67,4	43	18,2	236
Femenino	13	17,6	55	74,3	6	8,1	74
Residencia							
Urbana	31	15,5	138	69	31	15,5	200
Rural	16	14,5	76	69,1	18	16,4	110
Año de escolaridad							
Quinto	13	13,5	65	67,7	18	18,8	96
Sexto	15	13,6	79	71,8	16	14,5	110
Séptimo	19	18,3	70	67,3	15	14,4	104

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Quintero S, Rodas F, Ríos V.

Como se indicó anteriormente, para el análisis de la asociación entre conducta ansiógena y los diferentes factores de riesgo estudiados, se tomo en cuenta únicamente a la ansiedad como rasgo.

En el grupo de edad entre 8-10 años se evidenció un mayor porcentaje de ansiedad-rasgo alto comparado con el grupo de edad entre 11-13 años (16,7% versus 14,2%), pero esta tendencia se invierte al analizar el nivel bajo de ansiedad-rasgo, en donde el grupo de edad entre 11-13 años presenta mayor porcentaje de estudiantes (18,9% versus 13,2%).

El sexo masculino presentó mayor número de individuos con nivel alto de ansiedad rasgo en comparación con el sexo femenino (18,2% versus 8,1%), que en su mayoría presento niveles medios y bajos de ansiedad rasgo.



En los estudiantes residentes en el rural se encontró niveles de ansiedad-rasgo media y alta, mientras que en los residentes del área urbana, se encontraron niveles bajos.

Al analizar la variable escolaridad, se encontró que los estudiantes de quinto año presentaron una prevalencia de ansiedad-rasgo alta, en comparación con los estudiantes de sexto y séptimo año de básica que se observó niveles de ansiedad-rasgo media y baja respectivamente.

14.4 CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO

Para la realización de las tablas de contingencia, se tomó en cuenta los valores altos de ansiedad-rasgo como conducta ansiógena positiva, mientras que los valores medios y bajos se consideraron como conducta ansiógena negativa.



Tabla 4. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según
Cuantificación del riesgo de ansiedad.

Factor asociado	Conducta ansiógena		Total	RP (IC 95%)	P
	Presente	Ausente			
	n (%=)	n (%)			
Edad en años*					
8-10 años	34 (16.7)	170 (83.3)	204	1.18 (0.67-2.06)	0.564
11-13 años	15 (14.2)	91 (85.8)	106		
Total	49 (15.8)	261 (84,2)	310		
Sexo**					
Masculino	43 (18.2)	193 (81.8)	236	2.25 (1-5.068)	0.03
Femenino	6 (8.1)	68 (91.9)	74		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		
Residencia***					
Urbana	31 (15.5)	169 (84.5)	200	0.95 (0.56-1.61)	0.84
Rural	18 (16.4)	92 (83.6)	110		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		
Funcionalidad familiar ****					
Disfuncionalidad Familiar	16 (19)	68 (81)	84	1.30 (0.76-2.24)	0.34
Funcionalidad Familiar	33 (14.6)	193 (85.4)	226		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		
Migración familiar *****					
Presente	18 (16.4)	92 (83.6)	110	1.06 (0.62-1.80)	0.84
Ausente	31 (15.5)	169 (84.5)	200		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		
Actividad deportiva*****					
Presente	45 (16.6)	226 (83.4)	271	1.62 (0.62-4.25)	0.30
Ausente	4 (10.3)	35 (89.7)	39		
Total	49 (15.8)	261 (84.2)	310		

* Chi cuadrado: 0.332

** Chi cuadrado: 4.33

*** Chi cuadrado: 0.04

**** Chi cuadrado: 0.91

***** Chi cuadrado: 0.04

***** Chi cuadrado: 1.033

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Quintero S, Rodas F, Ríos V.



La tabla 4 nos indica las asociaciones y el tamaño del riesgo de las distintas variables en estudio con la presencia de conductas ansiógenas en la población estudiada.

La variable edad se dicotomizó en 2 intervalos mutuamente excluyentes y en base a la prevalencia según edad, de esta manera y tomando en cuenta esta salvedad, observamos que las conductas ansiógenas estudiadas son menores en los estudiantes de 8-10 años en comparación con los de mayor edad: 11-13 años (16.7% versus 14.2% respectivamente); sin embargo si observamos el valor de $p > 0.05$ concluimos que estas diferencias no representaron significancia estadística; al momento de analizar las asociaciones entre la edad y conducta ansiógena observamos un valor de Chi cuadrado de Pearson de 0,332, lo que indica la baja probabilidad de asociación entre estas variables; por último el tamaño del efecto para la edad de 8-10 años fue de 1.18 veces mayor riesgo de conducta ansiógena, sin embargo los intervalos de edad fueron: 0.67 para el inferior y 2.06 para el superior lo que invalida el riesgo encontrado. La edad no se asocia a conductas ansiógenas y el tamaño del efecto no fue significativo.

El sexo más afectado por ansiedad fue el masculino con el 18.2% versus el 8.1% encontrado en el sexo femenino, éstas diferencias son estadísticamente significativas con un valor de $p: 0.03$; el riesgo de conducta ansiógena es 2.2 veces mayor en el sexo masculino que en el femenino, con un intervalo de confianza inferior ubicado en 1 y el superior en 5.06. El sexo masculino se asocia a conducta ansiógena presentado Chi cuadrado de Pearson de 4,33.

En cuanto lugar de residencia, no se encontró asociación entre este y la presencia de conducta ansiógena (Chi cuadrado de Pearson de 0,04).

La variable funcionalidad familiar también fue dicotomizada por motivos de análisis estadístico de la siguiente manera: todos los niveles de funcionalidad fueron agrupados en la variable exposición funcionalidad familiar, por otro lado todos los niveles de disfuncionalidad fueron agrupados en la variable del mismo nombre, con esta aclaración se realizó la tabla de contingencia observada, de la cual extraemos los siguientes resultados: la conducta ansiógena en los niños de la población estudiada es mayor en niños provenientes de familias



disfuncionales RP 1.30; sin embargo no se encontró que estas diferencias sean significativas.

La variable emigración al igual que las variables edad y funcionalidad familiar también fue dicotomizada, se agrupó a los escolares en 2 grupos: grupo 1: sin migración familiar; grupo 2: migración de padre de familia, madre de familia y/o ambos, estos se agruparon en la variable exposición: migración presente; con estas anotaciones se encontró que la emigración no esta asociada a la conducta ansiógena (Chi cuadrado 0,91), sin embargo el riesgo de conducta ansiógena en niños/as con familiares migrantes aumenta en 1.06 veces.

Las conducta ansiógena fue mayor en niños que presentaron actividad deportiva que en los que no realizan este tipo de actividades, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas; el realizar actividades deportivas aumentan el riesgo de ansiedad en 1.62 veces en comparación con los niños que no realizan este tipo de actividades.



15. DISCUSIÓN

Ruiz y Begoña 2005 ⁽⁷⁾ aseguran que los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, tienen una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%, significando un problema de salud importante en la población infantojuvenil. Al realizar nuestro estudio, en una población de 310 escolares de los quintos, sextos y séptimos años de educación básica de las escuelas Santo Domingo de Guzmán y Brasil del Cantón Gualaceo sobre la conducta ansiógena y factores asociados, encontramos una prevalencia de 15.8% , que se encuentra dentro de estos rangos .

Un estudio realizado por Bell Dollan en Pittsburg 1990⁽²⁰⁾ reporta una prevalencia de síntomas ansiosos del 10% en población juvenil. Sández 2011⁽²¹⁾ en su trabajo de investigación menciona que la tasa general de prevalencia de los trastornos de ansiedad durante la infancia es de un 18%, sin que se presente un mayor predominio en las niñas que en los niños.

El estudio que más se aproxima a la prevalencia encontrada en nuestro estudio fue el realizado por Alaez et ál ⁽⁶⁾ realizado en España en una muestra de 404 individuos; encontraron una prevalencia de ansiedad del 13.3% aunque en esta población se incluyeron individuos entre los cero y 18 años de edad.

En todos los estudios realizados se evidencia la misma tendencia, valores mínimos de hasta el 5% y superiores que no sobrepasan el 30%; la prevalencia encontrada en nuestro estudio se ubica entre estos rangos.

Con respecto a la edad, en la presente investigación encontramos que la conducta ansiógena es menor en los estudiantes de 8-10 años en comparación con los de mayor edad: 11-13 años (16.7% versus 14.2% respectivamente); sin embargo si observamos el valor de $p > 0.05$ concluimos que estas diferencias no representaron significancia estadística; al momento de analizar las asociaciones entre la edad y la ansiedad observamos un valor de Chi cuadrado de Pearson 0.332 , lo que indica la baja asociación entre estas variables. Al respecto se encontraron datos de estudios que reflejan que la ansiedad aumenta con la edad según Magaz, García y Del Valle 1998⁽²²⁾, este dato se contrapone con los resultados de nuestro estudio donde se evidenció



que las mayores prevalencias de ansiedad se ubicaron en menores edades. Estas diferencias podrían deberse al tamaño de la muestra y a las edades incluidas en la muestra de 8 a 13 años lo que aumenta el rango de variabilidad.

El sexo más afectado por ansiedad fue el masculino con el 18.2% versus el 8.1% encontrado en el sexo femenino, éstas diferencias son estadísticamente significativas con un valor de p : 0.03; el riesgo de conductas ansiógenas es 2.2 veces mayor en el sexo masculino que en el femenino con un intervalo de confianza inferior ubicado en 1 y el superior en 5.06. El sexo se asocia a ansiedad en esta población (Chi cuadrado 4.3), y el sexo masculino aumenta el riesgo de ansiedad siendo éste también el más afectado. Al respecto Magaz et ál 1998 ⁽²²⁾ concluye que, en las diferencias en función del sexo y la edad de los sujetos, los resultados indican que los problemas de ansiedad excesiva parecen ser más frecuentes en niñas, y se incrementan con la edad. En contraste, en nuestro trabajo se evidencia que en nuestra población sucede lo contrario, pues el sexo más afectado fue el masculino; estas diferencias podrían deberse a la distribución de la población según sexo pues más de las tres cuartas partes de la muestra de nuestro estudio fueron del sexo masculino.

En nuestro estudio no encontró asociación entre el tipo de residencia y la presencia de ansiedad en esta población; la población rural fue la más afectada por ansiedad sin embargo las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas. El tamaño del efecto para la población urbana se ubicó en 0.95 (IC 95% 0.56-1.61) sin presentar significancia estadística. La residencia no se asocia a conductas ansiógenas, este dato es discordante con lo encontrado por Cabaco ⁽²³⁾ además de Lederbogen y colaboradores, ⁽²⁴⁾ quienes de manera independiente y en distintas partes del mundo afirman que la ansiedad es más prevalente en la población urbana.

En cuanto al lugar de residencia en la población estudiada en nuestra investigación, se observó que la conducta ansiógena fue mayor en niños provenientes de familias disfuncionales (RP: 1.30); sin embargo no se encontró que estas diferencias sean estadísticamente significativas. El ambiente familiar hostil se ha relacionado con problemas ansiosos en los menores, Jiménez ⁽²⁵⁾ encontró correlación positiva débil ($P < 0.05$) entre disfuncionalidad familiar y



ansiedad en niños y adolescentes, este dato concuerda con lo investigado en este estudio, sin embargo es evidente que los niños provenientes de familias disfuncionales tienen mayor riesgo de ansiedad, aunque en este estudio estadísticamente no se demostró esta asociación, es de recalcar que en la realidad las interacciones entre estas 2 variables son fuertes.

En nuestro estudio la ansiedad fue más frecuente en niños que presentaron migración familiar, que en los que no presentaron esta situación, aumentando el riesgo de ansiedad en los niños/as en 1.06 veces sin embargo estas diferencias estadísticamente no fueron significativas. Santiago Ron 2010 ⁽²⁶⁾ a nivel local en un estudio llevado a cabo en el Cantón Gualaceo, encontró en un grupo de 6 a 10 años, con un test aplicado a los padres o sus representantes, que los estudiantes con migración tienen 1.9 veces más probabilidad de desarrollar patología emocional que los que no presentan migración, con un IC 95%(1.3-2.9) y un $p < 0.001$; aunque en nuestro estudio no se demostró asociación, si se evidenció mayor conducta ansiógena en escolares con migración familiar. En Trinidad México en el año 2004, en un trabajo realizado en 50 familias, el 55% de los familiares de los migrantes mostraron ansiedad. ⁽²⁷⁾ La migración trae alteraciones en la salud mental de toda la familia en especial de los más pequeños, la ansiedad fue más frecuente en hijos de padres migrantes, sin embargo no se demostró aumento en el riesgo de padecer ansiedad en hijos de padres migrantes.

En la presente investigación la conducta ansiógena fue mayor en niños que presentaron actividad deportiva que en los que no la realizan, esta diferencia no fue estadísticamente significativa; el realizar actividad deportiva aumenta el riesgo de ansiedad en 1.62 veces, en comparación con los niños que no realizan deporte, sin embargo los intervalos de confianza encontrados no respaldan este hallazgo.

Siendo este resultado contradictorio con varios estudios revisados como, Dunn et ál 2001, ⁽²⁸⁾ Paluska y Schwenk 2000, ⁽²⁹⁾ quienes encontraron que los niveles de ansiedad son menores en niños que practican deporte físico de manera regular.

Ramírez 2001, ⁽³⁰⁾ concluye en su estudio que hay evidencia suficientemente fuerte de tipo teórica que nos indica que el ejercicio físico tiene una fuerte

influencia en muchos factores de estados emocionales como ansiedad y depresión, disminución del estrés, etc... Esto implicaría que la actividad deportiva, podría ser considerada como un elemento central y fundamental en los programas de promoción de la salud, tanto para poblaciones infanto-juveniles sin patologías específicas como con patologías específicas.

Los trastornos de ansiedad son cuadros frecuentes en la población infantil y adolescente. Su existencia, repercute de manera importante en el adecuado funcionamiento de quienes los padecen, no sólo en el ámbito personal sino también en el plano escolar y social. Por lo tanto es de vital importancia su adecuada valoración en la población escolar local.

16. CONCLUSIONES

- Las características generales más prevalentes de la población fueron: la media de edad se ubicó en 10.10años, el sexo masculino fue el más prevalente con el 76.1% de la población; la residencia urbana fue la más prevalente con el 64.5% de la población, la disfuncionalidad familiar alcanzó una prevalencia del 27.1%, el 64.5% de la población no presentó migración familiar y el 87.5% de la población realiza actividad física.
- La prevalencia de ansiedad rasgo se ubicó en un 15.8%.
- Tanto los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo más prevalente fueron los niveles medios con el 72.9% y 69% respectivamente; los niveles bajos fueron los segundos en prevalencia y los niveles de ansiedad (rasgo y estado) altos los menos prevalentes.
- De todas las variables en estudio únicamente el sexo representó diferencias estadísticamente significativas a favor de mayor ansiedad en el sexo masculino, además se encontró que el sexo masculino aumenta el riesgo de ansiedad entre 1 y 5 veces en comparación con el sexo femenino.



- Porcentualmente la ansiedad fue mayor en los estudiantes entre 8-10 años con un 16.7% de prevalencia, en estudiantes residentes en el área rural con un 16.4%, en niños con disfuncionalidad familiar con un 19%, en estudiantes que presentaron migración con el 16.4% y en la población infantil que realiza actividad física.
- La prevalencia de ansiedad en esta población se encontrada dentro de los intervalos encontrados en otros estudios.



17. RECOMENDACIONES

- La ansiedad infantil es una problemática de impacto social, por lo tanto el diagnóstico oportuno disminuye las probabilidades de padecerla y sus consecuencias en la etapa adolescente y adulta, se debe establecer en las instituciones responsables de los niños programas de detección de esta patología.
- Se deben plantear nuevos estudios para determinar de mejor manera las relaciones entre la ansiedad infantil, sus consecuencias para esta población.
- Facilitar el estudio a los directores de las Escuelas Santo Domingo de Guzmán y Brasil del cantón Gualaceo, para que puedan plantear programas de intervención a los niños que presenten ansiedad-rasgo.
- Dentro de la cátedra de psiquiatría en la carrera de medicina, se debería ampliar los conocimientos acerca de este tema, para realizar un diagnóstico oportuno y resolverlos de la mejor manera.

18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PICHOT, P. et al. DSM IV TR, 1995. MASSON, S.A. Disponible en: [http](http://www.masson.com.ar/dsmivtr/)
2. DE LA BARRA M, F. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2009, vol.47, n.4 [citado 2011-02-15], pp. 303-314. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v47n4/art07.pdf>
3. ESPARZA, N., RODRIGUEZ, M. Contextual factors of childhood development and its relation with anxiety and depression states. *Diversitas.* [online]. Jan. /June 2009, vol.5, no.1 [cited 05 December 2010], p.47-64. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1794-99982009000100005&script=sci_arttext
4. PALLIA, R. El hábito de fumar y la depresión en adolescentes. *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2007, vol.105, n.1, pp. 3-4. ISSN 1668-3501. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000100002
5. BATLLE, S. et al, “Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes”, L’ Equip de FamilianovaSchola, Barcelona. Disponible en: http://www.familianova-schola.com/files/Trastornos_de_ansiedad_en_IJ.pdf
6. ALAÉS, M. et ál.Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género, *Psicothema*2000. Vol. 12, nº 4, pp. 525-532, Madrid, 2000. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/367.pdf>
7. RUIZ, A., BEGOÑA, P. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: Apea ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280. Disponible en: http://www.aepap.org/congresos/pdf_curso2005/ansiedad.pdf
8. PLAN MIGRACIÓN, COMUNICACIÓN Y DESARROLLO. Migración, migrantes y participación. Noviembre del 2005. Disponible en: <http://migrantesecuador.org/docs/migracion11.pdf>



9. CANINO, G. et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61(1): 85-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14706947>
10. IPSE, J. et al. Farmacoterapia para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005170>
11. SCHOLTEN, A. Risk Factors for Generalized Anxiety Disorder (GAD). 2010. Disponible en: <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c905f6c8-fb81-4c5f-9ac5-57abe8fde16b&chunkid=19481>
12. ZUBEIDAT, I. et al. Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Ment* [online]. 2008, vol.31, n.3 [citado 2011-02-16], pp. 189-196. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000300004&script=sci_arttext
13. HELWICK, C. Anxiety 'Density' in Families Predicts Disorders in Children From Medscape Medical News Psychiatry, March 28, 2011 (New Orleans, Louisiana) Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/739731>
14. SIERRA, J. et al. Antonio. Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Rev. Mal-Estar Subj.* [online]. 2006, vol.6, n.2 [citado 2011-02-16], pp. 472-517. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200010&lng=es&nrm=iso
15. MORENO, C. ALONSO, D. et al. Validación del inventario de ansiedad estado - rasgo (staic) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Act. Colom. Psicol.* [online]. 2005, vol.8, n.1 [cited 2011-02-07], pp. 79-90. Disponible en:



- <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0123-9155.
16. RUIZ, A. GRAU, J. et ál. Validacion del inventario de ansiedad rasgo-estado para niños en adolescentes cubanos. *Psicología y Salud*, Vol. 13, Núm. 2: 203-214, julio-204 diciembre de 2003. Disponible en: <http://www.psicologiadelasalud.cl/prontus/articulos/site/asocfile/ASOCFILE120050401191827.pdf>
 17. ORTEGA, T. et ál. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 1999 Dic [citado 2011 Mayo 23] ; 15(3): 164-168. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005
 18. JAMES. A; et ál. Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&lib=BCP&id=CD00469>
 19. WY, L. et ál. Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. Department of Health, Kowloon, Hong Kong. Pubmed 2010. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20696421>
 20. BIRMAHER, B Y KHETARPAL S. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCAReD): Scale Construction and Psycho-metric Characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry* (1997) Vol.36 (4):545-553.
 21. SANDEZ, A. Ansiedad infantil. Información e investigación en trastornos de ansiedad. 2011. Disponible en: <http://infoansiedad.org/trastornos-de-ansiedad-2/ansiedad-infantil/>



22. MAGAZ, A; García, M & Del Valle, M. Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años. *Revista papeles del Psicólogo*. Noviembre, N°1, 1998. Disponible en:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=796>
23. CABACO, A. S. (1995). Indicadores de riesgo y estrategias de prevención en la adolescencia. (Tesis Doctoral). Salamanca: Publicaciones de la UPSA
24. LEDERBOGEN, F; KIRSH, P; HADDAD, L; et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 474, 498–501, 23 June 2011. doi:10.1038/nature10190 Disponible en:
<http://www.nature.com/nature/journal/v474/n7352/full/nature10190.html>
25. JIMÉNEZ, C. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. IMSS. Estado de México. 2010. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2001/1/Funcionalidad-familiar-y-problematica-de-salud-en-adolescentes.html>
26. RON, SANTIAGO. Impacto de la migración en la Salud Mental en niños y adolescentes. Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca. 2010.
27. VARGAS J, AGUILAR J. Emigración y disfunción familiar en Oaxaca: Un estudio piloto en dos comunidades de valles centrales. *Boletín electrónico de investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, Número 1. 2004. Pp. 23-29. Disponible en www.conductitlan.net/migracion.htm
28. DUNN, A., TRIVEDI, M. & O'NEAL, H. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 587-97.
29. PALUSKA, S. & SCHWENK, T. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, 29(3), 167-80.



30. RAMÍREZ W. “Algunas incidencias de la actividad física y deporte en la cognición, una revisión teórica” Universidad de San Buenaventura – Medellín.2001 Disponible en:
http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/algunas.pdf



19. ANEXOS

19.1. ANEXO 1



UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DE CONDUCTA ANSIÓGENA Y FACTORES ASOCIADOS,
EN NIÑOS DE QUINTO A SÉPTIMO DE BÁSICA DE LAS ESCUELAS
“SANTO DOMINGO DE GUZMÁN” Y “BRASIL” DEL CANTÓN GUALACEO,
AÑO LECTIVO 2011 -2012”**

Fecha: _____

Llene los espacios con la información que se solicita

FORMULARIO #

1. Nombre y

apellidos: _____

2. Nombre de la escuela:

3. ¿En qué año de básica estas?

3.1. Quinto ☐

3.2. Sexto ☐

3.3. Séptimo ☐

4. Sexo:

4.1. Niño ☐

4.2. Niña ☐

5. ¿Cuántos años tienes?: _____

6. ¿Dónde vives?

6.1. Ciudad ☐

6.2. Campo ☐



7. Tus papis son:

- 6.3. Casados ☐
- 6.4. Divorciados ☐
- 6.5. Unidos ☐
- 6.6. Solteros ☐

7. ¿Con quién vives?

- 8.1. Papá y Mamá ☐
- 8.1. Solo con tu papá ☐
- 8.2. Solo con tu mamá ☐
- 8.3. Con Otros ☐

9. ¿Tienes alguien de tu familia que viva actualmente fuera del país?

- 9.1. Papá ☐
- 9.2. Mamá ☐
- 9.3. Ambos ☐
- 9.4. Ninguno ☐

10. ¿Practicas algún deporte?

- 10.1. Si ☐
- 10.2. No ☐

RESPONSABLE: _____

GRACIAS POR SU COLABORACION

19. 2. **ANEXO 2**

UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DE CONDUCTA ANSIÓGENA Y FACTORES ASOCIADOS,
EN NIÑOS DE QUINTO A SÉPTIMO DE BÁSICA DE LAS ESCUELAS
“SANTO DOMINGO DE GUZMÁN” Y “BRASIL” DEL CANTÓN GUALACEO,
AÑO LECTIVO 2011 -2012”**

ANEXO: INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

(Modificado en 1992 por A. Lorenzo, J. Grau, Ma. de los A. Vizcaíno, A. Fumero, M. Martín y F. Prado de la versión puertorriqueña —IDAREN— del STAIC, de Spielberger y cols., 1982)

Instrucciones: Primera Parte: Encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala con una X la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **AHORA**.

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento tranquilo			
2. Me encuentro inquieto			
3. Me siento nervioso			
4. Me encuentro descansado			
5. Tengo miedo			
6. Estoy relajado			
7. Estoy preocupado			
8. Me encuentro satisfecho			
9. Me siento feliz			
10. Me siento seguro			
11. Me encuentro bien			
12. Me siento molesto			
13. Me siento cómodo			



14. Me encuentro atemorizado			
15. Me encuentro confundido			
16. Me siento con animo			
17. Me siento angustiado			
18. Me encuentro alegre			
19. Me encuentro disgustado por algo			
20. Me siento triste			

Segunda Parte: Aquí encontrarás más frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

	Nunca	Algo	Mucho
1. Me preocupa cometer errors			
2. Sientoganas de llorar			
3. Me siento desgraciado			
4. Me cuesta tomar una decisión			
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas			
6. Me preocupo demasiado			
7. Me encuentromolesto			
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan			
9. Me preocupan las cosas de la escuela			
10. Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer			
11. Noto que mi corazón late más rápido			
12. Aunque no lo digo, tengo miedo			
13. Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir			
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches			
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago			



16. Me preocupa lo que otros piensen de mí			
17. Me afectan tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo			
18. Tomo las cosas demasiado en serio			
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida			
20. Me siento menos feliz que los demás chicos			

Evaluación test IDAREN

Niveles de Ansiedad-Estado: Ítemes (+): 2, 3, 5, 7, 12, 14, 15, 17, 19, 20
(X) Ítemes (-): 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 18 (Y) Fórmula: $(X - Y) + 40 =$
Puntuación. Bajo: Por debajo de 24 puntos. Medio: Entre 24 y 38 puntos. Alto:
Por encima de 38 puntos.

Niveles Ansiedad-Rasgo:

Suma total de los ítemes = Puntuación directa. Bajo: Por debajo de 29
puntos. Medio: Entre 29 y 41 puntos. Alto: Por encima de 41 puntos.



19.3. ANEXO 3



UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DE CONDUCTA ANSIÓGENA Y FACTORES ASOCIADOS,
EN NIÑOS DE QUINTO A SÉPTIMO DE BÁSICA DE LAS ESCUELAS
“SANTO DOMINGO DE GUZMÁN” Y “BRASIL” DEL CANTÓN GUALACEO,
AÑO LECTIVO 2011-2012”**

Test de funcionamiento familiar FF-SIL: Señale con una (X) de acuerdo a la frecuencia que ocurre cada una de las siguientes situaciones:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. - Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. - En mi casa predomina la tranquilidad.					
3. - En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. - Las demostraciones de cariño forman parte de nuestra vida en la familia.					
5. - Nos comunicamos con los miembros de la familia de forma clara y directa, sin rodeos					
6. - Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					



7. - Tomamos en cuenta situaciones o problemas de otras familias, cuando tenemos problemas similares.					
8. - Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. - Se distribuyen las tareas de la casa a todos por igual.					
10.- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11.-Entre los miembros de mi familia podemos conversar diversos temas sin miedo a que se enojen o a ser reprendidos.					
12.- Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13.- Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14.Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Evaluación del Test: Mide el grado de funcionalidad basado en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Estas variables las mide a través de 14 situaciones familiares que son las siguientes:



Las variables que se miden:

- | | |
|---|---|
| - 1 y 8 Cohesión. – 2 y 13 Armonía | - 9-5 y 11. Comunicación.- 7 y |
| 12. Permeabilidad. 4 y 14. Afectividad. | - 3 y 9. Roles.- 6 y 10. Adaptabilidad. |

Para cada situación hay una escala de 5 respuestas: casi nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 punto. Al final del test se hace la suma de puntos y se mira el resultado:- De 70 a 57 puntos: familias funcionales.- De 56 a 43 puntos: familias moderadamente funcionales.- De 42 a 28 puntos: familias disfuncionales.- De 27 a 14 puntos: familias severamente disfuncionales.



19.4. ANEXO 4



UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE CONDUCTA ANSIÓGENA Y FACTORES ASOCIADOS, EN NIÑOS DE QUINTO A SÉPTIMO DE BÁSICA DE LAS ESCUELAS “SANTO DOMINGO DE GUZMÁN” Y “BRASIL” DEL CANTÓN GUALACEO, AÑO LECTIVO 2011 -2012”

Cuenca, Día.....Mes.... Año.....

Sr./ra

Rector/ra del colegio.....

De nuestras consideraciones:

Nosotros, Valeria Estefanía Ríos Garzón, Flavio Alejandro Rodas Berrezueta y Sofía Paulina Quintero López, estudiantes de quinto año de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, estamos por realizar un proyecto de investigación, previo a la obtención del título de médico, sobre **“PREVALENCIA DE CONDUCTA ANSIÓGENA Y FACTORES ASOCIADOS, EN NIÑOS DE QUINTO A SÉPTIMO DE BÁSICA DE LAS ESCUELAS “SANTO DOMINGO DE GUZMÁN” Y “BRASIL” DEL CANTÓN GUALACEO, AÑO LECTIVO 2011 -2012”**, para lo cual es necesario la participación de los/as estudiantes de su establecimiento educativo, a quienes se les entregará un cuestionario formulado.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma, los beneficiarios de esta investigación serán principalmente los niños/as y sus familias, facilitando un diagnóstico temprano, así como profesores, médicos e investigadores, pues conoceremos más a fondo la realidad de nuestros niños/as.

Esperamos contar con su colaboración y agradecemos por la atención brindada.

Atentamente,

Valeria Ríos Garzón

Sofía Quintero L.

Flavio Rodas B.



19.5. ANEXO 5



UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
LA INVESTIGACIÓN**

**“PREVALENCIA DE CONDUCTA ANSIÓGENA Y FACTORES ASOCIADOS,
EN NIÑOS DE QUINTO A SÉPTIMO DE BÁSICA DE LAS ESCUELAS
“SANTO DOMINGO DE GUZMÁN” Y “BRASIL” DEL CANTÓN GUALACEO,
AÑO LECTIVO 2011 -2012”**

La presente investigación tiene como director al Dr. Ismael Morocho Malla y es realizada por Valeria Estefanía Ríos Garzón, Flavio Alejandro Rodas Berrezueta, Sofía Paulina Quintero López, estudiantes de quinto año de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Los objetivos de la presente investigación son determinar la prevalencia de la conducta ansiógena en niños y los factores de riesgo asociados.

Si usted accede a que su hijo/a participe en este estudio, se le pedirá al niño/a responder preguntas de un formulario, el mismo que tomará aproximadamente 20 minutos, en un ambiente cómodo y tranquilo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ con C.I.: _____
acepto que mi hijo/a participe voluntariamente en esta investigación.

Reconozco que la información que mi hijo/a provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

Me han indicado también que mi hijo/a tendrá que responder cuestionarios y preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

FIRMA: _____



19.6. ANEXO 6



UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS/AS MAYORES DE 12 AÑOS

“PREVALENCIA DE CONDUCTA ANSIÓGENA Y FACTORES ASOCIADOS, EN NIÑOS DE QUINTO A SÉPTIMO DE BÁSICA DE LAS ESCUELAS “SANTO DOMINGO DE GUZMÁN” Y “BRASIL” DEL CANTÓN GUALACEO, AÑO LECTIVO 2011 -2012”

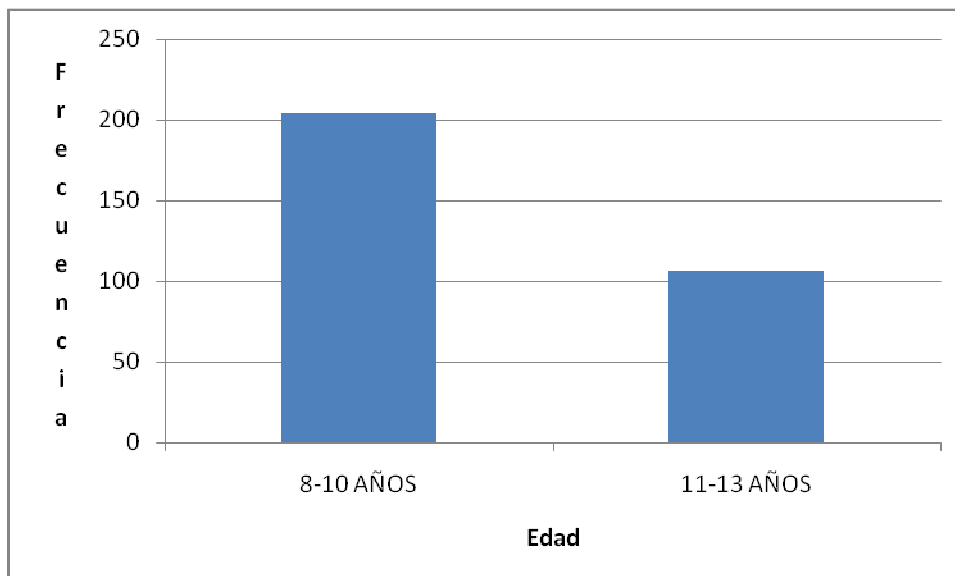
La presente investigación tiene como director a la Dr. Ismael Morocho Malla y es realizada por Valeria Estefanía Ríos Garzón, Flavio Alejandro Rodas Berrezueta, Sofía Paulina Quintero López, estudiantes de quinto año de Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Los objetivos de la presente investigación son determinar la prevalencia de la conducta ansiógena en nuestros niños y los factores de riesgo asociados.

Yo _____, una vez que mis padres han autorizado que participe en el estudio, entiendo que voy a responder una serie de preguntas de un formulario, estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. Sé que esta investigación no tiene riesgo alguno. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

FIRMA: _____

19.7 Gráficos complementarios

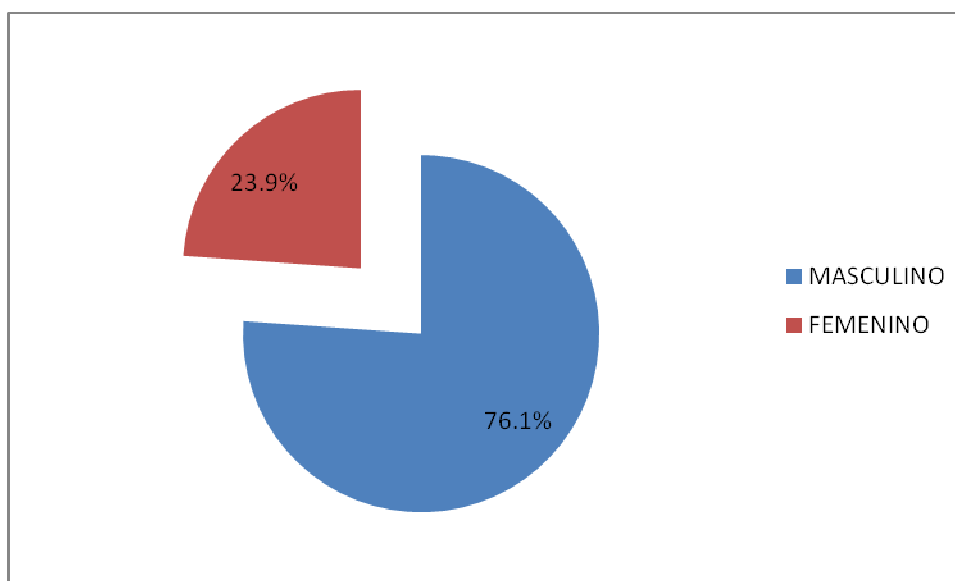
Gráfico 1. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según edad.
Cuenca 2012.



Fuente: Datos de tabla 1

Realizado por: Quinteros S, Rodas F, Ríos V.

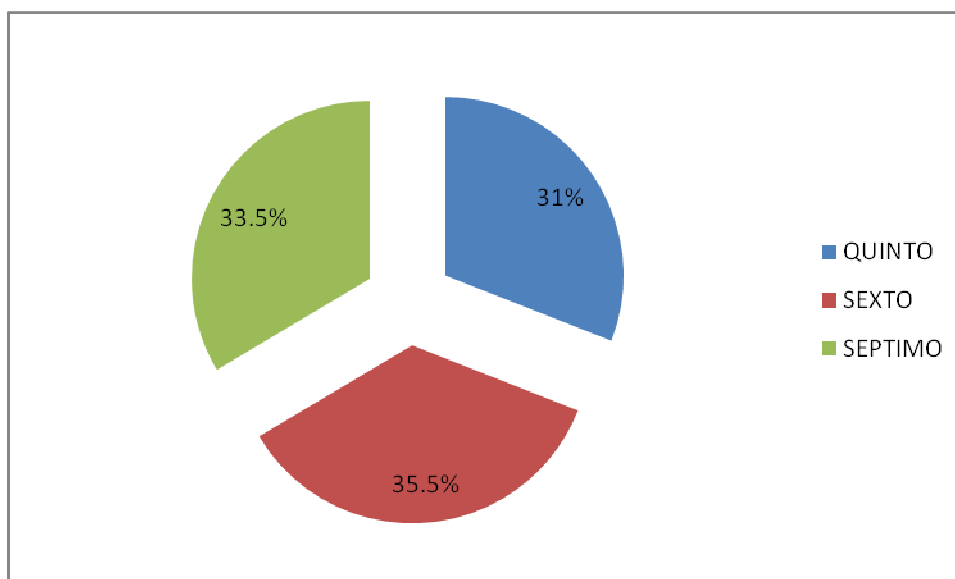
Gráfico 2. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según sexo.
Cuenca 2012.



Fuente: Datos de tabla 1

Realizado por: Quinteros S, Rodas F, Ríos V.

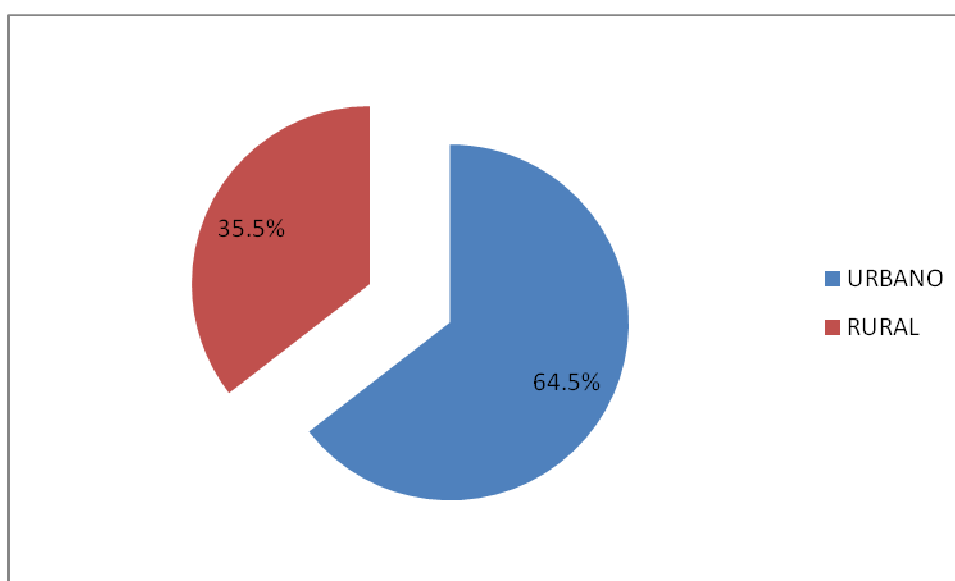
Gráfico 3. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según año escolar. Cuenca 2012.



Fuente: Datos de tabla 1

Realizado por: Quinteros S, Rodas F, Ríos V.

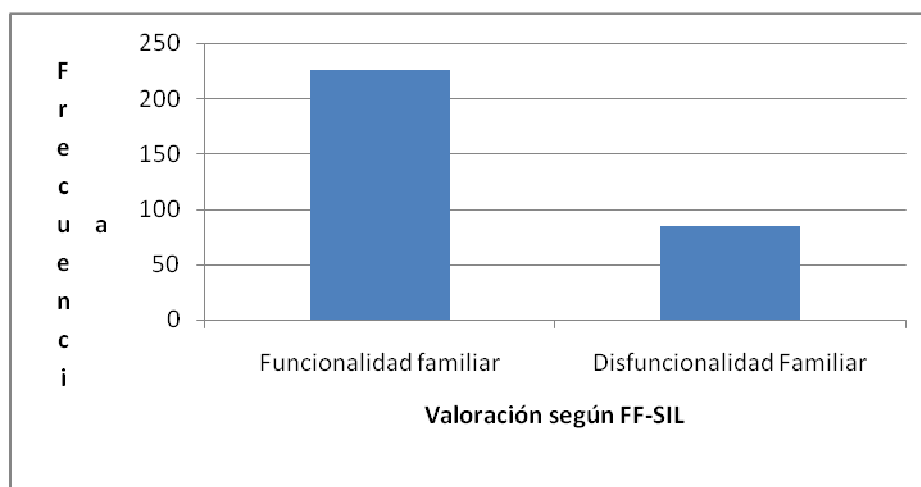
Gráfico 4. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según residencia. Cuenca 2012.



Fuente: Datos de tabla 1

Realizado por: Quinteros S, Rodas F, Ríos V.

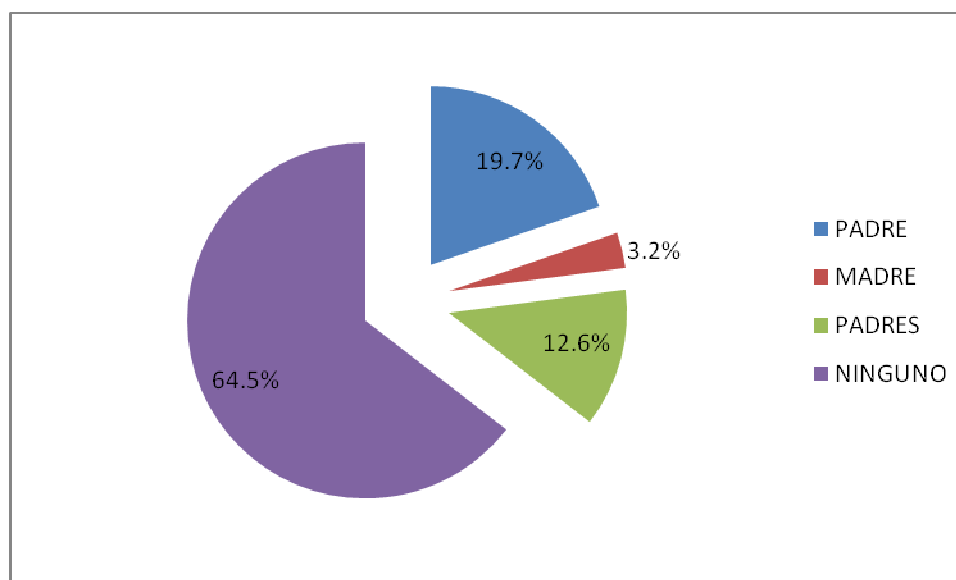
Gráfico 5. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según funcionalidad familiar. Cuenca 2012



Fuente: Datos de tabla 1

Realizado por: Quinteros S, Rodas F, Ríos V.

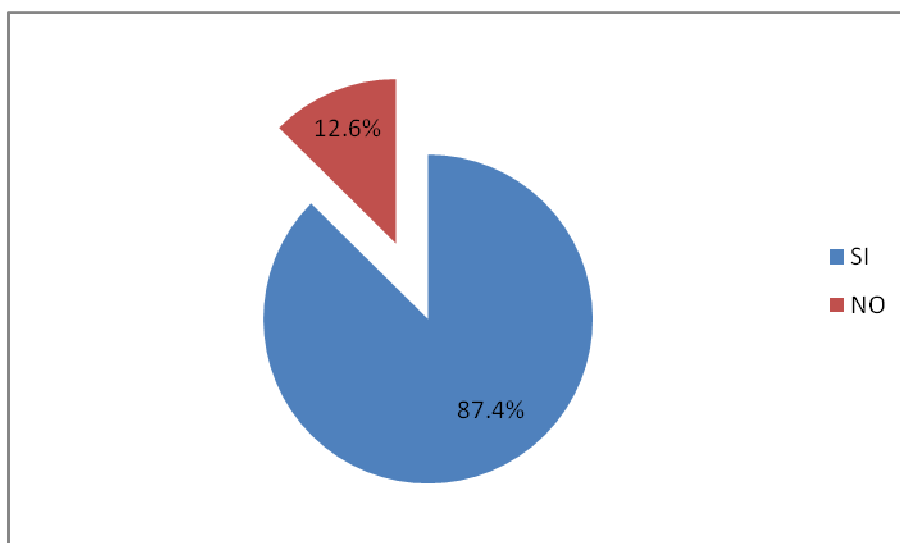
Gráfico 6. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según migración familiar. Cuenca 2012



Fuente: Datos de tabla 1

Realizado por: Quinteros S, Rodas F, Ríos V.

Gráfico 7. Distribución de 310 estudiantes del Cantón Gualaceo según actividad deportiva. Cuenca 2012.



Fuente: Datos de tabla 7

Realizado por: Quinteros S, Rodas F, Ríos V