



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

**“ESTANDARIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE
ANSIEDAD INFANTIL CAS EN ESCOLARES DE 6 A 8
AÑOS DE LIMA SUR”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR
ROSA PILAR MELO JESUS**

**ASESOR
AMBROSIO TOMAS ROJAS**

LIMA, PERÚ, NOVIEMBRE DE 2016

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia especialmente a mis padres, a mi esposo e hija que son la mayor motivación y fuerza para ser una exitosa profesional.

Agradecimientos

Agradezco a mis compañeras y amigos que colaboraron en la recolección de la muestra, muy especialmente agradezco a mis padres, por el apoyo incondicional durante todo el desarrollo de mi carrera.

A los docentes que me orientaron y motivaron en la realización de este proyecto de investigación y durante la formación profesional. De manera muy especial al Mg. Robert Briceño Álvarez y al Dr. José Anicama Gómez por el apoyo permanente y la motivación constante, así como también a los diversos asesores que me pudieron colaborar con sus recomendaciones para culminar con éxito este informe de tesis.

A todas las instituciones educativas, directores y profesores que me abrieron las puertas y me brindaron todas las facilidades, para la aplicación del Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)

“ESTANDARIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD INFANTIL CAS EN ESCOLARES DE 6 A 8 AÑOS EN LIMA SUR”

Rosa Pilar Melo Jesus
Universidad Autónoma del Perú

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Ansiedad Infantil en escolares de 6 a 8 años en Lima Sur. La muestra la conforman 1052 niños del 1ero a 3ro de primaria de instituciones educativas de ambos sexos. La confiabilidad por consistencia interna muestra un $(KR=0.62)$, confiabilidad test re-test $\rho=0.735$, mientras que para el análisis de ítems se eliminan los ítems 13 y 15 por presentar coeficientes menores a 0.100. Para la validez de contenido se obtuvo puntuaciones entre 0.80 y 1.00 en la V de Aiken para todos los ítems, para la validez concurrente se correlaciono el Cuestionario de Ansiedad Infantil con la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños y el Inventario de Temores Infantiles, obteniéndose un $\rho= 0.855$ para el primero y $\rho= 0.821$ para el segundo, respecto a la validez de constructo se extrajeron dos factores que explican el 54% de la varianza. Se establecieron baremos generales ya que no se hallaron diferencias significativas según sexo y edad tanto para el nivel general como para los factores del instrumento.

Palabras clave: Ansiedad, Ansiedad infantil, cuestionario de ansiedad.

**“STANDARDIZATION OF ANXIETY QUESTIONNAIRE CHILD CAS IN
SCHOOL 6 TO 8 YEARS IN LIMA SOUTH”**

Rosa Pilar Melo Jesus
University Autónoma of Perú

ABSTRACT

The purpose of this research was to establish the psychometric properties of Child Anxiety Questionnaire in school from 6 to 8 years in South Lima. The sample was composed of 1052 children from 1st to 3rd primary educational institutions of both sexes. The results for internal consistency reliability show (KR = 0.62) to for reliability test re-test one rho = 0.735 was obtained, while for item analysis items 13 and 15 are eliminated have lower coefficients 0.100. For content validity scores between 0.80 y1.00 V was obtained in Aiken for all items, for concurrent validity Questionnaire Child Anxiety Checklist with Anxiety in Children and Children's Fears Inventory correlated, obtaining a rho = 0.855 for the first and rho = 0.821 for the second, on the validity of construct two factors that explain 54% of variance were extracted. General scales were performed by gender and age as no significant differences between groups for both overall and for the factors were found

Keywords: Anxiety, child anxiety, anxiety questionnaire.

“PADRONIZAÇÃO DE CRIANÇA ANSIEDADE QUESTIONÁRIO CAS NA ESCOLA 6 A 8 ANOS EM LIMA SUL”

Rosa Pilar Melo Jesus

Universidade Autónoma do Perú

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi o de estabelecer as propriedades psicométricas da ansiedade da criança Questionário na escola de 6 a 8 anos no Lima Sur. A amostra foi composta por 1052 crianças de 1 a 3 instituições educacionais primárias de ambos os sexos. Os resultados para mostrar consistência interna ($KR = 0,62$) para teste de confiabilidade re-teste de uma $Rho = 0,735$ foi obtido, enquanto que para itens de análise de item 13 e 15 são eliminados têm coeficientes mais baixos 0,100. Para pontuação validade de conteúdo entre 0,80 y1.00 V foi obtida em Aiken para todos os itens, por validade concorrente Checklist Ansiedade Questionário Criança com a ansiedade em crianças e os medos das crianças Inventory correlacionados, a obtenção de um $\rho = 0.855$ para o primeiro e $\rho = 0,821$ para o segundo, sobre a validade do construto dois fatores que explicam 54% da variância foram extraídos. Escalas gerais foram realizadas por sexo e idade que não houve diferenças significativas entre os grupos para tanto em termos globais e para os fatores foram encontrados.

Palavras-chave: Ansiedade, ansiedade da criança, questionario de ansiedade.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Situación problemática	14
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Objetivos de la Investigación	17
1.3.1. Objetivo general	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Justificación e importancia	18
1.5. Limitaciones de la investigación	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	24
2.1.1. Antecedentes nacionales	24
2.1.2. Antecedentes internacionales	26
2.2. Bases teóricas	28
2.2.1. Los trastornos de ansiedad	29
2.2.2. Ansiedad	30
2.2.3. Definición de ansiedad según Gillis	31
2.2.4. Fobia social	33
2.2.5. Factores y expresión de la ansiedad	34
2.2.6. Diagnóstico y evaluación de la ansiedad infantil	37
2.2.7. Análisis funcional de la conducta ansiosa infantil	38
2.2.8. Clasificación de los tipos de trastornos de ansiedad en la infancia	40
2.2.9. Ansiedad en edad escolar y factores asociados	42
2.2.10. Factores de riesgo de la ansiedad infantil	46
2.3. Definición conceptual de la terminología empleada	46
CAPÍTULO III: MÉTODO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	49
3.2. Población y muestra	49

3.3. Variables	53
3.4. Métodos e instrumentos de investigación	55
3.5. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos	62
3.6. Procedimiento para el análisis de datos	63

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Pruebas de confiabilidad psicométrica	66
4.1.1. Análisis de ítems	67
4.1.2. Confiabilidad de consistencia interna	68
4.1.3. Confiabilidad Test- Retest	68
4.2. Pruebas de validez psicométrica	70
4.2.1. Validez de Contenido	70
4.2.2. Validez concurrente	71
4.2.3. Validez de constructo	72
4.3. Baremos	76

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión	81
5.2. Conclusiones	87
5.3. Recomendaciones	89
5.4. Referencias	91

Anexos

Protocolo del Cuestionario de Ansiedad infantil

Protocolo de la Lista de Chequeo Ida Alarcón

Protocolo de Inventario Temores Infantiles de Anicama

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Semiología general de la ansiedad en la infancia	36
Tabla 2	Análisis funcional de conductas de ansiedad	49
Tabla 3	Población de Colegios de la UGEL 01 San Juan de Miraflores	50
Tabla 4	Distribución de la muestra según instituciones educativas estatales	51
Tabla 5	Operacionalización de la variable	54
Tabla 6	Correlación entre cada elemento y el total de la escala versión original americana, española y la estandarización peruana de 2005	57
Tabla 7	Antecedentes de la confiabilidad por consistencia interna por el KR del Cuestionario de Ansiedad Infantil	59
Tabla 8	Antecedentes de la validez de constructo del Cuestionario de Ansiedad Infantil	59
Tabla 9	Análisis de ítems del Cuestionario de Ansiedad Infantil	67
Tabla 10	Análisis de confiabilidad por consistencia interna del Cuestionario de Ansiedad Infantil	68
Tabla 11	Prueba de normalidad de la muestra del test y retest del Cuestionario de Ansiedad Infantil.	69
Tabla 12	Rho de Spearman entre el pre test y post test para el Cuestionario de Ansiedad Infantil.	69
Tabla 13	Validez de contenido del Cuestionario de Ansiedad infantil , según el Coeficiente V de Aiken	70
Tabla 14	Prueba de normalidad K-S de la muestra del Cuestionario de Ansiedad Infantil, Inventario de Temores Infantiles y la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños	71
Tabla 15	rho de Spearman entre el Cuestionario de Ansiedad Infantil, Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños y el Inventario de Temores Infantiles	72
Tabla 16	Análisis exploratorio para la validez de constructo del Cuestionario de Ansiedad Infantil	73
Tabla 17	Variabilidad del análisis factorial del Cuestionario de Ansiedad Infantil	73

Tabla 18	Estructura factorial del Cuestionario de Ansiedad Infantil por factores	75
Tabla 19	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la muestra general y factores del Cuestionario de Ansiedad Infantil	76
Tabla 20	U de Mann Whitney según sexo del cuestionario de Ansiedad Infantil- CAS	77
Tabla 21	H de Kruskal- Wallis según edad del cuestionario de Ansiedad Infantil- CAS	78
Tabla 22	Normas percentilares del Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS	79

INTRUDUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Ansiedad infantil - CAS, en escolares de 6 a 8 años en Lima Sur.

En el primer capítulo, se presenta la problemática de la ansiedad en el ambiente escolar especialmente en los niños, así como las principales justificaciones que hacen relevante esta investigación, allí podemos encontrar lo afirmado por Berthet et al. (2010) donde afirma que la ansiedad muy intensa afecta nuestra vida cotidiana y tienen muchos componentes genéticos y ambientales, por ello se debe considerar que su detección temprana puede disminuir su presencia en la edad adulta. Asimismo, predomina en los adultos y en población infantil del Perú, Minsa (2012). También se presentan los objetivos de la investigación, así como los criterios de inclusión y exclusión.

Para el segundo capítulo, se presentan las principales bases teóricas como la definición de ansiedad del autor, que la define como un conjunto de rasgos organizados en factores asociados a los principales trastornos en los escolares en sus primeros años de estudios, asimismo se presenta los principales antecedentes nacionales e internacionales, entre las que resaltan además de la versión americana de construcción de Gillis (1980) las estandarizaciones española de Gómez y pulido (1991) en España y la de Córdova y Shiroma (2005) en Lima Metropolitana.

Posteriormente, se presenta el desarrollo metodológico que permitirá desarrollar la investigación, para el cual es de tipo psicométrico y cuantitativo, de diseño descriptivo transaccional, asimismo se plantea la operacionalización de la variable ansiedad y la selección de los instrumentos, para el desarrollo de los diferentes criterios de validez y confiabilidad, allí se precisa que se desarrolla la validez de contenido por V de Aiken, la validez de constructo por el análisis factorial y la validez concurrente con otros dos instrumentos que miden el mismo constructo en la población (ansiedad en niños), también se evalúa la confiabilidad por estabilidad, consistencia interna y análisis de ítems. Finalmente se presenta el procedimiento de recolección de datos que es por el método de la encuesta y el procedimiento de análisis de la muestra.

Se presentan los resultados después de analizar la muestra donde se obtienen índices aceptables de confiabilidad por consistencia interna ($\text{Alpha} > 0.60$) haciéndola válido en niños de Lima Sur, para la confiabilidad Test retest se obtiene una correlación ($\text{rho} > 0.70$) siendo consistente en el tiempo asimismo para el análisis de ítems se eliminan dos ítems. Para la validez se obtiene ($V > 0.8$) para todos los ítems, para la validez congruente se hallan correlación con la Lista de Chequeo de Ida Alarcón y el inventario de Temores infantiles de Anicama. Para establecer diferencias según variables sociodemográficas no se hallaron diferencias según sexo y edad, estableciendo normas generales.

Por último, se presentan los resultados y se concluye que el Cuestionario de Ansiedad infantil, presenta propiedades psicométricas aceptables tanto en los criterios de confiabilidad y validez, asimismo se presentan las recomendaciones bajo criterios de la investigadora.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática:

Los desórdenes emocionales antes denominados neurosis han sido el punto principal de controversia en la psicología desde sus orígenes, por otro lado su persistente frecuencia en la población ha despertado mucho interés en los psicólogos clínicos y educativos principalmente, tanto a su incidencia como trastorno psicopatológico, como a sus consecuencias, aunque a veces no se dispone de datos epidemiológicos y estadísticas precisas; “se sabe que la ansiedad acompaña a por lo menos 4 de cada 5 problemas de salud biofísica severa; seguido de la depresión” Anicama (2010). Evidentemente esta proporción es latente en la población infantil, donde observamos a escolares con problemas de conducta, con desordenes emocionales, con hiperactividad y que presentan rasgos y conductas de ansiedad en sus centros educativos tanto privados como estatales, así como en sus hogares.

En el contexto internacional, el Instituto Nacional de Estadística de España: INE, realizó una Encuesta Nacional de Salud en el 2006, donde señala que alrededor del 22,1% de españoles entre 4 y 15 años presentan riesgo de padecer algún problema de salud mental (INE, 2006). Asimismo, en Estados Unidos diferentes estudios han arrojado que entre el 10 y 20 por ciento de niños tienen algún trastorno mental y del comportamiento (American Psychological Association: APA, 2008; citado por Caballo et al. (2011).

Al hablar de ansiedad, es necesario considerar los antecedentes epidemiológicos y las estadísticas que refieren que la ansiedad se presenta en por lo menos 4 de cada 5 problemas de salud biofísica severa; seguido de la depresión; el cual está asociado al suicidio (Wolpe 1969, citado por Anicama, 2010). En la actualidad estos dos trastornos

emocionales son los más frecuentes entre la población peruana, según estadísticas de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud: MINSa (2012).

En el Perú, los trastornos emocionales registrados en la niñez, en consulta externa en los Hospitales del MINSa, refieren que estos son más típicos entre los primeros 9 años de edad MINSa (2012).

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2012) afirma que la ansiedad se presenta en dos de cada diez niños, encontrándose predominante en las niñas, siendo los problemas más comunes el de tener temor a hablar en público o conocer nuevas personas y fobia a las inyecciones. Estos trastornos pueden manifestarse de manera hereditaria por parte de algún integrante de la familia, lo cual va a depender del temperamento y de experiencias no positivas del niño durante su desarrollo, siendo los niños más vulnerables, aquellos que han pasado por algún tipo de experiencia relacionada con la violencia, ahora, si no se trata la ansiedad se presentarán una serie de consecuencias como deficiencias en cuanto a habilidades sociales, desempeño deficiente en la escuela, propenso a consumir sustancias psicoactivas, lo que hará sufrir de trastornos mentales posteriores refirió Roxan Vivar, encargada del Programa de Ansiedad de la Dirección de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental.

La ansiedad es un mecanismo normal adaptable que se estimula cuando se percibe una situación amenazante, donde cursa una valoración instantánea (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón, 2008). Es así que en algunas ocasiones para ingresar a algunos colegios, las evaluaciones a hacerse, son un motivo por el cual los

alumnos o el niño puede sentir ansiedad, ya sea por la imposición de los padres para poder ingresar a la institución educativa o por no sentirse conforme con la idea de ingresar a un nuevo ambiente, y esto podría afectar directamente con su estabilidad emocional y el pensamiento que tienen de sí mismo. (Clarizio, 1994).

Muchas veces la ansiedad infantil se origina en el ambiente familiar, y es debido a ello que Jadue (2000) afirma que hay una alta tendencia a que los niños presenten ansiedad, cuando su entorno familiar se caracteriza por la intimidación, imposición de autoridad, etc. Esto es un factor importante que debemos tener presente ya que en una familia en donde prevalecen las diferencias y situaciones conflictivas es percibida por los niños como una situación amenazante incrementando la probabilidad de desarrollar ansiedad, también debemos considerar que estas situaciones familiares a las que se ven expuestos los niños prematuramente y sumados a sus propias preocupaciones son los principales factores que determinan los altos niveles de ansiedad de los niños.

En el mismo contexto de la familia como generador de la ansiedad infantil, Heileger (1985) postula que hay tres factores que son importantes y que tienen relación con la forma de crianza que los padres imponen a sus hijos: Estos factores son la historia e infancia de los padres, las normas educativas impuestas por la sociedad a los padres y la transmisión de experiencias y emociones negativas. Este autor hace referencia a la importancia de la familia como un medio educador y formador del niño, por lo tanto, las diferentes manifestaciones que este perciba como amenazantes sin un ambiente familiar adecuado hacen que se desarrolle la ansiedad en los niños de 6 a 8

años que muchas veces se manifiesta con conductas agresivas o retraimiento que nos son percibidas por los padres y docentes como tales.

Por lo presentado anteriormente se puede afirmar que la ansiedad en niños es cada vez más frecuente, y dada la dificultad para su detección temprana en el ámbito escolar, consideramos muy importante y necesaria una adecuada evaluación de manera objetiva y con instrumentos psicométricamente válidos y confiables con el objetivo de identificar mejor sus causas y así desarrollar estrategias de prevención e intervención más eficientes.

1.2. Formulación del problema:

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Cuestionario de Ansiedad infantil CAS en escolares de 6 a 8 años en Lima-Sur?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS en escolares de 6 a 8 años en Lima-Sur.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Precisar la confiabilidad por análisis de ítems del Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS en escolares de 6 a 8 años en Lima-Sur.

2. Precisar la confiabilidad por consistencia interna, del Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS en escolares de 6 a 8 años en Lima-Sur.
3. Precisar la confiabilidad test retest del Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS en escolares de 6 a 8 años en Lima-Sur.
4. Establecer la validez de contenido del Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS en escolares de 6 a 8 años en Lima-Sur.
5. Establecer la validez concurrente del Cuestionario de Ansiedad Infantil -CAS en escolares de 6 a 8 años en Lima-Sur.
6. Precisar la validez de constructo del Cuestionario de Ansiedad Infantil – CAS en escolares de 6 a 8 años en Lima-Sur.
7. Establecer las normas percentilares del Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS en escolares de 6 a 8 años en Lima-Sur.

1.4. Justificación e importancia

Las pruebas psicológicas son instrumentos de gran importancia en cuanto a medición en psicología, por lo tanto, son indispensables para ejercer una decisión en cuanto a una hipótesis diagnóstica.

El presente trabajo de investigación ha sido elaborado con la finalidad de ayudar a la labor del psicólogo en el abordaje de la ansiedad en niños, siendo la ansiedad uno de los desórdenes emocionales con mayor prevalencia en niños del país y sabiendo ya hace más de una década que el 20% de los niños(as) y adolescentes del mundo sufre alguna enfermedad discapacitante OMS (2003), y conociendo que esta población se muestra expuesta diariamente a situaciones estresantes que incrementan la prevalencia de ansiedad en esta población infantil , sobre todo en el ámbito educativo donde en las instituciones educativas los escolares reciben clases en aulas con muchas deficiencias físicas y académicas, como la falta de ventilación, exceso de alumnado, la inadecuada enseñanza de algunos profesores carentes de estrategias, etc.

Según Echeburúa (2002) podemos identificar la respuesta de ansiedad como reacción defensiva instantánea ante el peligro ejerce una función protectora en las especies y ha salvaguardado a la humanidad durante miles de años. Riveros, Hernández y Rivera (2007) afirman que la ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. Asimismo, manifiesta que en cierto grado la ansiedad nos ayuda a prevenir el peligro , lo que hace que una ansiedad moderada permite la concentración para afrontar diversas situaciones, por ello debemos considerar que la ansiedad en el ámbito escolar produce múltiples consecuencias, el niño al verse amenazado realiza conductas no deseadas dentro del aula como, gritar, golpear, no seguir las normas dentro del aula, duerme, etc. todo ello con un impacto negativo dentro de su rendimiento académico y las relaciones con sus compañeros, padres y docentes.

También debemos precisar que los factores asociados a la ansiedad considerados relevante en la población infantil son la influencia de la familia y la escuela, contextos donde se desenvuelve comúnmente el niño, Ravagnan (1981).

Por otro lado, también queremos resaltar que la labor psicológica y pedagógica presenta múltiples deficiencias, como el no complementar un adecuado diagnóstico con instrumentos válidos y confiables que evalúen la ansiedad en niños de 6 a 8 años, especialmente en Lima Sur. Siendo esta la tendencia a nivel nacional, tal como lo señala Ardila “Ningún otro país ha logrado el desarrollo de Brasil Argentina, Puerto Rico y México en el aspecto psicométrico en Latinoamérica” Livia y Mafalda (2014), por ello consideramos de suma importancia disponer de instrumentos válidos y confiables que evalúen la ansiedad en los niños en Lima Sur, especialmente en los primeros años de estudio, del primero al tercer grado de primaria.

Por otro lado, también debemos considerar que cada vez que se realiza una estandarización lo ideal es tomar como muestra un país o una provincia, sin embargo en la presente investigación se considera hacer una estandarización zonal, Lima Sur, el cual permitirá realizar una evaluación más específica de la variable.

Asimismo el informe de Salud Mental del Instituto de Salud Mental (Honorio Delgado-Hidegoyo Noguchi 2012) afirma que el estado de ánimo permanente triste en los niños y adolescentes es 8%, el 9% se encuentra angustiado, asimismo no halla diferencias en el nivel de autoestima y ansiedad entre hombres y mujeres mientras el 28% de niños y adolescentes presentan conductas suicidas, Respecto a Lima Sur reporta que el 4.3% de niños y adolescentes presenta ansiedad generalizada, el 2,9% fobia social y el 8,3% problemas alimentarios. Todos estos trastornos en la

adolescencia son asociados y son producto de la ansiedad en los primeros años escolares ya que los niveles de ansiedad y otros trastornos se han incrementado en las últimas décadas en la población infantil, también podemos considerar que la ansiedad en los niños está muy asociado a los contextos donde se desarrolla y vive, siendo la familia el distrito donde reside y el ambiente escolar, su entorno social, es así que también se precisa que muchos de los distritos de Lima Sur presentan altos niveles de inseguridad ciudadana, violencia familiar y Bulling, esto contextualiza un ambiente favorable para el incremento de los niveles de ansiedad en los niños y adolescentes en edad escolar en Lima Sur, por ello es muy importante disponer de materiales psicológicos que permitan hacer una intervención y promoción específica y eficaz.

Finalmente consideramos a la ansiedad como una aflicción en el desarrollo del niño, y en diferentes ocasiones los padres no logran comprender la presencia de los síntomas a presentarse Chantal (2007). Lo afirmado por la autora describe muy claramente la necesidad de contar con instrumentos estandarizados que evalúen ansiedad en la población escolar de 6 a 8 años en Lima Sur.

1.5. Limitaciones de la investigación

La presente investigación tuvo como limitación principal, dificultades la disponibilidad de tiempo para la recolección de la muestra de las instituciones educativas ya que la disponibilidad de tiempo es en las mañanas, en este sentido los horarios se cruzaban con disponibilidad de tiempo de la investigadora por lo que se tuvo que solicitar permisos en el centro de trabajo para proceder a la recolección de la

muestra. Asimismo, los tiempos otorgados en los centros educativos para realizar la aplicación de los instrumentos fueron muy reducidos, disponiendo de treinta minutos.

Limitaciones al momento de la recolección de la muestra, los niños especialmente de 6 años (primer año de primaria) de algunas instituciones ya que algunos estudiantes no saben leer o escribir o leen de forma muy básica ya que muchos no tienen la capacidad de comprender las oraciones del Cuestionario, incrementando considerablemente el número de sujetos eliminados y considerando el tiempo disponible dificultó mucho la aplicación del instrumento especialmente en los escolares de 6 y 7 años.

Por otro lado, el bajo presupuesto para el desarrollo del estudio, necesario para la movilización, el análisis de datos y los recursos materiales para evaluar a los niños de los diferentes centros educativos, el mismo que ha sido autofinanciado en su totalidad.

Para esta estandarización se consideró una muestra probabilística en la población escolar de 6 a 8 años de Lima Sur, siendo representativa. Sin embargo, para generalizar los resultados se deben esperar resultados de otros estudios en esta población ya que este estudio es uno de los primeros con muestra probabilística en esta población.

El alcance de la investigación es de tipo descriptivo y describe los niveles de ansiedad en los niños de 6 a 8 años en Lima Sur, así mismo estos resultados son importantes para el desarrollo de futuras investigaciones, sin embargo, presenta limitaciones respecto a la amplitud de la investigación ya que solo se ha considerado a la edad y el sexo como variables asociados a los niveles de ansiedad.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Córdova y Shiroma (2005) realizaron un análisis de tipo psicométrico donde usaron el método del muestreo estratificado con afijación proporcional, el cual se realizó con una muestra total de 1087 alumnos, que cursaban del primer al tercer año de educación primaria de colegios estatales y particulares de Lima Metropolitana, para evaluar las características psicométricas del Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS. Se obtuvo un resultado en cuanto a la confiabilidad por consistencia interna de 0.687, respecto a la validez del constructo se hallaron cinco factores en la muestra, donde se seleccionaron los pesos factoriales superiores a 0.30, comprobando así la existencia de dos Factores que confirman el modelo teórico del cuestionario, sin embargo, se encontró variaciones en dos reactivos 14 y 15 en cuanto a su ubicación dentro de los factores.) La media hallada según estratos sociales es de 6.6 en el nivel económico medio bajo y 6,2 en el nivel socioeconómico medio y bajo.

Chirinos (2015) en el estudio que tiene como finalidad describir las propiedades psicométricas del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños: STAIC, tuvo como objetivo determinar la validez y confiabilidad psicométrica, así como, presentar niveles percentilares de acuerdo al nivel de ansiedad en niños de Lima Centro. Se evaluaron a 1034 escolares de 7 a 11 años, de ambos sexos, que cursan segundo a sexto grado en colegios pertenecientes a la UGEL 03 de Lima. El análisis de ítems demostró la validez con un “r” ítem-test para las dos dimensiones a un nivel de $p < .001$. Las pruebas de validez externa arrojaron puntajes “r” significativos. Para la confiabilidad test-retest se obtuvo un coeficiente de 0.616 para la ansiedad estado y 0.689 para la ansiedad rasgo, así mismo para la confiabilidad por consistencia interna se

obtuvo Alfa de Cronbach adecuados (0.75 y 0.64). Las normas percentilares señalan las variaciones en las puntuaciones de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, y no se encuentran diferencias significativas por sexo, edad o grado de escolaridad.

Huamán (2015) en el estudio que tuvo como objetivo establecer las propiedades psicométricas del Inventario de Temores Infantiles de Anicama, en niños de 6 a 12 años en dos distritos de Lima Sur en una muestra probabilística formada por 1018 niños del primero a sexto de primaria. Los resultados muestran propiedades psicométricas aceptables de confiabilidad y validez en la población, donde se obtiene para la consistencia interna altos indicadores de confiabilidad ($\alpha=0.907$), para la validez de constructo se dio a través de la correlación Ítem Test hallándose correlaciones altamente significativas que oscilan desde .905 hasta .907 con una $p < 0.001$. Asimismo, se obtuvo la confiabilidad estabilidad (test –Retest) hallándose correlaciones altamente significativas $r = .948$ con una $p < 0.001$. Finalmente se encontraron diferencias significativas según el género, edad y grado de instrucción.

Alarcón (1993) realizó una investigación de diseño descriptivo de grupo único y medición post - test sobre la Lista de Chequeo Conductual de la ansiedad en niños. La muestra estuvo conformada por un total de 536 niños de ambos sexos, entre las edades de 6 a 12 años que provenían de cuatro estratos socioeconómicos: Alto, Medio, Bajo y Muy Bajo en Perú. Se construyó una lista de chequeo considerando cuatro componentes: fisiológico, emocional, motor y cognitivo, obteniéndose una lista de 31 ítems. Después de aplicada la prueba a la muestra seleccionada, se procedió a analizar los resultados estadísticamente con la Técnica de Pearson y los Stanones. La confiabilidad se encontró en un índice de $r = 0.96$ y la validez externa de $r = 0.84$. Además, en esta investigación se compararon los resultados de la muestra por estrato

socioeconómico y se llegó a la conclusión de que a pesar de que no hubo diferencias significativas, se observó que los niños que provienen de los estratos Bajo y Muy Bajo obtuvieron mayores puntuaciones en los niveles de ansiedad que aquellos que provienen de niveles Media o Alta, lo cual se traduciría que los primeros presentan mayor número de clase de respuestas inadaptativas.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Gómez y Pulido (1991) en la estandarización española del Cuestionario de Ansiedad Infantil de la versión original elaborado por Jhon Gillis, en una muestra formada por 1532 sujetos de las cuales 736 eran niñas y 796 niños, la investigación mostró como resultados para la confiabilidad por consistencia interna un alfa de Crombach de 0.69. En cuanto a la validez de constructo se confirmaron los 2 factores del modelo teórico, en cuanto a la validez concurrente los coeficientes de congruencia entre la Escala de Ansiedad de Krug, Scheier y Cattell. IPAT (1976) y las emitidas por el CAS, se obtuvieron coeficientes de 0.81 ($p < .01$) y 0.74 ($p < .05$). Estos resultados ponen de manifiesto la idoneidad del CAS para evaluar la ansiedad infantil.

Castrillón y Borrero (2005) realizaron un estudio descriptivo-explicativo sobre las propiedades psicométricas y la validación estructural del inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) con una población de 670 alumnos de entre 8 y 15 años de edad de ambos géneros en 35 instituciones públicas y privadas de la ciudad de Medellín, Colombia. El análisis de dichas condiciones arrojó como resultado seis factores en su análisis factorial, alcanzando una confiabilidad moderada. Estableciéndose un Alpha de Cronbach de 0.70, el cual se tuvo que bajar para para conservar el nivel de varianza.

Hernández, Bermúdez, Spence, Gonzales, Martínez, Aguilar y Gallegos (2009) realizaron un estudio sobre las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad para niños de Spence en español (SCAS), al ITA-UNAM que mide ansiedad y al CES-D, que mide depresión. El objetivo era confirmar el modelo estructural de la SCAS, mediante un análisis confirmatorio en donde se probaron dos modelos, uno de 38 y otro de 32 ítems, ajustándose mejor este último. Se trabajó con una población de 554 alumnos de entre edades de 8 a 12 años de ambos géneros de escuela primaria de nivel socioeconómico bajo en la ciudad de México.

Maldonado, Cañon, y Gantiva, (2012) en el estudio cuyo objetivo tuvo la relación entre autoconcepto y ansiedad infantil, para ello trabajó con 51 estudiantes niños y niñas de 8 a 11 años de edad, para ello se aplicaron los instrumentos de evaluación, Escala de Ansiedad Manifiesta en niños (revisada) CSMAS-R y la Escala de Autoconcepto infantil de Piers-Harris. Los resultados muestran que existe una correlación negativa entre ansiedad y autoconcepto, por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en la ansiedad según sexo en los estudiantes.

Rodríguez (2008) La incidencia de la ansiedad y el estrés se estima en torno al 15% de la población mundial por lo que no es de extrañar que se los conozca como la epidemia silenciosa del siglo XXI.

Los estudios epidemiológicos indican que la ansiedad y los miedos escolares son relativamente frecuentes y pueden afectar hasta el 18% de los niños entre 3 y 14 años (Bados, 2005; Granell de Aldaz, Vivas, Gelfand y Feldman, 1984; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2002, citado en Martínez, García e Inglés, 2013).

Así mismo, Del Barrio (2005) refiere la existencia de correlaciones importantes de la depresión infantil con otro tipo de trastornos psicológicos, siendo el más habitual la ansiedad. Kashani et al. (1987, citados en Del Barrio) refiere que la depresión infantil está relacionada con un 75% de casos de ansiedad, 50 % de trastornos de oposición, 33 % de trastornos de conducta, 25% de consumo de alcohol y 25% de consumo de drogas.

La ansiedad es inherente al existir humano, se le atribuyen funciones específicas del desarrollo y de la evolución humana y se le ha llamado el “motor” de la vida. Gómez, Hernández, Rojas, Santa Cruz y Uribe (2008). Es una reacción emocional normal que todas las personas hemos experimentado como mecanismo básico de supervivencia ante situaciones amenazantes. Sin embargo, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones, lo que ocasiona disfunción en la vida cotidiana, en otras palabras, un trastorno de ansiedad, Berthet et al. (2010)

2.2. Bases teóricas

A continuación, se presentan las principales bases teóricas que sustenten la neurosis, actualmente llamado por el (DSM V) trastornos de ansiedad.

2.2.1. Los trastornos de ansiedad

La ansiedad se caracteriza por una molestia física y psicológica, en donde la persona muestra angustia, desasosiego ante una experiencia, el cual la considera como peligro y por motivo impreciso. Virues (2005)

Los síntomas de esta enfermedad son muy intensos y afectan nuestra vida cotidiana. Este trastorno puede ser hereditario y está relacionado con alteraciones químicas del cerebro y con frecuencia son precipitados por estrés en el ambiente, por esta razón es preferible detectar esta enfermedad prematuramente para evitar la aparición continua de la ansiedad posteriormente. Berthet et al. (2010)

Ante la presencia de diversos enfoques en la psicología, la ansiedad se presenta de las siguientes maneras:

Según la teoría psicodinámica, por Freud, es una respuesta de nuestro organismo ante una sobreexcitación derivada de la libido, el cual nos indica una situación peligrosa. Esta angustia se deriva de una lucha entre el súper yo y los instintos prohibidos, lo cual desencadena en esta enfermedad.

Según la teoría conductista, hace referencia a que todas las conductas son aprendidas y en algún momento se asocian a estímulos favorables y desfavorables lo cual determinara si esta conducta logra mantenerse o se extingue. Aquí sostienen que la ansiedad es el resultado de un condicionamiento. En la teoría del aprendizaje social indica también que se da el aprendizaje mediante de la observación de las personas significativas al entorno.

Según la teoría cognitivista, la considera a la ansiedad como resultados de cogniciones patológicas, donde el sujeto “etiqueta” la situación y la afronta con conductas determinadas y respuestas neurofisiológicas desencadenando así la ansiedad. Virues (2005).

Existen dos clasificaciones, una por el Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales cuarta edición texto revisado (DSM V) y el otro son los Criterios Diagnósticos de Investigación de la clasificación internacional 10ª edición (CIE-10).

2.2.2. Ansiedad

La gran mayoría de autores y la comunidad científica afirman que la ansiedad es un fenómeno universal, experimentado por todas las personas numerosas veces y se activa ante una situación de peligro; de esta manera nos ayuda a tomar las medidas necesarias contra las posibles amenazas, esto se da gracias a la activación del sistema nervioso autónomo.

De igual manera, Rodríguez y Sales (2012) señalan que la ansiedad puede estar asociada a acontecimientos pasajeros o puede ser una forma de afrontamiento habitual, este último probablemente esté condicionado por características individuales que predisponen a la persona. En todo caso, la ansiedad puede tener niveles variantes, llegando a ser incluso extremadamente altos, ocasionando perturbaciones en los individuos.

La ansiedad también tiene un componente cognitivo, tal como sostiene Riso (2009, citado por Olivo, 2013), quien manifiesta que las existencias de ciertos sesgos del pensamiento hacen que se produzca la ansiedad; dichos sesgos pueden ser: extrema focalización por las manifestaciones somáticas, preocupación excesiva por la ocurrencia de eventos negativos, percepción amenazadora de la información que le rodea e interpretaciones irracionales del comportamiento de las demás personas.

American Psychiatric Association (2014) señala, en el DSM V, que la ansiedad es un trastorno caracterizado por un miedo excesivo, persistente e inapropiado para el nivel de desarrollo del individuo. En niños y adolescentes dura al menos cuatro semanas y dicha alteración provoca deterioro en las esferas social, académica, familiar u otras áreas de la vida personal.

Huberty (2014) refiere que los niños con ansiedad presentan síntomas similares a los adultos ansiosos, no obstante, evidencian con mayor frecuencia conductas de irritabilidad y falta de atención.

2.2.3. Definición de ansiedad según Gillis

Para la construcción del modelo teórico del Cuestionario de Ansiedad Infantil, Gillis (1980) considera que se debe entender a la ansiedad y sus principales componentes desde sus orígenes, para ello se tienen abarcar las diferentes teorías del campo psicológico, para ello diseña de manera científica y sistemática un instrumento que pueda medir los diferentes componentes de la ansiedad en los niños. Asimismo, Gillis emprende basándose en la teoría de Cattell (1963) en el cual intenta incluir distintas teorías psicológicas para valorar los distintos rasgos de la personalidad mediante el análisis factorial. Cattell identifica factores que lo definen como rasgos a aquellos elementos psicológicos o tendencias permanentes de reacción que se constituyen como estructuras básicas de la personalidad. Después de realizar diferentes investigaciones; Cattell obtuvo unos primeros factores o escalas a las que llamo “Factores de primer orden o rasgos primarios”, posteriormente halla que los factores de primer orden covariaban entre sí, así que los factoriza y llama “Factores de segundo orden o rasgos secundarios”.

Dentro de los factores de segundo orden se encuentra el Factor de Ansiedad, que estaba caracterizado por los siguientes componentes: emocionalmente poco estable (C-), excitable (D+), tímido (H-), aprensivo (O+) y tenso (Q4+). De acuerdo a la combinación de estos componentes Gillis construye el Cuestionario de Ansiedad Infantil con dos factores como se muestra a continuación según Gillis (1980):

El Primer Factor está constituido por un componente de emocionalidad, excitabilidad, cambio de actitudes y evasión de las responsabilidades. Estas características se asocian estrechamente con los Factores C-, D+ y Q4+ del ESPQ, en los cuales se describen a aquellos niños que son emocionalmente poco estables, presentan menos tolerancia a la frustración, son propensos a perder el control en el aspecto emocional, tienden a exhibir excitación a las provocaciones y a reaccionar de manera desmesurada frente a algunos estímulos, mostrándose, en general, inquietos y exigentes.

El Segundo Factor descrito en el CAS está definido por componentes de retraimiento, timidez y sentimientos de dependencia. Estas características se asocian con los Factores H- y O+ del ESPQ, en donde se describen características como timidez, sensibilidad a la amenaza, son fáciles de amedrentar y utilizan el alejamiento de otras personas de su entorno para evitar la amenaza y la excesiva estimulación social. Son niños que tienen fuertes sentimientos de culpa, se muestran inseguros, tienden a la irritabilidad, ansiedad e inclusive a la depresión, en algunos casos.

De acuerdo a lo presentado por Gillis se puede considerar a la ansiedad como un conjunto de rasgos de segundo orden de la personalidad organizada en dos factores, el primer factor está constituido por la emocionalidad, excitabilidad, los cambios actitudes y evasión de las responsabilidades, el segundo factor la constituyen el retraimiento, timidez y sentimiento de dependencia. (Gillis 1980; citando en Gómez y Pulido 1991)

En cuanto a la ansiedad infantil dos factores son importante y difícilmente no podemos obviar, los cuales son la familia y la escuela porque ambos son los lugares donde constantemente se encuentran (Ravagnan, 1981).

2.2.4. Fobia social

La APA (2014) señala, en el DSM V a la fobia social como un miedo persistente, excesivo y desproporcionado a la situación real; que surge a partir de una situación social donde el individuo puede estar expuesto al posible examen de otras personas. Asimismo, se señala que en niños se pueden presentar conductas como el llanto, la rabieta, quedarse paralizados, fracaso de hablar en situaciones sociales y un excesivo apego físico. En el caso de los niños, el miedo debe presentarse por más de seis meses; no es necesario que reconozcan el temor como irracional o exagerado. Asimismo, cabe resaltar que la fobia genera dificultades a nivel general en la persona que la padece.

Nardone (2002) determina que los individuos que presentan algún tipo de trastorno fóbico, tienen dificultad para desarrollar una vida autónoma e independiente, ya que se encuentran condicionados permanentemente por su fobia. Asimismo, señala que el sistema perceptivo de una persona constituye el eje central para determinar la existencia de la fobia en ella.

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2010) realizó una investigación donde se señala que los niños y adolescentes con fobia social pueden presentar comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, tales como: depresión, ansiedad y abuso de sustancias psicoactivas. De igual manera, señalan que a pesar del deterioro que la fobia puede provocar en las áreas sociales, ocupacionales y personales del individuo, son muy pocos aquellos pacientes que buscan ayuda para iniciar y seguir un tratamiento.

En ese sentido, se considera la fobia social como un miedo intenso vinculado a la interacción social, que produce una sensación de catástrofe inminente y una activación

fisiológica que se expresa a través de manifestaciones, tales como: sudoración, temblores, sensación de ahogo, visión catastrófica, tendencia a huir o evitar situaciones, relacionadas al miedo exacerbado que se experimenta. Asimismo, puede presentar comorbilidad con otros trastornos desmejorando el desenvolvimiento del individuo.

2.2.5. Factores y expresión de la ansiedad:

La ansiedad se puede manifestar de diferentes formas, según la personalidad del infante. También influye su educación, el afecto recibido y el ámbito social y cultural que lo rodea Rodríguez-Sacristán (1995).

Las experiencias traumáticas, son consideradas un factor de cuidado, ya que aceleran la presencia de síntomas en la ansiedad, tomando en cuenta las siguientes situaciones: el haber padecido de una enfermedad, el haberse sometido a alguna intervención quirúrgica, el haber perdido un familiar o persona cercana, conflictos en la escuela, estar sometido a situaciones de temor y otras situaciones adicionales de consideración, demostrándose así que los casos que han sido supervisados por un especialista y lo aprendido en la vida cotidiana refuerza la relación que hay entre estas experiencias y el “estado por estrés traumático”, descrito en la DSM-V. Esta es una manera de examinar la comorbilidad de los estados de ansiedad con otra forma clínica no ansiosas.

El desarrollo de cognición en el niño se da mediante el aprendizaje en cuanto a sobrellevar la ansiedad, el hecho de vivir experiencias va formando su forma de percibir su entorno, para lograr adaptarse, lo cual es netamente cognitivo.

Entre los factores de predisposición se ha señalado el temperamento, que es uno de los rasgos de la dotación biológica que ha sido mejor estudiado en relación a la

ansiedad infantil. La mayoría de autores tienden a establecer vínculos de dependencia entre temperamento y retraimiento, conductas de inhibición y psicopatología infantil de índole ansiosa, pero negando o discutiendo una relación de determinación etiológica.

El sexo como factor psicobiológico también ha sido valorado como predisponente. Las observaciones coinciden en que son más frecuentes las conductas ansiosas en mujeres que en varones.

La versatilidad de la fenomenología expresiva ansiosa, se observa en dos vertientes la somática y la psíquica. En el área somática no falta ningún aparato o sistema y algunos como el digestivo o el sistema nervioso. Sabemos de la resonancia emocional en el aparato digestivo y de la localización preferente de la vivencia ansiosa en la zona del epigastrio. En cuanto al sistema nervioso tampoco podemos sorprendemos: las vías de expresión de la ansiedad son las mismas que utiliza el sistema nervioso para cumplir su cometido, el sistema nervioso periférico y como es bien sabido la regulación de las emociones y la ansiedad es la más notoria de ellas se realiza en los mismos sitios cerebrales en los que se controla y rige el funcionamiento visceral. Por lo que respecta a otros signos como la arritmia, hiperventilación o dificultades en la respiración nos indican la presencia de la ansiedad.

Los signos y síntomas de ansiedad que pertenecen a la vertiente psíquica también son muy diversos. Afectan al lenguaje, a la manera de vivir la corporalidad o se expresa a través de comportamientos externalizantes como la cólera, la agresividad o la hiperactividad. Otras veces las formas de expresión son más complejas como las de inseguridad, de timidez, de dependencia, de soledad, de vergüenza y de culpa. Estos tres últimos son situaciones las cuales definirá el estado emocional de la persona, ya que la evitación de otras personas, aislamiento y culparse incitan la ansiedad, las cuales al

manifestarse también se los puede considerar como patológicos: los rituales y las ideas obsesivas.

Dentro de las formas de expresión psíquica, los miedos y las fobias presentan forma de evolución en la infancia y nos pueden ayudar a comprender las dimensiones evolutivas de la ansiedad, ya con la madurez emocional del niño y las diferentes experiencias de aprendizaje en el curso del desarrollo se contribuye a suprimir gradualmente los miedos.

Tabla 1.

Semiología general de la ansiedad en la infancia

SÍNTOMAS DE EXPRESIÓN SOMÁTICA	Aparato Cardiovascular	Taquicardia, arritmias
	Aparato Respiratorio	Disnea, hiperventilación, apnea, suspiros
	Aparato Digestivo	Vómitos, disfasia, sensación de bolo, “pellizco en el estómago”, dolores de “barriga” e intestinales, diarreas, nauseas.
	Sistema Nervioso Central	Mareos, parestesias, temblores, sensación de vértigos, hiperestesias, Convulsiones, cefaleas, desvanecimiento
	Sistema Osteo-articular	Parálisis, distonías, hipertonías.
	Piel	Palidez, enrojecimiento, sudoración
SÍNTOMAS DE EXPRESIÓN PSÍQUICA	Sentimiento de culpa ideas obsesivas	
	Sentimientos de vergüenza	
	Sentimientos de soledad	
	Quejas hipocondriacas	
	Lenguaje: Tartamudez, mutismo, locuacidad	
	Miedos	
	-Fobias	
	Cólera	
	Dependencia	
	-Conducta de timidez y huida	
	Inseguridad	
	Sentimientos de inferioridad	
	Hipersensibilidad	
	Inquietud	
	Agresividad	
Hiperactividad		
Rituales		

Nota: De. *Psicopatología del niño y del adolescente*. (p.527), por J. Rodríguez-Sacristán, 1995, Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

2.2.6. Diagnóstico y evaluación de la ansiedad infantil

Autores como Jalenques, Lachal y Coudert (1994), afirman que en ocasiones, la conducta ansiosa manifestada por los niños y niñas, es percibida por individuos que los rodean sin que sepan interpretar correctamente el estado emocional de estos niños, lo que dificulta aún más, el que reciban el manejo adecuado.

Anicama (2010) postuló que desde la perspectiva evolucionista la conducta emocional inadaptada tiene como elemento central de inicio una “R” simple denominada “ansiedad”, y de allí se elaboran las conductas más complejas tal como lo describe la Figura 1.

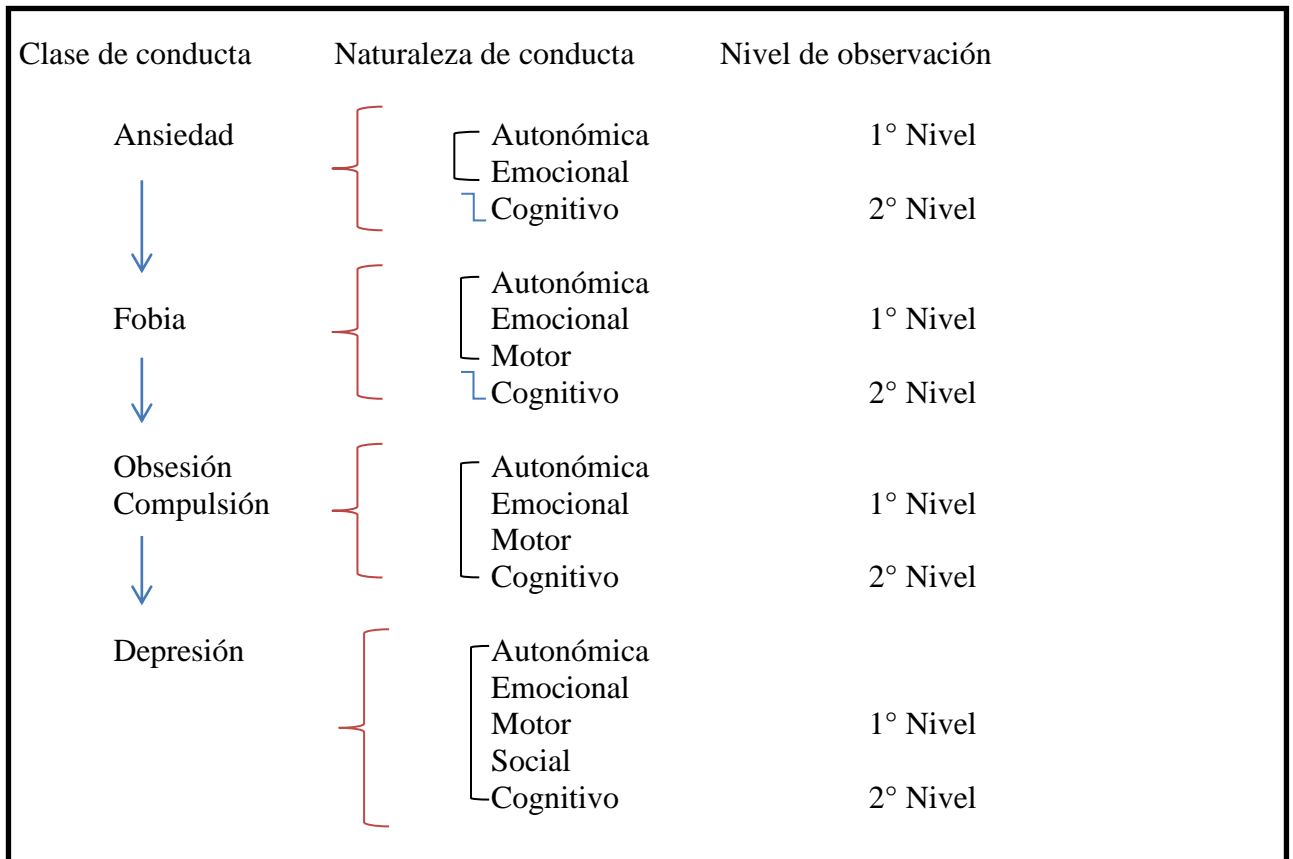


Figura 1. Esquema de la evolución de la conducta inadaptada, naturaleza y nivel de observación epistémico. De. *Curso de análisis conductual de las neurosis*. Folleto, por J. Anicama, 1979b, Lima. SPAMC-UPCH.

Figura 1: Evolución de la conducta inadaptada, naturaleza y nivel de observación epistémico

La valoración justa de la ansiedad es uno de los grandes retos que tiene planteada la psicopatología infantil. Diagnosticar un estado de ansiedad puede ser fácil en ocasiones, pero evaluar la manera en que intervienen la angustia y la ansiedad en el conjunto de la personalidad o diferenciar las diversas formas clínicas es una tarea continua y difícil. El interés en conocer bien la ansiedad, en saber diagnosticarla y evaluarla. Una forma de medir la ansiedad en la niñez es mediante una escala de valoración, listas de síntomas, criterios de diagnóstico, observación comportamental y entrevista clínica.

La evaluación de la ansiedad infantil mediante pruebas psicométricas, ha venido siendo perfeccionando últimamente, en especial el Inventario de Ansiedad Infantil de Rasgo STAIC, Spielberger (1973). La Escala General de Ansiedad Infantil, GASC, Sarason (1960), la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, CMAS, adaptada por Castañeda y Cols (1956). Cuestionario de ansiedad infantil- CAS de Gillis, adaptada por Gómez y Pulido (1989) en Madrid y estandarizada por Córdova y Shiroma (2005) en Lima Metropolitana, hasta culminar en este estudio. Junto a estas se realizan entrevistas estructuradas y listas de observación generalizada y perfiles “checklists” listas de observación sintomática.

2.2.7. Análisis funcional de la conducta ansiosa infantil:

Se ha precisado que “el diagnóstico conductual es la especificación precisa y objetiva de las conductas problema de un sujeto”. En contraste, el diagnóstico clínico tradicional se limita a encasillar al paciente en un cliché o darle una connotación clínica, por ejemplo, neurosis depresiva, retardo mental, problemas de aprendizaje, por citar algunos casos. El nuevo diagnóstico psicológico acorde a la metodología del análisis

experimental del comportamiento es operacionalista, descriptivo, analítico y funcional. Es decir que conductas inadaptativas y cuales adaptativas tiene el paciente. Esto es de relevancia por el mayor detalle en el diagnóstico y evaluación de la ansiedad infantil.

La tabla 2, describe los pasos para reconocer lo que pasa con el paciente en el aquí y en el ahora, es decir, es un corte fenomenológico de la vida del paciente. Se muestra que caracteriza principalmente una respuesta según su frecuencia y duración, identificando estímulos antecedentes discriminativos que provocan la conducta y ocurren inmediatamente antes de que esta se presente, y también cuales son los estímulos consecuentes reforzantes que ocurren inmediatamente después que la conducta aparece y aumenta su probabilidad de ocurrencia. Es un análisis de las contingencias que provocan y mantienen una conducta.

Tabla 2

Análisis funcional de conductas de ansiedad

Conducta N°1 Reacción ansiosa de nivel autonómico	Conducta N°2 Reacción ansiosa con conducta de evitación
Estimulo antecedente: Ver al padre con expresión de enojado y gritándole.	Ver a un loco o a un perro ladrando.
Respuesta: Palpitaciones altas, temblor de cuerpo, llorar.	Palpitaciones altas, temblor de cuerpo, si está acompañado se escuda en la otra persona, si esta solo se da la vuelta o cruza la acera.
Estimulo consecuente: La madre y los hermanos la consuelan.	Alejarse del loco o del perro.

Nota: De, Análisis funcional y diagnostico comportamental de los problemas de aprendizaje. Vol. 6, 67-76, por J. Anicama, 1988. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*.

2.2.8. Clasificación de los tipos de trastornos de ansiedad en la infancia

En este caso el trastorno de ansiedad por la separación que se da en los niños ante la separación de su hogar o de aquellos a quienes está ligado, el niño desarrolla una aprehensión desbordante y como consecuencia se muestra indócil como por ejemplo el tomar una actitud negativa ante ir a la escuela o dormir solo.

En cuanto al trastorno de ansiedad generalizado, cuya característica es la preocupación excesiva y miedo a situaciones comunes que se presentan en su entorno, los niños suelen manifestarlo mediante quejas somáticas, mal humor y berrinches.

El trastorno de pánico, por lo general aparece asociado a otros diagnósticos como fobia, agorafobia, en donde muestran ataques de pánico, temores intensos, asociados con sentimientos de desgracia inminente.

Y por último cabe mencionar a las fobias, que es el pavor continuo y sin razón alguna a algo en particular. Virues (2005).

La causa y expresión de la ansiedad patológica, al igual que la ansiedad normal, se manifiesta también de acuerdo a la etapa de desarrollo del niño:

En los infantes, la somatización es más común por ejemplo las arcadas, dolor estomacal, dolores de brazos y piernas, dolores de cabeza y otros. (Berthet et al.) y según Mardomingo y Casares (2010) los síntomas que presentan son la intranquilidad física, lloran sin motivo alguno, ausencia de la necesidad de comer, insomnio, resistencia a ser separado de sus padres, temores reprimibles y las dudas.

A mas edad tenga el niño, la ansiedad sale a flote mediante el comportamiento, el cual presentará dificultades haciéndolo un niño demandante. Berthet et al. (2010) y

según Mardomingo y Casares (2005) los síntomas son también temores irreprimibles, dolores torácicos, obsesiones, rituales, inhibición motriz, dificultades de concentración, sentimiento de despersonalización y sentimientos de desrealización.

La ansiedad se presenta en los niños con una variedad de síntomas relacionados entre sí, acompañado también del aislamiento, ausencia de autoconfianza, sensaciones de irritabilidad o inquietud, haciendo percibirlo una persona vulnerable. Berthet et al. (2010)

Para el caso del niño a diferencia del adulto, es más difícil aislar o separar solamente un cuadro clínico. Ellos presentan generalmente superposición de síntomas y signos que correspondan a varios diagnósticos dentro de los cuadros ansiosos, además de tener alta comorbilidad.

Según Mardomingo y Casares (2010), la ansiedad se manifiesta en tres grandes grupos de síntomas: neurovegetativos, cognoscitivos, emocionales, conductuales.

Ahora estas manifestaciones clínicas varían con la edad y por lo tanto con el desarrollo cognoscitivo y emocional del sujeto. En el caso de los niños miedos como a la de la oscuridad, a los animales y ciertos rituales al acostarse irán desapareciendo conforme van creciendo.

Según la perspectiva psicopatológica presentan tres posturas de la ansiedad:

- La primera como respuesta fisiológica ante una experiencia normal.
- La segunda como síntomas de diferentes enfermedades médicas y psiquiátricas.
- La tercera que es la ansiedad como entidad específica.

2.2.9. Ansiedad en edad escolar y factores asociados

Un factor importante en la ansiedad del niño es la familia y la escuela en donde constantemente se encuentra. (Ravagnan, 1981).

La ansiedad, según Echeburúa (2000) puede ser definida como “es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro”. Considerando lo expresado por Echebarrúa y estando el niño en el ambiente escolar donde perciben a continuas amenazas desde su entorno social como sus compañeros, docentes etc. Además, muchos autores como (Ayuso, 1988) “consideran como uno de los principales motores para aprender y motivarse, contribuyendo a la madures de la personalidad”. Por otro lado Clarizio (1994) afirma:

La ansiedad ligera o moderada puede facilitar el ajuste social del niño y servir como ayuda para la resolución de problemas y la inventiva. Sin embargo, cuando la ansiedad se convierte excesiva en intensidad, frecuencia o duración, o aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo, produce alteraciones en el funcionamiento del sujeto y se considera disfuncional.

Por ello podemos afirmar que cuando un niño carece de una atención y orientación adecuada tanto para el niño como para la familia, puede derivar en consecuencias negativas en las posteriores etapas de desarrollo, ya que estas dificultades para manejar adecuadamente la ansiedad pueden relacionarse a trastornos de ansiedad en la niñez y durante la adultez, por ello la evidencia empírica como el bajo rendimiento académico, dificultades para el aprendizaje, dificultades para interactuar

con otras personas de manera adecuada, problemas médicos como afecciones cardíacas, desórdenes en la alimentación como bulimia y anorexia, diferentes adicciones, entre otras están asociados a la ansiedad en la infancia. “Las principales manifestaciones de la ansiedad pueden evidenciarse en tres áreas: el sistema motor, el sistema psicofisiológico y el sistema cognitivo” Lang (1968).

Clarizio afirma:

En el ámbito escolar el sistema tradicional de clasificación para ingresar a algunos establecimientos educacionales así como el sistema de evaluación, en muchas ocasiones provoca la ansiedad en el niño por la presión que ejercen sus padres directa o indirectamente o por la reacción negativa que puede generarse en alguno de ellos cuando sus expectativas con respecto a este tema no son satisfechos, lo cual podría influir en el estado de ánimo y el autoconcepto de sus hijos. (Clarizio, 1994).

Por otro lado, también se considera que el entorno escolar es muy influenciado para el niño, porque interviene en tal sentido que lo invita a sentirse ansioso, ya que en el aula los alumnos están en constante competencia para obtener buenas calificaciones, sobre todo cuando el menor no cree en si mismo descartando la idea de que puede hacerlo. Este pensamiento se podría manifestar debido a que puede haber presión en casa, obstaculizando sus objetivos y no poder obtener el reconocimiento de la familia o de su entorno escolar, o en otro de los casos que la enseñanza sea es muy parametrada dificultando el aprendizaje.

Factores asociados a la ansiedad del niño en edad escolar

Seguiremos a Blagg (1987), Bragado (1994), Echeburúa (1993), King, Ollendick y Tonge (1995) para nombrar las diferentes causas de la ansiedad de niños en edad escolar.

Algunos factores predisponentes

La existencia de trastornos con presencia de ansiedad es el factor más determinante, siendo las fobias del niño y la depresión en los niños y padres los aun más determinantes, lo que hará difícil que el niño aprenda técnicas de afronte; también se considera encontrarse en una estructura familiar que fomente la dependencia o alejamiento de los padres, cohibición de la conducta frente a una persona extraña y mostrarse ansioso o temeroso en el ámbito escolar.

Entre los factores precipitantes y/o mantenedores de la ansiedad también podemos considerar:

Acontecimientos vitales negativos: fallecimiento, problemas de salud, distanciamiento por periodos extensos de tiempo de mamá, papá, mascota, compañero muy cercano, sobre todo de mamá.

Factores relacionados con el ámbito escolar: Cambiar de institución educativa o de nivel académico; enfrentar situaciones burlescas en donde el niño sea afectado, expuesto a ser criticado, amenazado, agredido físicamente o pelear con otros compañeros; profesor demasiado estricto, sarcástico o punitivo; trabajo escolar muy difícil (incluidas aquí las actividades de educación física); tener que participar en reuniones escolares e intervenir en público; hacer exámenes; estar con muchos niños o en una escuela muy grande; tener que hacer un largo y desagradable viaje hasta la escuela; experiencias

traumáticas en la escuela (acoso sexual). Estas experiencias suelen generar cierto miedo en los niños, aunque algunos llegar a reaccionar con un nivel de miedo excesivo.

Factores relacionados con el niño. Aparte de los miedos citados arriba, pueden influir el miedo a la separación de los padres; una mayor dependencia de estos; problemas de asertividad y de relaciones sociales; niveles excesivos de aspiración académica; estar acomplejado por algún aspecto de la apariencia física que puede ponerse de manifiesto en las clases o al desnudarse; celos exagerados de un hermano; angustia por la menstruación o la masturbación. Puede haber un bajo rendimiento escolar (en ciertas materias o en general) y/o un miedo al mismo debido a una serie de factores (niño, escuela, medio cultural). Algunos niños no quieren volver a la escuela porque no pueden explicar su ausencia a sus compañeros de un modo aceptable.

Factores relacionados con la familia. Sobreprotección del niño por parte de uno o ambos padres; relación muy estrecha de la madre con el niño y relación distante con el marido; expectativas poco realistas sobre el rendimiento escolar del niño; falta de recursos de los padres para conseguir llevarlo a la escuela (p.ej., no poder manejar física o psicológicamente las rabietas del niño, no sentirse capaz de manejar a la vez tanto al niño como a sus hermanos más pequeños); desajuste marital; algún progenitor o la familia sale beneficiado de que el hijo se quede en casa (como una madre agorafóbica o deprimida) o de que presente un problema que permite no atender a otros problemas más dolorosos; conflictos entre los padres y la escuela; padres que valoran poco la educación escolar o que tienen actitudes negativas hacia la escuela etc.

2.2.10. Factores de riesgo de la ansiedad infantil

Biológicos:

Antecedentes familiares, vulnerabilidad constitucional, temperamento inhibido y enfermedades crónicas del niño.

Ambientales:

Apego ansioso o inseguro o ambivalente, ansiedad parental y crianza sobreprotectora y disfunción familiar.

2.3. Definición conceptual de la terminología empleada

Ansiedad

La ansiedad es un fenómeno universal, experimentado por todos en numerosas ocasiones a lo largo del desarrollo y que, a la vez, la utilizamos como aviso ante una situación de riesgo. Vasconcelos, Costa y Barbosa (2008).

Ansiedad infantil

La ansiedad infantil según Gillis (1980) es un conjunto de rasgos de segundo orden de la personalidad en construcción del niño organizada en factores, el primer factor está constituido por la emocionalidad, excitabilidad, los cambios actitudes y evasión de las responsabilidades, el segundo factor la constituyen el retraimiento, timidez y sentimiento de dependencia. (Gillis 1980; citando en Gómez y Pulido 1991)

Confiabilidad

Es la cualidad psicométrica referida al hecho que una prueba es capaz de medir a un mismo sujeto y obtener resultados similares en una o más ocasiones (APA, 2010; citado por Cayhualla y Mendoza, 2012).

Validez

Es la cualidad de un instrumento de evaluación de medir lo que dice medir (APA, 2010: citado por Cayhualla y Mendoza, 2012).

Baremos

Es una tabla realizada con normas obtenidas de los puntajes directos del proceso de estandarización y sirven como un marco de referencia para realizar interpretaciones (Aiken, 2003).

CAPÍTULO III:

MÉTODO

3.1 Tipo y diseño de investigación:

El diseño es no experimental porque no se realiza la manipulación deliberada de la variable y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos, también es de corte transversal, por observar el fenómeno y recolectar datos en un único momento. Es de tipo psicométrico ya que se pretendió encontrar las propiedades psicométricas como la validez y confiabilidad del instrumento. Hernández, Fernández y Baptista (2010)

Por otro lado, Alarcón considera que es de tipo tecnológico ya que tiene como fin aportar un nuevo instrumento para evaluar desórdenes emocionales en niños y adolescentes. Asimismo, es de tipo psicométrico porque se estudiarán las características psicométricas de la prueba, mediante el uso de un paradigma cuantitativo, Alarcón (1991).

3.2. Población y Muestra:

Población

La población del presente estudio está conformada por el total de alumnos de educación primaria de primero hasta tercer año de primaria entre los 6 a 8 años de edad de las instituciones educativas, ascendente a 17 152 distribuidos en los distritos de Villa el Salvador, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Pachacámac y playas que forman la UGEL 01, el cual está formado por 102 instituciones educativas estatales, según la Unidad de Estadística del Ministerio de Educación con (2014).

Tabla 3

Población de Colegios de la UGEL 01 San Juan de Miraflores

Instituciones educativas	Número de estudiantes N
102	17 152

Muestra

Para establecer la muestra debido a la variabilidad en cuanto al número de estudiantes por centros educativos y con el fin de garantizar una muestra representativa, se tomó en consideración únicamente aquellas instituciones educativas con poblaciones iguales o mayores a 500 niños, con el cual las 102 instituciones educativas de la UGEL 01 se reducen a 63 las cuales han sido consideradas en el presente estudio.

Por otro lado para la selección del número de estudiantes participantes en el estudio (muestra) se utilizó la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95%, siendo $z=1.96$ y un error aceptable $E=0.03$, en el cual se obtuvo una muestra de 1005 estudiantes entre 6 y 8 años de edad del 1º al 3º grado de primaria

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde} \quad n_0 = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{4E^2} \quad \rightarrow \quad n_0 = 1\ 005$$

- n = tamaño de la muestra (1052)
- Z = nivel de confianza 95% (1,96)
- p = prevalencia estimada (0.5)
- $q = (1 - p)$
- E = margen de error (0.03)
- N = tamaño de la población (72608)

Tabla 4

Distribución de la muestra según instituciones educativas

Instituciones Educativas	Distrito	n
7055 Túpac Amaru II	Villa María Del Triunfo	19
6073 Jorge Basadre	Villa María Del Triunfo	14
7220	Villa María Del Triunfo	11
7106 Villa Limatambo	Villa María Del Triunfo	11
6024 José María Arguedas	Villa María Del Triunfo	17
6015 Santísimo Sagrado Corazón De Jesús	Villa María Del Triunfo	18
6029 Bartolomé Mitre	Villa María Del Triunfo	22
6011 Santísima Virgen De Fátima	Villa María Del Triunfo	29
6081 Manuel Scorza Torres	Villa María Del Triunfo	16
6152 Stella Maris	Villa María Del Triunfo	24
6031 Santa María De Lurín	Lurín	17
7098 Rodrigo Lara Bonilla	Lurín	20
7056 San Martin De Porres	Lurín	11
6008 José Antonio Dapelo	Lurín	16
7081 José María Arguedas A	San Juan De Miraflores	12
7062 Naciones Unidas	San Juan De Miraflores	15
7069 Cesar Vallejo	San Juan De Miraflores	12
6089 Jorge Basadre Grohmann	San Juan De Miraflores	11
6078	San Juan De Miraflores	12
7059 José Antonio Encinas Franco	San Juan De Miraflores	16
7061 Héroes De San Juan	San Juan De Miraflores	14
7070 Dra. Maria Reiche Grosse Neuman	San Juan De Miraflores	29
6046	San Juan De Miraflores	21
6007	Pachacámac	11
6006 Santísima Virgen De Lourdes	Pachacámac	14
6063 José Carlos Mariátegui	Villa El Salvador	13
7224 Elías Remigio Aguirre Romero	Villa El Salvador	11
7091 República Del Perú	Villa El Salvador	19
7207 Mcal. Ramon Castilla	San Juan De Miraflores	16
7063 Andrés Avelino Cáceres	San Juan De Miraflores	14
República De Bolivia	Villa El Salvador	19
7228 Peruano Canadiense	Villa El Salvador	19
6071 República Federal De Alemania	Villa El Salvador	18
6065 Perú Inglaterra	Villa El Salvador	14
6070 Héroes Del Alto Cenepa	Villa El Salvador	11

6062 Perú EE.UU.	Villa El Salvador	16
7265	Pachacámac	12
7102 San Francisco De Asis	Pachacámac	21
6059 Sagrado Corazón De Jesús	Villa María Del Triunfo	20
6060 Julio Cesar Tello	Villa María Del Triunfo	12
6093 Coronel Juan Valer Sandoval	Villa María Del Triunfo	16
7057 Sob.Orden Militar De Malta	Villa María Del Triunfo	22
6032 Almirante Miguel Grau Seminario	Villa María Del Triunfo	21
6022	Villa María Del Triunfo	17
6064 Francisco Bolognesi	Villa El Salvador	14
6076 Republica De Nicaragua	Villa El Salvador	13
7073	Villa María Del Triunfo	13
San Juan	San Juan De Miraflores	16
6066 Villa El Salvador	Villa El Salvador	24
6048 Jorge Basadre	Villa El Salvador	21
7221	San Juan De Miraflores	14
7079 Ramiro Prialé Prialé	San Juan De Miraflores	13
6068 Manuel Gonzales Prada	Villa El Salvador	18
6038	San Juan De Miraflores	20
7084 Peruano Suizo	Villa El Salvador	18
6072	Villa María Del Triunfo	12
7259 Víctor R. Haya De La Torre	Pachacámac	17
7054	Villa María Del Triunfo	25
7035	San Juan De Miraflores	24
7096 Príncipe De Asturias	Villa El Salvador	15
Fe Y Alegría 3	San Juan De Miraflores	18
Fe Y Alegría 24	Villa María Del Triunfo	18
Fe Y Alegría 23	Villa María Del Triunfo	16
63 Colegios	TOTAL	1052

Criterios de inclusión

- Niños pertenecientes a Instituciones Educativas de la UGEL 01
- Niños pertenecientes a una Institución Educativa cuya gestión y dependencia es pública nacional.

- Niños pertenecientes a una Institución Educativa que se encuentran en turnos mañana, tarde y ambos.
- Niños pertenecientes a una Institución Educativa de varones, mujeres y mixtos.
- Niños que cursan el primer, segundo y tercero de primaria.

3.3. Variables

Ansiedad

Definición conceptual

La ansiedad infantil es un conjunto de rasgos de segundo orden de la personalidad en construcción del niño organizada en factores, el primer factor está constituido por la emocionalidad, excitabilidad, los cambios actitudes y evasión de las responsabilidades, el segundo factor la constituyen el retraimiento, timidez y sentimiento de dependencia. (Gillis 1980; citando en Gómez y Pulido 1991)

Definición operacional

Está definida como la puntuación alcanzada por los niños en el Cuestionario de Ansiedad Infantil. A continuación, la tabla con la operacionalización de la variable.



Variables de control

Sexo: Masculino y femenino

Edad: 6, 7 y 8 años de edad

Tabla 5

Operacionalización de la variable

Variable	Dimensiones	Ítems	Alternativas	Escala de medición
Ansiedad	<p>Factor 1:</p> <p>Emocionalidad, excitabilidad, cambio de actitudes y evasión de responsabilidades</p>	<p>1,2,3,4,7,9,10, 12,13,14,18,19</p>	 <p>Sí: Círculo No: cuadrado</p>	<p>Intervalo (es la suma total de los puntajes obtenidos de los ítems que forman cada dimensión)</p>
	<p>Factor 2:</p> <p>Retraimiento, timidez y sentimientos de dependencia.</p>	<p>5,6,8,11, 15, 16,17,20</p>	 <p>Sí: Círculo No: cuadrado</p>	<p>Intervalo (es la suma total de los puntajes obtenidos de los ítems que forman cada dimensión)</p>

3.4. Métodos e instrumentos de investigación

El Cuestionario de Ansiedad Infantil – CAS desarrollado por John S. Gillis (1980) y adaptado por Gómez y Pulido (1991) para la población española, mide el nivel de ansiedad que presentan niños entre 6 y 8 años de edad, el instrumento consta de 20 ítems donde cada elemento consiste en asociar una pregunta a una respuesta gráfica, ya sea un círculo o un cuadrado, habiendo una figura que representa a cada ítem, Gillis considero para su construcción el entrenamiento lúdico ya que el instrumento evaluaba niños, por ello se debería utilizar las múltiples formas de captar la atención, así como enfatizar en reiterados ensayos de ilustración en la modalidad de contestar, dirigiéndose a los mismos mediante proposiciones directas: Los ítems se clasifican en 2 factores, el Factor 1: Emocionalidad, excitabilidad, cambio de actitudes y evasión de responsabilidades, donde corresponde a los niños poco estables con gran componente hereditario Cueli (1994), son niños que probablemente se sientan frustrados, presionados, sobreexcitados o inquietos.

Según Cattell, esta escala entre los adultos se relaciona con diferentes conductas sintomáticas, que generalmente podrían explicarse en términos de “tensión nerviosa” o impulso no descargado. En el Cuestionario Factorial de la Personalidad (ESPQ). El Factor 2: Retraimiento, timidez y sentimientos de dependencia, se manifiesta en niños que se muestran tímidos y que tienden a ser sensibles a la amenaza, que se amedrentan fácilmente y que mediante el alejamiento intentan evitar la amenaza y la excesiva estimulación social, presentan sensación de culpabilidad, inseguro, preocupado, con autoreproche con tendencia a la irritabilidad, ansiedad o depresión, según las situaciones.

Para la presente investigación se trabaja con la versión estandarizada para Lima Metropolitana por Córdova y Shiroma en el (2005) en la UNIFE donde se utilizó una muestra de 1087 niños de 6 a 8 años. A continuación, se presentan las tablas que contienen la confiabilidad del Cuestionario de Ansiedad Infantil – CAS

Confiabilidad

Propiedades psicométricas de la versión original del CAS, realizado por Gillis (1980). Los coeficientes de estabilidad obtenidos por Gillis a partir de diferentes muestras, fueron determinados recurriendo al procedimiento “test - retest”, y se obtuvo un coeficiente de 0. 81. En cuanto a la consistencia interna del CAS, ésta se determinó a partir de una muestra integrada por 343 sujetos (176 niñas y 167 niños) cuyos niveles de edad oscilaban entre los 6 años y medio y los 8 años. Como procedimiento estadístico se utilizó la fórmula de KUDER - RICHARDSON, KR: 20, obteniendo un coeficiente de 0.73. La validez fue determinada mediante los coeficientes de correlación de sus elementos con el Factor de Segundo Orden que identificó Cattell como ansiedad, en base a las respuestas emitidas en el Cuestionario Factorial de la Personalidad (ESPQ). Los coeficientes de congruencia se establecieron entre las respuestas dadas al IPAT Anxiety Scale de Krug; Scheier y Cattell (1976) instrumento que tiene como objetivo la evaluación de la ansiedad considerada como algo estable y como factor de segundo orden de en la teoría de Cattell y evaluada en la Escala Factorial de la Personalidad del mismo Catell (ESPQ). La Escala de ansiedad IPAT evalúa cinco factores en 40 ítems: Integración deficiente y falta de auto-sentimiento, - Debilidad del Ego, Suspicious paranoia, Culpabilidad y Tensión frustrante. En la construcción del CAS- versión americana se correlacionaron las respuestas del IPAT Anxiety Scale de Krug; Scheier y

Cattell (1976) con las emitidas por CAS, habiéndose obtenido unos coeficientes de 0.81 ($p < .01$) y 0.74 ($p < .05$). Estos resultados ponen de manifiesto la idoneidad del CAS para evaluar la ansiedad infantil.

Las propiedades psicométricas de la adaptación española del CAS, realizado por Gómez Pulido (1991) correlaciona cada uno de los elementos del CAS, con la puntuación total de dicha escala, obteniendo mediante el coeficiente “rho” los coeficientes que se muestran en la tabla 1, allí se presenta los coeficientes obtenidos, tanto en la versión original americana como en la española. La consistencia interna fue determinada mediante la fórmula Kuder Richardson, KR: 20, habiéndose obtenido un índice de 0.65. Este índice puede considerarse muy similar al obtenido en la versión americana, y en ambos supera los niveles críticos previstos por Cattell.

Confiabilidad análisis de ítem

Tabla 06

Correlación entre cada elemento y el total de la escala versión original americana, española y la estandarización peruana de 2005

Elemento	Versión española	Versión americana
1	0.43	0.43
2	0.26	0.26
3	0.37	0.32
4	0.47	0.18
5	0.23	0.31
6	0.32	0.29
7	0.50	0.44
8	0.28	0.37
9	0.38	0.32
10	0.29	0.41
11	0.14	0.25

12	0.35	0.30
13	0.40	0.31
14	0.40	0.34
15	0.28	0.14
16	0.16	0.39
17	0.37	0.41
18	0.52	0.41
19	0.36	0.29
20	0.32	0.18

Cita, Chávez y Shiroma (2005)

En la versión peruana de Córdova y Shiroma (2005) los resultados del análisis de ítems muestran que las correlaciones de cada uno de los ítems con la escala total del Cuestionario fluctúan entre .007 como correlación mínima y 0.5 como correlación máxima. Los ítems 5 y 2 obtienen las puntuaciones más bajas, mientras los ítems 8 y 14 obtuvieron las puntuaciones más altas.

Confiabilidad consistencia interna

En la confiabilidad por consistencia interna el Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS, obtuvo un KR de 0.81 para la versión americana, 0.65 para la versión española de Gómez y Pulido y 0.69 para la versión peruana de Shiroma y Córdova como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 7

Antecedentes de la confiabilidad por consistencia interna por el KR del Cuestionario de Ansiedad Infantil

Versión americana (Gillis) 1980	Versión española (Pulido) 1991	Versión Peruana (Shiroma y Córdova) 2005
0.73	0.65	0.69

Fuente: Melo (2016)

Validez de constructo

Con respecto a la validez de constructo, se hallaron un total de cinco factores en la muestra de Lima Metropolitana Córdova y Shiroma (2005), de las cuales se seleccionaron aquellos cuyos pesos factoriales eran superiores a 0.30, por lo que quedaron finalmente un total de dos factores, el cual confirma el modelo teórico del instrumento. Gómez y Pulido en la versión española (1991) también halla dos factores con pesos factoriales superiores a 0.312, como se muestra en la siguiente tabla 08.

Tabla 08
Antecedentes de la validez de constructo del Cuestionario de Ansiedad Infantil

Numero de Ítems	Versión española (Pulido) 1991		Versión Peruana (Shiroma y Córdoba) 2005	
	F1	F2	F1	F2
ITEM 1	.547		.381	
ITEM 2	.573		.357	
ITEM 3	.463		.397	
ITEM 4	.586		---	---
ITEM 5	---		.486	
ITEM 6		.284		.433
ITEM 7	.564		.597	
ITEM 8		.541		.402
ITEM 9	.370		.540	
ITEM10	.524		.359	
ITEM11		.478	---	---
ITEM12	.398		.503	
ITEM13	.393		.402	
ITEM14	.312		.321	
ITEM15		.524		.606
ITEM16		.478	.415	
ITEM17		.454	.379	
ITEM18	.559		.429	
ITEM19	.369		.425	
ITEM20		.402		.689

Fuente: Melo (2016)

Validez concurrente

En la versión americana de Gillis (1980) la validez fue determinada mediante los coeficientes de correlación de sus elementos con el Factor de Segundo Orden que identificó Cattell como ansiedad, en base a las respuestas emitidas en el Cuestionario Factorial de la Personalidad (ESPQ). Los coeficientes de congruencia se establecieron entre las respuestas dadas al IPAT Anxiety Scale de Krug; Scheier y Cattell (1976) instrumento que tiene como objetivo la evaluación de la ansiedad considerada como algo estable y como factor de segundo orden de en la teoría de Cattell y evaluada en la Escala Factorial de la Personalidad del mismo Catell (ESPQ). La Escala de ansiedad IPAT evalúa cinco factores en 40 ítems: Integración deficiente y falta de auto-sentimiento, - Debilidad del Ego, Susplicacia paranoide, Culpabilidad y Tensión frustrante. En la construcción del CAS- versión americana se correlacionaron las respuestas del IPAT Anxiety Scale de Krug; Scheier y Cattell (1976) con las emitidas por CAS, habiéndose obtenido unos coeficientes de 0.81 ($p < .01$) y 0.74 ($p < .05$). Estos resultados ponen de manifiesto la idoneidad del CAS para evaluar la ansiedad infantil.

Para la presente investigación la evaluación de la validez concurrente se realizó utilizando dos instrumentos que miden ansiedad en niños desde un criterio externo para ello se ha utilizado el Inventario de Temores Infantiles de Anicama, estandarizado por Huamán (2015) y También se utilizó Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños de Ida Alarcón (1993).

Respecto al Inventario de temores infantiles los antecedentes psicométricos en Lima Sur fueron trabajados en una muestra de 1018 niños del 1ero a 6to de primaria de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre los 6 a 13 años. El instrumento tiene altos

indicadores de confiabilidad ($\alpha=0.907$). La validez de constructo se dio a través de la correlación Ítem Test hallándose correlaciones altamente significativas que oscilan desde .905 hasta .907 con una $p < 0.001$. Asimismo, se obtuvo la confiabilidad estabilidad (test –Retest) hallándose correlaciones altamente significativas $r = .948$ con una $p < 0.001$. También se encontraron diferencias significativas según el género, edad y grado de instrucción.

Respecto a la Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños de Ida Alarcón (1993) que evalúa ansiedad en niños de 6 a 12 años, sus propiedades psicométricas muestran confiabilidad Test-Retest y la confiabilidad por mitades, para lo cual se hizo uso de la técnica Producto-momento de Pearson y la fórmula corregida de Spearman – Brown. El nivel de confiabilidad Test-Retest fue de 0,9293, el cual fue altamente significativo ($p < .001$) y el nivel de confiabilidad por mitades de Gutman ($r = 0,96$). Para la validez de contenido de la versión inicial compuesta por 31 ítems, se encontró un 100% de aceptación con relación a 30 ítems y un 30% de aceptación (70% de discrepancia) con relación al ítem restante, por lo que el último fue eliminado. Para la validez concurrente se correlacionó este instrumento con el Inventario de Personalidad de Eysenck para niños, para lo cual se seleccionó al azar nuevamente a un grupo de 100 niños de ambos sexos, entre 8 y 10 años y de clase socioeconómica baja, obteniéndose una correlación de 0,8481, lo cual es altamente significativo ($p < .001$), lo que indica que el instrumento es altamente válido, para la validez de constructo se seleccionó al azar a un grupo de 100 niños de ambos sexos, de 8 a 10 años, de clase socioeconómica baja, a quienes se les aplicó la Lista de Chequeo Conductual elaborada. En base a los resultados obtenidos, se sometió a los ítems a un proceso de análisis estadístico con el estadígrafo de Producto-Momento de Pearson, lo que permitió a la

autora hallar correlaciones significativas al $p < .05$. Que iban desde 0,198 hasta 0,425, quedando finalmente 26 ítems válidos

3.5. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos

Tras haber seleccionado la muestra, se procedió a solicitar la colaboración de las instituciones educativas, a través de solicitudes y la presentación de la carta consentimiento informado, esto con el fin de obtener el permiso de ingresar a las aulas para evaluar a los alumnos. Asimismo, se tuvieron presente los siguientes los criterios de exclusión: niño del grado mayor de 8 años y niños que no saben leer.

Posteriormente se aplicaron los instrumentos a los alumnos. Se les pidió que en la parte superior de la hoja coloquen su nombre, edad, sexo y grado de estudios. Asimismo, se brindaron las indicaciones, se ensaya mínimo 2 veces mostrándoles ejemplos antes de iniciar la evaluación, al recolectar los cuestionarios, se verifica la totalidad de las respuestas.

Hubieron estudiantes que no desearon participar en el desarrollo del Cuestionario a quienes el desarrollo de la misma les tomaba mucho tiempo, por tal motivo se tomó la decisión de tomar como muestra 1300 estudiantes superior a los 1021 estudiantes de la muestra estipulada, ya que en la recolección de los datos existirían muchas evaluaciones eliminadas.

Obtenida la muestra se prosiguió a elaborar la base de datos en Microsoft Excell 2010, donde se emplearon fórmulas de sumatorias y restricciones en la validación de datos; de tal manera que solo se aceptaran determinados valores en las celdas y además, se pudo corroborar que las sumatorias fuesen las mismas que las obtenidas en la calificación manual. Tras haber finalizado la base de datos se procedió a exportarla al

programa estadístico SPSS versión 22, donde se realizó el análisis estadístico propiamente dicho.

3.6. Procedimiento para el análisis de datos

Para seleccionar la muestra de la investigación se realizó a través de la fórmula de estimación de la muestra para poblaciones finitas, se realizó el cálculo mediante el programa Microsoft Excel 2010, finalmente se utilizó Microsoft Word 2010 para el formato final

Al obtener las evaluaciones se pasó a digitar los datos, por el puntaje total, sexo y grado educativo por medio del programa de análisis de dato SPSS 21.0 mediante estos análisis de estadísticos se presentaron los resultados finales

Para realizar la validación se evaluó la validez de contenido por análisis de ítems eliminando 2 ítems, perteneciendo al instrumento aquellos reactivos con un índice de correlación >0.100 . Asimismo, se hizo la prueba de análisis factorial, obteniendo en la prueba de esfericidad de Bartlett $p < 0.001$ y una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.674, lo cual hace viable el uso del modelo factorial mediante la matriz de componentes rotados se agrupo los ítems en 2 factores

La confiabilidad por consistencia interna se calculó a través del Alfa Kuder-Richardson, con un valor 0.629 además se realizó las comparaciones donde no se hallaron diferencias significativas según sexo y nivel educativo procediendo a realizar normas generales mediante percentiles para el nivel general y los factores.

Para la obtención de la validez concurrente y la confiabilidad test- retest primero se hicieron el análisis de las bondades de la muestra a través de la prueba K-S, así mismo por las correlaciones entre el test-retest y las correlaciones de la validez concurrente con los resultados de los otros instrumentos que miden ansiedad se utilizaron estadísticos de correlación no paramétricas.

Finalmente, para la elaboración de las normas se aplicaron estadísticos no paramétricos para identificar si existen diferencias significativas entre los niveles de ansiedad según las variables de control (edad y sexo). Finalmente se establecen normas percentilares con el programa estadístico SPSS 21.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Pruebas de Confiabilidad Psicométrica

4.1.1. Análisis de ítems

En primera instancia, se realizó un análisis de ítems del Cuestionario de Ansiedad Infantil -CAS, con el fin de conocer información necesaria para asegurar la validez y confiabilidad del instrumento Martínez (2006).

El proceso de análisis de ítems es importante porque permite obtener tres indicadores para cada ítem: índice de dificultad, índice de homogeneidad e índice de validez, Abad et al. (2004).

Para tal efecto, se tomó en cuenta el índice de discriminación, el mismo que señala la facultad discriminativa del ítem para poder distinguir entre los sujetos que puntúan altos y bajos en la variable que se pretende medir Livia y Ortiz (2014).

En la Tabla 09 se observan los índices de discriminación oscilantes entre 0.100 y 0.471, donde se eliminan los ítems 13 y 15 ya que tienen una correlación por debajo de 0.10. Se precisa y decide no eliminar los ítems que tienen correlaciones mayores que 0.10 y menores que 0.20 debido a que no contribuyen significativamente a incrementar el coeficiente de confiabilidad Kuder-Richardson, por lo tanto, el Cuestionario de Ansiedad Infantil la componen 18 ítems.

Tabla 09

Análisis de ítems del Cuestionario de Ansiedad Infantil

	Correlación elemento-total inicial	Correlación elemento-total final	Alfa de Cronbach inicial	Alfa de Cronbach final
ITEM1	,225	,219	,589	,617
ITEM2	,163	,122	,597	,627
ITEM3	,217	,207	,590	,619
ITEM4	,446	,471	,573	,596
ITEM5	,146	,166	,601	,626
ITEM6	,184	,177	,595	,624
ITEM7	,350	,375	,571	,595
ITEM8	,374	,398	,572	,595
ITEM9	,340	,341	,576	,603
ITEM10	,397	,412	,566	,591
ITEM11	,114	,168	,606	,625
ITEM12	,127	,153	,601	,625
ITEM13	,039	-----	,616	-----
ITEM14	,282	,347	,580	,598
ITEM15	,062	-----	,614	-----
ITEM16	,270	,276	,586	
ITEM17	,140	,108	,601	,633
ITEM18	,172	,154	,597	,627
ITEM19	,228	,196	,588	,620
ITEM20	,109	,100	,606	,635

Fuente: Melo (2016)

4.1.2 Confiabilidad consistencia interna

La confiabilidad por consistencia interna permite observar el grado en que los ítems se encuentran correlacionados entre ellos Livia y Ortiz (2014).

En la Tabla 10, se puede observar que el Cuestionario de Ansiedad Infantil-CAS, presenta un coeficiente de correlación positiva en la confiabilidad por consistencia interna, ya que presenta un coeficiente Kuder-Richardson ($KR > 0.60$), lo que indica homogeneidad en el instrumento.

Tabla 10

Análisis de confiabilidad por consistencia interna del Cuestionario de Ansiedad Infantil

	Kurder- Richardson (KR)	Media típica	Varianza	Desviación	Nº de elementos
Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS	.629	5.04	8,245	2.871	18

4.1.3. Confiabilidad por estabilidad temporal (Test – retest)

En la tabla 11 se observa en la prueba de Kolmogorov- Smirnov que la muestra del test y retest no siguen una distribución normal ($p < 0.05$) por lo tanto se utilizarán estadísticos no paramétricos para calcular el coeficiente de correlación entre el test y retest.

Tabla 11

Prueba de normalidad de la muestra del test y retest del Cuestionario de Ansiedad Infantil.

	K-S	p	Media	DX
Pre test	.093	.030*	5.68	2.745
Post test	.099	.015*	6.43	3.031

*Significativo (p<0.05)

Asimismo en la Tabla 12 se observa que los coeficientes de correlación entre el test y retest se obtuvieron a través de la prueba de correlación de Spearman teniendo como resultado un $\rho = 0.735$ con un $p < .000$, evidenciando una relación altamente significativa entre el pre test y el retest, por lo tanto el instrumento presenta una óptima estabilidad temporal.

Tabla 12

Rho de Spearman entre el test y retest del Cuestionario de Ansiedad Infantil.

		retest
	rho	.735
Test	Sig. (bilateral)	.000**

**Altamente Significativo (p<0.01)

4.2. Pruebas de Validez Psicométrica

4.2.1. Validez de contenido según V de Aiken

En la tabla 13, se observan los valores alcanzados por los ítems mediante la V de Aiken, el instrumento fue sometido a la evaluación de 10 jueces expertos en desordenes emocionales con experiencia de trabajo en población infantil, los resultados muestran que los 20 ítems presentan validez de contenido, por lo tanto son válidos, tal como lo evidencia los coeficientes obtenidos que varían entre 0.80 y 1.00, a un nivel de significancia de ($p < 0.05$ y 0.01). Por lo tanto se afirma que el Cuestionario de Ansiedad Infantil presenta validez de contenido y estará formado por 20 ítems.

Tabla 13

Validez de contenido del Cuestionario de Ansiedad infantil, según el Coeficiente V de Aiken

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Juez 10	Total	“V”	p
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	08	0,80**	.049
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
13	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	08	0,80**	.049
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00***	.001

***Altamente significativo $p < 0.01$

**Significativo $p < 0.05$

4.2.2. Validez externa o concurrente

Se puede observar en la tabla 14, la prueba de Kolmogorov-Smirnov de las muestras del Cuestionario de Ansiedad Infantil, del Inventario de Temores Infantiles y de la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños, en ella se observa que las muestras no siguen la curva de normalidad presentando ($p < 0.05$) por lo tanto se utilizarán estadísticos no paramétricos para determinar la correlación entre el Cuestionario de Ansiedad Infantil, el Inventario de Temores Infantiles y la Lista de Chequeo de la Ansiedad en Niños

Tabla 14

Prueba de normalidad K-S de la muestra del Cuestionario de Ansiedad Infantil, Inventario de Temores Infantiles y la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños

	K-S	p	X	DX
Inventario de Temores Infantiles	.096*	.020	104.101	18.602
Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños	.133**	.000	12.99	9.171
Cuestionario de Ansiedad Infantil	.093*	.030	5.68	2.745

*Significativo ($p < 0.05$)

**Significativo ($p < 0.01$)

En la tabla 15, se muestran los coeficientes de correlación rho de Spearman que evalúan la relación del Cuestionario de Ansiedad Infantil con el Inventario de Temores Infantiles de Anicama y la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños de Ida Alarcón. Los resultados muestran ($\rho = 0.821$) entre el CAS y con el Inventario de Temores Infantiles y un ($\rho = 0.855$) entre el CAS y la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños, la cual confirma la validez concurrente con un parámetro externo que mide la misma variable, ansiedad desde otro constructo teórico.

Tabla 15

rho de Spearman entre el Cuestionario de Ansiedad Infantil la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños y el Inventario de Temores Infantiles

		Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños	Inventario de Temores Infantiles
Cuestionario de Ansiedad Infantil	rho	,855**	,821**
CAS	p	,000	,000

*Significativo ($p < 0.05$)

**Muy significativo ($p < 0.01$)

4.2.3. Validez de Constructo con análisis factorial

La validez de constructo se evaluó a través del análisis factorial confirmatorio, teniendo como objetivo confirmar el modelo teórico con el cual ha sido construido el instrumento (Zamora et al., 2009; Arias 2008).

Tal como se observa en la Tabla 16, antes de realizar la interpretación del análisis factorial, se realizó un análisis factorial exploratorio donde se aplica la prueba KMO y la prueba de esfericidad de Barlett. Los valores de KMO fueron altos superando el nivel mínimo de 0.50, asimismo en la prueba de esfericidad de Barlett mostro diferencias significativas ($p < 0.05$) en la muestra, lo que indica que la matriz de correlaciones no corresponde a una matriz de identidad, por lo tanto estos valores nos indican que los ítems se correlacionan y pueden formar factores.

Posteriormente, se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio, que se realizó con el método de componentes principales con rotación ortogonal equamax.

Tabla 16

Análisis exploratorio para la validez de constructo del Cuestionario de Ansiedad Infantil

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.674
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3107.718
	gl	153
	Sig.	0.000***

***Muy significativo (p < .01)

En la tabla 17 se muestra los resultados del análisis factorial confirmatorio, por extracción de factores principales y rotación equamax, donde se identificaron 6 componentes que explican el 57.021% de la variabilidad total contenida en los datos, de los cuales al seleccionar sus cargas factoriales más altas forman los dos factores que propone el modelo teórico. En la figura 2 se muestra el gráfico de sedimentación.

Tabla 17

Variabilidad del análisis factorial del Cuestionario de Ansiedad Infantil

Componente	Auto-valores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,060	16,998	16,998	3,060	16,998	16,998
2	1,878	10,434	27,432	1,878	10,434	27,432
3	1,649	9,159	36,591	1,649	9,159	36,591
4	1,322	7,345	43,935	1,322	7,345	43,935
5	1,235	6,861	50,796	1,235	6,861	50,796
6	1,121	6,225	57,021	1,121	6,225	57,021

Método de extracción: Componentes Principales rotación equamax

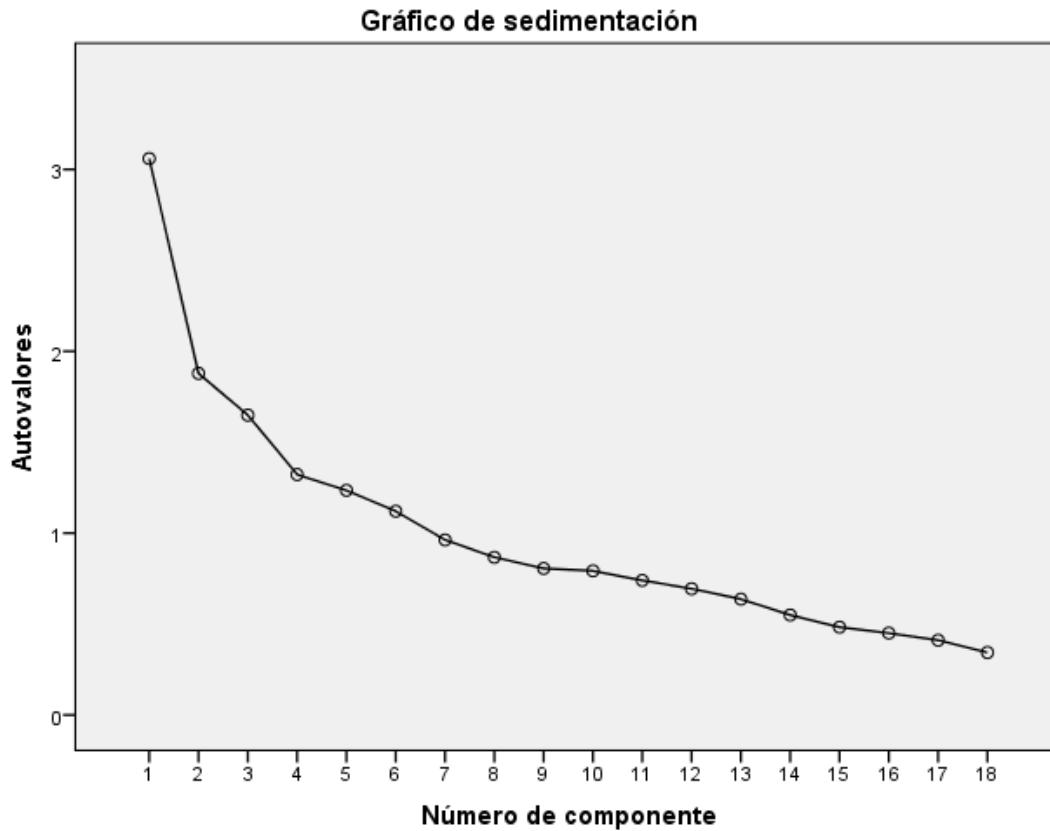


Figura 2. Gráfico de sedimentación del análisis factorial del Cuestionario de Ansiedad Infantil

En la Tabla 18 se observa la matriz y estructura de los 2 factores rotados con los valores factoriales de cada ítem, se ha considerado la regla habitual de saturación mínima de 0.2 para que el ítem pueda ser considerado indicador del factor, Cohen, Manion y Morrison (2005).

El primer factor agrupa los ítems 1, 2, 5, 6, 11, 12, 17,18 y 20, 9 que presentan cargas factoriales que oscilan entre 0.249 y 0.46 por lo tanto estos ítems pertenecen al primer factor (F1): Emocionalidad, excitabilidad, cambio de actitudes y evasión de responsabilidades

El segundo factor agrupa los ítems 3, 4, 7, 8, 9, 10 y 14, 16 y 20, que presentan cargas factoriales que oscilan entre 0.249 y 0.720 por lo tanto estos ítems pertenecen al segundo factor (F2): Retraimiento, timidez y sentimientos de dependencia

Tabla 18

Estructura factorial del Cuestionario de Ansiedad Infantil por factores

Numero de Ítems	Componente	
	Factor 1: Emocional, excitabilidad, cambio de actitudes y evasión de responsabilidades	Factor 2: Retraimiento, timidez, sentimiento de dependencia
ITEM1	,461	
ITEM2	-,417	
ITEM3		,302
ITEM4		,635
ITEM5	,456	
ITEM6	,520	
ITEM7		,501
ITEM8		,677
ITEM9		,645
ITEM10		,720
ITEM11	,448	
ITEM12	,247	
ITEM14		,505
ITEM16		,493
ITEM17	-,460	
ITEM18	,249	
ITEM19		,249
ITEM20	,285	

4.3. Baremos

Para determinar la construcción de normas generales o específicas en función de las variables de control se procedió identificar las diferencias significativas en relación a las variables de control, sexo y nivel educativo.

Para ello se realizó, en primer lugar la prueba de Kolmogorov-Smirnov que determina si se trata de una muestra que sigue una distribución normal. Los resultados mostraron que la distribución de puntajes del Cuestionario de Ansiedad Infantil tanto para el nivel general, como para los factores no presenta distribución normal (Tabla 19), por lo que usarán estadísticos no paramétricos para analizar las diferencias entre las variables de control edad y sexo

Tabla 19

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la muestra general y factores del Cuestionario de Ansiedad Infantil

	Kolmogorov-Smirnov		
	K-S	gl	Sig.
Factor 1: Emocional, excitabilidad	,139	1052	,000**
Factor 2: Timidez, dependencia	,211	1052	,000**
Nivel general	,121	1052	,000**

** Muy Significativo ($p < 0.01$)

Posteriormente, se utilizó el estadístico no paramétrico U Mann-Whitney para determinar si existen diferencias significativas según sexo y la H de Cruskal-Wallis según edad. Con relación a la variable sexo no se encontraron diferencias significativas ($p > .005$) en la muestra, tanto para el nivel general como para los

factores, por lo que se procederá a elaborar normas percentilares generales para ambos sexos tanto para el nivel general como para los factores como se muestra en la Tabla 20.

Tabla 20

U de Mann Whitney según sexo de la muestra del Cuestionario de Ansiedad Infantil- CAS

	Genero	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	p
Factor 1: Emocional, excitabilidad	Femenino	531,24	284213,00	135762,000	,601 ns
	Masculino	521,60	269665,00		
Factor 2: Timidez, dependencia	Femenino	521,85	279188,50	135808,500	,605 ns
	Masculino	531,31	274689,50		
Nivel general	Femenino	523,84	280253,00	136873,000	,771 ns
	Masculino	529,26	273625,00		

ns No significativo

En la tabla 21, se muestra los resultados de la prueba no paramétrica Kruskal – Wallis que permite analizar si existen diferencias significativas según edades (6,7 y 8 años), se muestra que no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) por la cual se elaboran normas percentilares generales.

Tabla 21

H de Kruskal Wallis según edad de la muestra del Cuestionario de Ansiedad Infantil

	Genero	Rango promedio	Suma de rangos	X ²	p
Factor 1: Emocional, excitabilidad	6 años	540.31	284213,00	1.601	,449 ns
	7 años	527.25	269665,00		
	8 años	511.82			
Factor 2: Timidez, dependencia	6 años	520.47	279188,50	1.089	,580 ns
	7 años	540.02	274689,50		
	8 años	519.2			
Nivel general	6 años	535.83	280253,00	1.361	,506 ns
	7 años	532.34	273625,00		
	8 años	511.26			

ns No significativo

Debido a que no se hallaron diferencias significativas según sexo y edad en la muestra, tanto a nivel general como en cada uno de los factores, se procederán a establecer normas percentilares generales para el cuestionario de Ansiedad Infantil – CAS.

En la tabla 22 se presenta las normas generales percentilares del Cuestionario de Ansiedad Infantil –CAS debido a que no existen diferencias significativas según variables de control sexo y edad.

Tabla 22

Normas percentilares del Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS

Percentiles	Nivel de general	Factor 1: Nivel emocional, excitabilidad	Factor 2: Nivel timidez, dependencia	Percentiles
5	1	1	0	5
10	2	1	0	10
15	2	1	0	15
20	3	2	0	20
25	3	2	1	25
30	3	2	1	30
35	4	2	1	35
40	4	3	1	40
45	4	3	1	45
50	5	3	1	50
55	5	3	2	55
60	5	4	2	60
65	6	4	2	65
70	6	4	2	70
75	7	4	3	75
80	7	4	3	80
85	8	5	4	85
90	9	5	5	90
95	10	6	6	95
Media	5,04	3,11	1,93	Media
Desv. típ.	2,871	1,620	1,902	Desv. típ.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

La presente investigación de naturaleza psicométrica, tuvo como objetivo principal determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Ansiedad Infantil de Gillis. En ese sentido, se procederán a discutir los resultados a partir de los objetivos propuestos en el presente estudio.

Los resultados hallados en esta estandarización presentan resultados similares a los hallados por Gómez y Pulido (1991) en España y por Córdova y Shiroma (2005) en Lima metropolitana esto confirma la bondades psicométricas aceptables para la población de niños en Lima Sur, tanto en la confiabilidad como para la validez.

Para la confiabilidad según los datos obtenidos se puede precisar que el Cuestionario de Ansiedad Infantil, cuenta con una confiabilidad por consistencia interna aceptable con un $KR > 0.60$, estos resultados son homogéneos a los encontrados por Córdova y Shiroma en el (2005), donde obtuvieron un $KR = 0.69$ en una estandarización del instrumento en niños de las mismas edades, 6 a 8 años en Lima Metropolitana. Así mismo en la versión española trabajada por Gómez y Pulido (1991) se halla un Alpha de cronbach de 0.65, sin embargo estos resultados en versiones en población hispanoamericana contrastan ligeramente con el valor por consistencia interna encontrado en la versión original americana de Gillis en (1980) donde encuentra un coeficiente de consistencia interna superior a (0.73). Por lo presentado podemos afirmar que el Cuestionario de Ansiedad Infantil presenta índices aceptables de confiabilidad por consistencia interna haciéndolo un instrumento estable, sin embargo también se puede afirmar que se aprecia una tendencia a que los coeficientes de confiabilidad en las versiones en población hispanoamericana, Perú y España tienden

a ser inferiores a la versión americana, precisando que en todas las versiones citadas se encuentra en los parámetros aceptables.

Respecto a la confiabilidad por análisis de ítems en el estudio se hallaron coeficientes de discriminación inferiores a 0.100 para los ítems 13 y 15 por lo que se procedió a eliminarlos, en la versión de Córdova y Shiroma en el (2005) en Lima Metropolitana no se eliminó ningún ítem, como en la versión española de Gómez y Pulido y la versión americana de Gillis donde a pesar que se hallaron índices de discriminación del algunos ítems entre (0.14 y 0.55), para la versión española en (1991) y (0.14 y 0.44) para la versión americana en (1981). En la versión de Lima Sur (2016) el Cuestionario de Ansiedad Infantil está formado por 18 ítems, ya que se eliminaron dos ítems por presentar índices de discriminación inferiores a 0.100 el cual disminuye el coeficiente de confiabilidad del instrumento, contrario a la versión americana de Gillis y la española de Pulido y Gómez y la de Córdova y Shiroma en Lima metropolitana, donde a pesar de presentar índices de discriminación bajos según el criterio de discriminación de Káiser que sugiere eliminar los ítems con índices de discriminación inferiores a 0.200.

Para la confiabilidad test-retest se obtuvo un $\rho=0.735$ en el presente estudio, en la versión americana de Gillis (1980) se obtuvo un coeficiente de (0.81). Por los resultados presentados se evidencia que el instrumento es muy estable en el tiempo y presenta confiabilidad por estabilidad tanto en población americana como el la población peruana.

Para la validez concurrente en la investigación se correlaciono el Cuestionario de Ansiedad Infantil con la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños de Ida Alarcón y el Inventario de Temores Infantiles de Anicama , los índices de correlación son superiores altos ($\rho > 0.80$) para los dos instrumentos el cual a pesar de medir ansiedad en diferentes modelos teóricos presentan una correlaciones altas, en la versión de Gillis en (1980) se correlaciono el instrumento con IPAT Anxiety Scale de Krug; Scheier y Cattell (1976) y las emitidas al CAS, habiéndose obtenido unos coeficientes de 0.81 ($p < .01$) y 0.74 ($p < .05$). Estos resultados ponen de manifiesto la idoneidad del CAS para evaluar la ansiedad infantil. Shiroma en Lima no realizo la evaluación para la validez concurrente. Por lo presentado se evidencia validez congruente tanto en la versión en español con este estudio en Lima Sur en el (2016) y la versión americana en (1980).

Para la validez de contenido se sometió al instrumento al criterio de 10 jueces expertos sonde se halló una V de Aiken entre 0.800 y 0.100 haciéndola valida a un 95% de confianza, cabe precisar que en la versión americana (1980), la española (1991) y la versión en Lima metropolitana (2005) no se evalúa la validez de contenido, sin embargo en esta versión en Lima Sur se muestra que el modelo teórico a través de juicios de expertos los reactivos miden la variable a medir ansiedad en niños.

En la Validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio el cual muestra un $KMO = 0.0674$ y un $p = 0.000$ en la prueba de esfericidad de Bartlett, el cual indica que la matriz de correlaciones no corresponden a una matriz de identidad. Se realizó el análisis factorial por componentes principales y rotación ortogonal equamax, el cual arroja 6 factores que explican el 57,021% de la varianza, se seleccionó las cargas factoriales más altas formándose dos factores y confirmando el modelo teórico.

En la versión española de Gomes y Pulido (1991) también se hallaron dos factores en el análisis factorial por componentes principales y rotación Oblimin. En la versión de Córdoba y Shiroma (2005), como en los estudios mencionados anteriormente también se hallaron dos factores en el análisis factorial. Por lo tanto se afirma que el Cuestionario de Ansiedad Infantil, está formado por dos factores confirmado el modelo teórico propuesto por Gillis en (1980) en la versión americana, sin embargo en las diferentes estandarizaciones hay rotación de ítems por factores.

Para el establecimiento de las normas se utilizaron pruebas no paramétricas para ver si existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad según las variables de control sexo y edad, los resultados no muestran diferencias significativas $p < 0.005$ tanto para el nivel general de ansiedad como para los factores. Respecto a la variable de control edad y sexo se utilizaron las Prueba de Kruskal Wallis para la edad y la U de Man Whitney para establecer si existen o no diferencias significativas, los resultados muestran coeficientes superiores $p > 0.05$ el cual evidencia que no se presentan diferencias significativas según edad, y sexo por el cual se procede a establecer normas generales. Estos resultados contrastan con los resultados según sexo y edad de Córdoba, Shiroma (2005) y Gómez y Pulido (1991) en Lima y España respectivamente, ellos si encuentran diferencias significativas según variables edad, contraponiendo la estandarización del presente estudio.

El Instituto de Salud Mental (Honorio Delgado - Hidegoyo Noguchi 2012) y Chirinos (2015) no encuentra diferencias en el nivel de autoestima y ansiedad según género y grado en niños y adolescentes de 7 a 16, antagónicamente a esto Huamán (2015) y Córdoba y Shiroma (2005) si hallan diferencias en los niveles según sexo,

teniendo como característica la inclusión de niños de 6 años en los estudios. Estos resultados muestran que el nivel de ansiedad en los niños y adolescentes mayor a 7 años es homogénea sin embargo en los niños de 6 a 8 años es heterogénea existiendo diferencias según sexo y grado esto se puede explicar considerando los diferentes contextos donde se desarrolla el niño un niño de 6 a 8 años, asimismo si se toma como referencia de comparación el alcance de los estudios, existen un nivel de heterogeneidad en los niveles de ansiedad en Lima Metropolitana, y homogeneidad en los de menor alcance como Lima Sur, ya que las características de la población donde se desarrolla el niño y los recursos con el que cuenta no son los mismos, tal como lo precisa Rodríguez y Sales (2012) donde señala que la ansiedad puede estar asociada a acontecimientos pasajeros y sociales. Así también, Rodríguez-Sacristán (1995) afirman que la ansiedad es polimorfa en su expresión y en su constitución y es variable en su concreción de acuerdo con la personalidad del niño, su educación, el estilo afectivo y cultural de la familia y el medio sociocultural en el que se encuentra, esto quiere decir que los estudiantes de 6 a 8 años todavía tienen una mayor influencia familiar ya que son más dependientes, además las experiencias negativas que pueden desarrollar la ansiedad en los niños no se ven diferenciadas según género o escolaridad, a diferencia de los estudiantes de niveles superiores donde la experiencia escolar según nivel educativo y edad si es determinante.

De acuerdo a lo postulado por Gillis (1980) se puede considerar a la ansiedad como un conjunto de rasgos de segundo orden de la personalidad organizada en dos factores, y es posible señalar que los niveles de ansiedad de los niños y niñas no son diferentes en los hallados en Lima Sur. Podemos afirmar que las dificultades emocionales como el manejo de la excitabilidad, el cambio de actitudes, la evasión de

responsabilidades, el retraimiento y el sentimiento de independencia están presentes tanto en las niñas como en los niños de las instituciones educativas tanto privadas como estatales de esta parte de la ciudad.

Finalmente, al comparar los estudios de Rodríguez (2008) quien estima que la incidencia de la ansiedad y el estrés está en torno al 15% de la población mundial, en este estudio se halla una media de 5.4 en el nivel de ansiedad, mientras que, Córdoba y Shiroma (2005) halla una media de 6.6 en el nivel económico medio bajo y 6,2 en el nivel socioeconómico medio y bajo, si consideramos la población de Lima Sur entre los niveles socioeconómicos medio y bajo podemos afirmar que los resultados hallados en los niveles de ansiedad de los escolares en Lima Sur es inferior al hallado en Lima Metropolitana. Esto debido a que los estudiantes de los diferentes polos de Lima Metropolitana presentan experiencias de vida diferentes asociadas a sus contextos sociales.

5.2 Conclusiones

Se pueden realizar las siguientes conclusiones a partir de los objetivos planteados al inicio de la investigación:

1. En el análisis de ítems el Cuestionario de Ansiedad Infantil, presenta índices de discriminación entre 0.100 y 0.471, eliminándose los ítems 13 y 15 ya que presentan índices de discriminación inferiores a 0.100, el cuestionario final está formando por 18 ítems.
2. En la confiabilidad por consistencia interna el Cuestionario de Ansiedad Infantil presenta un índice de confiabilidad aceptable y moderada con un coeficiente Kuder Richardson, $KR > 0.60$.
3. El Cuestionario de Ansiedad Infantil presenta confiabilidad test retest, con un coeficiente de correlación de $\rho = 0.735$, siendo un instrumento muy estable en el tiempo.
4. El Cuestionario de Ansiedad Infantil presenta validez de contenido, con una V de Aiken entre 0.800 y 0.100 el cual la hace un instrumento válido.
5. El Cuestionario de Ansiedad Infantil presenta validez concurrente ya que se obtiene altos índices de correlación con la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños de Ida Alarcón y el Inventario de Temores Infantiles de Anicama, con un coeficiente de correlación $\rho > 0,80$.

6. El Cuestionario de Ansiedad Infantil presenta validez de constructo, y se encuentra formado por 2 factores, con un 57.021 % de la varianza explicada y cargas factoriales mayores a 0.249 y menores a 0.720.

7. No se hallaron diferencias significativas según variables de control sexo (masculino y femenino) y edad (6 años, 7 años, 8 años) por la cual se establecen normas generales tanto para el nivel general de ansiedad como para los factores.

5.3 Recomendaciones

1. Se recomienda replicar el estudio en otras poblaciones dentro de Lima Metropolitana, como en Lima Norte, Centro, etc. con el objetivo de contrastar los resultados.
2. Se recomienda considerar en próximas investigaciones nuevas variables de control como tipo de institución educativa y tipo de familia, que permitan una mayor explicación del contexto en el cual se desarrolla la ansiedad de los estudiantes de 6 a 8 años.
3. Se sugiere al momento de la recolección de la muestra y aplicación del instrumento, la realización de múltiples ensayos de desarrollo de la prueba ya que se trabaja con niños entre 6 y 8 años, el objetivo de los ensayos es evitar dificultades al momento de la calificación y calidad de los datos. También se sugiere procurar ambientes adecuados al momento de la aplicación de los instrumentos con el objetivo de controlar la mayor cantidad de variables externas.

5.4 Referencias

- Abad, F., García, C., Gil, B., Olea, J., Ponsoda, V., y Revuelta, J. (2004). *Introducción a la psicometría: Teoría clásica de los test y teoría de respuesta al ítem*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México. Editorial Pearson.
- Alarcón, I. (1993). *Lista de chequeo conductual de la ansiedad en niños*. Revista Peruana de Análisis de la Conducta, 2(1/2), 37-42
- Alarcón, R. (1991). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*.5th ed. Arlington VA: Médica Panamericana.
- Anicama, J. (1979b). *Curso de análisis conductual de las neurosis*. Folleto. Lima SPAMC – UPCH.
- Anicama, J. (1988). *El análisis experimental de la conducta neurótica: una introducción*. Monografías Conductuales, 1, (1), 4-12.
- Anicama, J. (2010). *Análisis y modificación del comportamiento en la Práctica Clínica*. Asamblea Nacional de Rectores 1ra edición. Industria Gráfica Decourt. Lima.
- Arias, B. (2008). *Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS*. Universidad de Valladolid. Recuperado de: <http://www.benitoarias.com/articulos/afc.pdf>.
- Baeza, J. Balaguer, I. Coronas, M. Guillamón, N. (2008). *Higiene y Prevención de la Ansiedad*. Ediciones Días Santos. España
- Berthet, Caceres, Calzadilla, Kattan, (2010). *Guía práctica clínica de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*, Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz. México
- Blagg, N. (1987). *School phobia and its treatment*. Londres: Croom Helm.
- Bragado, M.(1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

- Caballo, V., Salazar, I., y Carrobbles, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. En A. Fernández y S. López-Rubio. *Trastornos infantiles y de la adolescencia* (pp.757-783) Madrid, España: Pirámide.
- Castrillón, D. y Borrero, P. (2005). *Validez estructural y confiabilidad del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) para la valoración de la ansiedad en niños escolarizados entre los 8 y 15 años* [Versión electrónica]. *Acta Colombiana de Psicología* 13, 79-90.
- Cayhualla, R., y Mendoza, V. (2012). *Adaptación de la batería de evaluación de los procesos de escritura- PROESC en estudiantes de tercero a sexto de primaria en colegios particulares y estatales en Lima Metropolitana* (tesis de licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Chantal, B. (2007). *La ansiedad infantil, explicada a los padres de familia*. 2º. Edición. Editorial Lectorum. México.
- Chávez, M., y Díaz, R. (2005). *Cuestionario de ansiedad infantil: características psicométricas y análisis descriptivo comparativo*. *Avances Psicológicos*. 13(1) 2005. Enero-diciembre, Unife.
- Chirinos, E. (2015). *Propiedades psicométricas del cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado rasgo en niños de Lima centro*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Clarizio, H. (1994). *Trastornos de la conducta del niño*. México: Manual Moderno.
- Cohen, L. Manion, L. Morrison K. (2000). *Research Methods in Education*. 5th ed. Nueva York: Routledge Falmer.
- Córdova, M. Shiroma, R. (2005). *Cuestionario de Ansiedad Infantil: Características Psicométricas y Análisis Descriptivo Comparativo*. *Revista de Psicología* No 13 (1). Universidad Femenina Sagrado Corazón
- Del Barrio, M. (2005). *Trastornos depresivos*. En González, R. (coord.). *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 229-262). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2000). *Trastornos de ansiedad en la Infancia*. Madrid: Editorial Pirámide.

- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: editorial pirámide Pirámide.
- Echeburúa, E. (2002). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Gillis, J S. (1992) *Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS*. España: TEA S.A.
- Gillis, J. (1980). *Child Anxiety Scale Manual*. Institute for Personality and Ability Testing Inc. Champaign, Illinois.
- Gómez, D. y Pulido, T. (1991). *Estandarización española del cuestionario de Ansiedad infantil*. Editorial TEA. España.
- Gómez, R. Hernández, B. Rojas, U. Santacruz, O. y Uribe R. (2008). *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. 3ra edición. Editorial Médica internacional. Colombia.
- Guillamón, N. y Baeza (2004). *¿Cuáles son los síntomas más comunes de la ansiedad y el estrés?*, *Clínica de la ansiedad, Barcelona*, consultado en: http://www.clinicadeansiedad.com/02/169/Cu%C3%A1les_son_los_s%C3%ADntomas_m%C3%A1s_comunes_de_la_ansiedad_.htm.
- Heileger, A. (1985). *La angustia y el miedo en el niño*. México, D.F. editorial Roca Pedagogi
- Hernández R, Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ta edición. Editorial Mc-Graw-Hill. México.
- Huamán, R. (2015). *Estandarización del Inventario de Temores Infantiles de Anicama en colegios de Chorrillos y Villa el Salvador*. Universidad Autónoma del Perú. Lima.
- Huberty, T.(2014). *Anxiety and Anxiety Disorders in Children: Information for Parents*. *National Association of School Psychologis*. Recuperado de http://www.nasponline.org/resources/translations/anxiety_spanish.aspx.
- Instituto Nacional de Estadística (2006). *Encuesta Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad de Estadística. España.

- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2012). *Estudio Epidemiológico de la Salud Mental de Lima y Callao, Replicación 2012*.
- Jadue, G. (2000). *Algunas características familiares y de la escuela que contribuyen a la etiología de la tensión emocional*. Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. 7 (1).
- Jalenques, Y.; Lachal, C.; Coudert, A. J. (1994). *Los cuadros de ansiedad en el niño*. Ediciones Masson- Barcelona.
- King, N. Ollendick, T. y Tonge, B. (1995). *School refusal: Assessment and treatment*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Livia, S. Ortiz, M. (2014). *Construcción de pruebas psicométricas, aplicaciones a las ciencias sociales y de la salud*. Editorial universitaria. Universidad Federico Villarreal.
- Maldonado, A. Cañon, L. y Gantiva, C. (2012). *Relación entre autoconcepto y ansiedad infantil*. Universidad de la Sabana. Colombia.
- Mardomingo, M. Casares, J. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Trastornos de ansiedad. Ediciones Madrid.
- Martínez, M., García, J. & Inglés, C. (2013). *Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles*. http://193.145.233.67/dspace/bitstream/10045/35823/1/2013_MartinezMonteagudo_et_al_IJPPT.pdf.
- Martínez, R. (2006). *La metodología de los estudios PISA*. Revista de Educación, extraordinario 2006, 111-129.
- Ministerio de Educación. (2014). *Padrón de Colegios de Lima Sur 2014*. Información Solicitada al MINEDU. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (2005). *Trastorno de ansiedad es uno de los principales problemas durante la infancia*. Lima

- Ministerio de Salud. (2012). *Más de 11 millones de peruanos tendrían un problema mental a lo largo de su vida*. Boletín de la Dirección de Salud. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=11721.
- Nardone, G. (2002). *Miedo, pánico, fobias: La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Olivo, D. (2013). *Ansiedad y estilos parentales en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana (tesis de Licenciatura en Psicología)*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- OMS (2003). *Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes, Programa de Educación Mundial en la Salud Mental de la Federación Mundial de la Salud Mental*. Recuperado de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO10431/trastornosemocionales.pdf>.
- Ravagnan, L. (1981). *El origen de la angustia*. Editorila Universal. Buenos Aires
- Ravagnan, Luisa María (1981). *El origen de la angustia*. Buenos Aires- Argentina: Universal de Buenos Aires.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). *Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes de Lima metropolitana*. Revista de Investigación psicológica, 10 (1), 91-102.
- Rodríguez, M., y Sales, S. (2012). *Evaluación de la ansiedad escolar en alumnos de enseñanza fundamental*. Revista de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo, 14(1), 21–30. Recuperado de <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rp/v14n1/a03v14n1.pdf>.
- Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y sobre activación (Ebook)*. Bilbao. Desclee de Brouwer.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). *La ansiedad en la infancia. La experiencia de la angustia en los niños*. In J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp.521-554). Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

- Saavedra, J. (s.f.). *Situación de la salud mental en el Perú*. Extraído el 23 de abril de 2013 desde la página Web del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado –Hideyo Noguchi”. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/insmhdh/index.htm>.
- Silva, T. (2009). *La medición de la psicopatía en el contexto del sistema de justicia juvenil en España* (Tesis Doctoral en Psicología). Universidad de Valencia, Valencia.
- Soutullo, C. y Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. (única). España. Médica internacional.
- Vasconcelos, S. Costa, C. & Barbosa, L. (2008). Do transtorno de ansiedade ao cancer. *Revista SBPH* (Rio de Janeiro), 11 (2), 51-71.
- Virues, R. (2005). *Estudio sobre la ansiedad*. *Revista Psicológica Científica*.
- Zamora, S., Monroy, L., y Chávez, C. (2009). *Análisis factorial: Una técnica para evaluar la dimensionalidad de las pruebas*. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior. México DF: Ceneval.

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD INFANTIL- CAS

Gómez y Pulido

Nombre: Sexo:Edad:

Colegio: Grado:

Evaluador: Fecha: /..... /..... H.C.:

INSTRUCCIONES

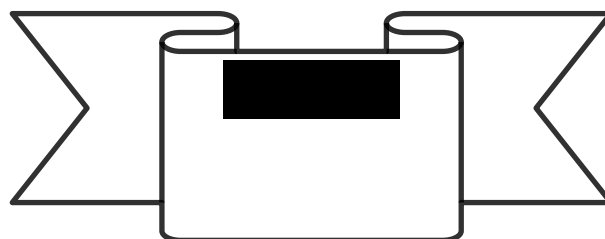
Aquí hay algunas preguntas acerca de la manera cómo te sientes, piensas y te comportas. Después de leer atentamente la preguntas del cuestionario una a una, responde en la hoja de respuestas según cómo te identifiques con la alternativa de la pregunta, marcando con una (X) en el círculo o cuadrado según a como se identifique con la pregunta

Recuerde que cada pregunta indica al inicio el orden en la hoja de respuestas, donde se encuentra asociada con diferentes dibujos de cosas y animales que conocemos en nuestra vida diaria, no olvide realizar uno o varios ensayos antes de iniciar a resolver el cuestionario con los evaluadores.


Preguntas


1	MARIPOSA	¿Crees que te salen bien la mayoría de las cosas que intentas? sí (círculo), No (cuadrado)
2	CUCHARA	¿La gente piensa que normalmente eres bueno (círculo), o que eres malo? (cuadrado)
3	NUBE	Cuándo te preguntan. ¿Contestas antes que los demás niños (círculo), o los demás niños contestan antes que tú? (cuadrado)
4	PEZ	¿Tienes buena suerte (círculo), o mala suerte? (Cuadrado)
5	MANZANA	¿Piensas que solamente caes bien a unos pocos (círculo), o a todo el mundo? (cuadrado)


6	HONGO	¿Algunas veces te han dicho que hablas demasiado (círculo), o no? (cuadrado)
7	RATÓN	¿Puedes hacer las cosas mejor que la mayoría de los niños (círculo), o los demás niños las hacen mejor que tú? (cuadrado)
8	LUNA	¿Crees que te pasan muchas cosas malas, (círculo) o pocas? (cuadrado)
9	BOTELLA	¿Estás contento y alegre casi siempre (círculo), o casi nunca? (cuadrado)
10	AVIÓN	¿Te parece que las cosas son demasiados difíciles (círculo), o demasiado fácil? (cuadrado)
11	LIBRO	¿Piensas que estas demasiado tiempo sentado en el colegio, (círculo), o no? (cuadrado)
12	HOJA	¿Terminar tus deberes a tiempo, (círculo), o necesitas más tiempo para terminarlos? (cuadrado)
13	LECHUZA	¿Los demás niños son siempre buenos contigo (círculo), o algunas veces te molestan? (cuadrado)
14	LEÓN	¿Los otros niños pueden hacer las cosas mejor que tú (círculo), o pero que tú? (cuadrado)
15	TORTA	¿Sientes miedo cuando está oscuro (círculo), o no? (cuadrado)
16	SOL	¿Tienes muchos problemas (círculo), o pocos problemas? (cuadrado)
17	MANO	¿Piensas que la gente a veces habla mal de ti (círculo), o o no es así? (cuadrado)
18	BANDERA	¿Crees que haces bien casi todas las cosas (círculo), o solo algunas? (cuadrado)
19	CORAZÓN	¿Tienes siempre sueños agradables (círculo), o casi siempre son de miedo? (cuadrado)
20	PARAGUAS	Cuando te haces una herida ¿Te asustas o te mareas (círculo), o te preocupas (cuadrado)?





HOJA DE RESPUESTAS


1 


2 


3 


4 


5 


6 


7 


8 


9 


10 


11 


12 


13 


14 


15 

16 

17 

18 

19 

20 



Puntuación directa
Puntuación centil

ANEXO 2

LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS

Ida Alarcón

Nombre: Sexo: Edad:

Colegio: Grado:

Terapeuta: Fecha:/...../..... H.C.:

INSTRUCCIONES

Aquí hay algunas preguntas acerca de la manera cómo te sientes, piensas y te comportas. Después de cada pregunta puedes ver que hay palabras **NUNCA**, **ALGUNAS VECES**, **FRECUENTEMENTE**. Marca con un aspa (X) una de ellas, de acuerdo como te sientes, piensas o te comportas.

Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta. Asegúrate de no dejar de responder cada una de ellas.

	Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente
1. Estoy intranquilo, preocupado por cualquier motivo.			
2. Mi corazón late muy rápido.			
3. Tengo cólera por cualquier motivo.			
4. Me desmayo o siento que me voy a desmayar.			
5. Tengo ganas de llorar.			
6. Tengo dolores o sensaciones de opresión en el pecho.			
7. Tengo pesadillas			
8. Siento miedo a varias cosas.			
9. Me siento débil y me canso fácilmente.			
10. Me tiemblan las manos o los pies cuando estoy nervioso.			

11.	Siento que me ahogo.			
12.	Me altero o me angustio fácilmente.			
13.	Orino con mucha frecuencia.			
14.	Frecuentemente tengo dolor de estómago.			
15.	Tengo náuseas continuamente.			
16.	Me rechinan los dientes.			
17.	La cara se me pone roja y caliente.			
18.	Me muerdo las uñas.			
19.	Me transpiran las manos y los pies.			
20.	Pienso que me va a ir mal en la escuela, soy pesimista.			
21.	Tengo frecuentemente más apetito que lo normal.			
22.	Frecuentemente pienso que me van a pasar cosas malas.			
23.	Pierdo el apetito cuando estoy nervioso(a).			
24.	Me duele la cabeza constantemente.			
25.	Creo que los otros niños se burlan de mí, aunque no me lo digan.			
26.	Cuando rindo un examen me olvido de lo que estudié.			

ANEXO 3

INVENTARIO DE TEMORES INFANTILES

José Anicama G.

Nombre: Sexo:..... Edad:
.....

Colegio: Grado:
.....

Terapeuta:..... Fecha:..... H.C:
.....

Ahora voltea la página y comienza, recuerda, trata de valorar todas las preguntas muy sinceramente.

		Regular	Mucho
1. Heridas abiertas.			
2. Estar solo.			
3. Estar en un lugar desconocido.			
4. Gritos.			
5. Muertos.			
6. Hablar frente a otros niños.			
7. Cruzar calles.			
8. Locos.			
9. Caerse			
10. Dentistas			
11. Sirenas			
12. Entrar en un cuarto donde hay otras personas desconocidas.			
13. Sitios altos			
14. Gusanos			
15. Criaturas imaginarias			
16. Viajes en ómnibus			
17. Viajes en autos			
18. Gente con autoridad (profesores, director, etc.)			
19. Insectos voladores (ejemplo: cucarachas)			
20. Ver a otras personas que le están aplicando inyecciones.			
21. Ruidos repentinos.			
22. Estar entre mucha gente.			
23. Gatos			
24. Una persona amenazando a otra.			
25. Ser mirado cuando estás haciendo tus tareas.			

26. Animales muertos.			
27. Ver pelear.			
28. Gente fea.			
29. Fuego.			
30. Gente enferma.			
31. Perros.			
32. Ser criticados o regañados.			
33. Estar en un ascensor.			
34. Sangre: (a) humana. (b) animal.			
35. Lugares cerrados.			
36. Que tus amigos no te quieran.			
37. Cementerios.			
38. Obscuridad.			
39. Doctores.			
40. Cometer errores o equivocarse.			
41. Parecer tonto.			
42. Desmayarse.			
43. Tener náuseas.			
44. Arañas.			
45. Ver cuchillo u objetos filudos.			
46. Dar exámenes escritos.			
47. temblores			
48. dar exámenes orales.			
49. Salir a la pizarra.			
50. Que te pregunten antes que a todos tus compañeros en clases.			
51. Que se burlen de ti en clases.			
52. Que citen a tus padres al colegio.			
53. Hacer preguntas a la profesora.			
54. Ser golpeado o castigado por personas adultas.			
55. Ser golpeados por otros niños.			