



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TESIS

**NIVELES DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DE 08 A 11 AÑOS
DE EDAD DE LOS ALBERGUES DE CIRCA**

*(Estudio realizado en los Sumac Wasis de la Federación de Círculos
Sociales Católicos de Arequipa, 2014)*

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

TESIS PRESENTADA POR LA BACHILLER EN PSICOLOGÍA

SAICO CCAPA, MÓNICA BEATRIZ

**AREQUIPA- PERÚ
2016**

DEDICATORIA:

A los niños abandonados por su familia y la sociedad, a mi madre, hijo, mi novio y sobre todo a Dios por la maravilla de la creación de los niños.

¡Porque los niños merecen una infancia saludable!

AGRADECIMIENTOS:

Doy gracias a Dios por permitirme despertar día a día, a la Universidad Alas Peruanas por hacer de mis sueños una gran realidad, a los niños que me permitieron ingresar a su mundo y conocer una realidad diferente, a mis padres, hermanos y al doctor Julio Humani por su apoyo y escucha activa en la elaboración de esta investigación.

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación titulada niveles de ansiedad en niños y niñas de 08 a 11 años de edad de los albergues de CIRCA se buscó analizar las puntuaciones de la ansiedad, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario de ansiedad infantil CAS; tomando como población de estudio a 42 niños y niñas, siendo esta la totalidad de niños de ambos sexos entre los 8 y 11 años de edad de tres de los albergues de la institución CIRCA de la ciudad de Arequipa. El estudio fue de tipo no experimental, descriptivo y de corte transversal. Las conclusiones a las cuales se llegó fue que quienes presentan mayores puntuaciones de ansiedad en cuanto a edad son los niños de 11 años, en relación al sexo quienes presentan mayores puntuaciones son los niños y según la casa albergue quienes presentan más puntuaciones son el albergue Santo Tomás y el albergue San José. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por edad, sexo o albergue. También llegamos a concluir que se rechaza la hipótesis de investigación ya que encontramos un nivel promedio de ansiedad en los niños y niñas del albergue de CIRCA.

La elaboración de esta investigación se desarrolló de la siguiente manera:

En el primer capítulo de este trabajo de investigación se abordaron aspectos concernientes al planteamiento de la problemática de la investigación: delimitación de la investigación, objetivos, hipótesis y la justificación e importancia de la investigación.

En el segundo capítulo se encuentran los antecedentes de la investigación a nivel local, nacional e internacional, las mismas que dan cuenta de los diversos estudios realizados y que tienen relación con el presente estudio, también tenemos el marco teórico el cual respalda el trabajo de investigación, con alcances de distintos enfoques que intentan explicar el fenómeno ansioso y la definición de términos relacionados a esta temática que nos ayuda a entender mejor la ansiedad.

En el tercer capítulo se expone la metodología, el tipo y el diseño de la investigación, población y muestra de la investigación, el cuadro de variables,

dimensiones e indicadores, la técnica, el instrumento empleado y los procedimientos.

Finalmente en el cuarto capítulo se presentan los resultados, la discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos sobre este trabajo de investigación.

De esta manera el presente trabajo de investigación pretende contribuir al conocimiento de este problema, analizando las puntuaciones de ansiedad para determinar el nivel de ansiedad en los niños de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA y de esta manera aportar positivamente a investigaciones posteriores y la búsqueda de soluciones.

Palabras clave: ansiedad, albergue, adaptable.

ABSTRACT

In the present research entitled anxiety levels in children from 08 to 11 years of age of the hostels in CIRCA I seek analyze anxiety scores, the instrument used was the anxiety child CAS questionnaire; taking as a study population to 42 children (as), this being the totality of children of both sexes between 8 and 11 years of age of three of the CIRCA institution of the city of Arequipa hostels. The study was not experimental, descriptive type and cross-section. The conclusions to which I came was that people who have higher scores of anxiety as to age are the children of 11 years, in relation to the sex who have higher scores are children and House Hostel who have more scores are the St. Thomas hostel and hostel San Jose. No statistically significant differences by age, sex, or hostel. We also got to conclude that you rejected the hypothesis of research since we found an average level of anxiety in children (as) of the hostel in CIRCA.

The making of this investigation developed of the following way:

In the first chapter of this research work there were tackled aspects relating to the exposition of the problems of the investigation: delimitation of the investigation, targets, hypothesis and the justification and importance of the investigation.

In the second chapter the precedents of the investigation are at local, national and international level, the same ones who account for the diverse realized studies and who have relation with the present study, also we have the theoretical frame which endorses the research work, with scopes of different approaches that try to explain the anxious phenomenon and the definition of terms related to this subject-matter that helps us to understand better the anxiety.

In the third chapter there is exhibited the methodology, the type and the design of the investigation, population and sample of the investigation, the picture of variables, dimensions and indicators, the skill, the used instrument and the procedures.

Finally in the fourth chapter there appear the results, the discussion of the results, the conclusions, recommendations, bibliographical references and annexes on this research work.

This way the present research work tries to contribute to the knowledge of this problem, analyzing the anxiety punctuations to determine the level in the children from 8 to 11 years of the hostels of CIRCA and this way to reach port positively to later investigations and the search of solutions.

Key words: anxiety, hostel, adaptable.

ÍNDICE

Caratula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Índice.....	vi
Introducción.....	vii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	9
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL	12
1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA.....	12
1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL.....	13
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL	13
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	13
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL	14
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.2 BASES TEÓRICAS	22
2.2.1 LA ANSIEDAD	22
2.2.2 DEFINICIÓN DE LA ANSIEDAD	23
2.2.3 CONCEPTOS DIFERENCIALES	25
2.2.4 TEORÍAS DE LA ANSIEDAD	26
2.2.5 DIMENSIONES DE LA ANSIEDAD	32
2.2.6 CARACTERÍSTICAS DE LA ANSIEDAD	33

2.2.7 ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD.....	34
2.2.8 ETIOPATOGENIA DE LA ANSIEDAD	35
2.2.9 ANSIEDADES Y TEMORES EN LA INFANCIA	38
2.2.10 ANSIEDAD EN LA INFANCIA.....	38
2.2.11 DESARROLLO EVOLUTIVO GENERAL DE LOS NIÑOS (AS)....	39
2.2.12 LA FAMILIA.....	40
2.2.13 VIOLENCIA Y MALTRATO	43
2.2.14 CAUSAS Y EFECTOS DEL MALTRATO INFANTIL.....	45
2.2.15 CONDICIONES DE LOS NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS	45
2.2.16 APEGO EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS.....	46
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	49
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
3.3.1 POBLACIÓN	50
3.3.2 MUESTRA.....	51
3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES.....	51
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS..	52
3.5.1 TÉCNICA	52
3.5.2 INSTRUMENTO.....	52
3.6 PROCEDIMIENTOS	54
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1 RESULTADOS	56
4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	77
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
ANEXOS	
1- INSTRUMENTO	
2- MATRIZ DE CONSISTENCIA	
3- MATRIZ DE INSTRUMENTO	
4- TABLAS	

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es uno de los temas de actualidad que más debe preocupar a padres, tutores, profesores, etc. La ansiedad elevada al no ser detectada puede llegar a convertirse en trastorno, en el caso de los niños y niñas incapacitaría el adecuado desarrollo, evidenciándose en un pobre desempeño social, intelectual, psicológico, o pudiéndose asociar a cuadros depresivos sobre todo en esta población vulnerable.

El soporte familiar brinda no solo conceptos materiales, si no también seguridad, confianza, bienestar en la mayoría de hogares, lo cual repercute de manera positiva en la maduración física y psicológica de un menor de edad. Centrándonos en la condición de un menor en estado de abandono crece la posibilidad de volverse inestable emocionalmente y mucho dependerá el entorno que lo acoja para superar o mantenerse en una determinada condición psíquica.

Nuestra población en estudio han sido niños y niñas de albergues, por ello se ha trabajado de manera cautelosa para poder interpretar la manera de sentir de cada niño de una realidad que ellos no eligieron, a la que llegan con un carga emocional y se enfrentan en la búsqueda del entendimiento de su nueva situación. Conocer y dar a conocer en esta oportunidad la realidad a través de un solo fenómeno psicológico llamado "ansiedad", motivará a plantear métodos de trabajo oportunos desde la psicología, para lograr la salud mental y salvaguardar la vida de los infantes en riesgo.

La niñez debe ser una etapa satisfactoria para cada individuo, para así poder recibir mayores responsabilidades en las siguientes etapas de la vida y en la búsqueda de una sociedad justa.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud, cerca de 450 millones de personas en el mundo, padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico.

La ansiedad es uno de estos trastornos, en primer instancia puede ser adaptativa cuando esta funciona como mecanismo clave de activación y alerta ante posibles peligros, facilitando el afrontamiento rápido, ajustado y eficaz, mientras que cuando hablamos de la ansiedad en niveles elevados se vuelve en trastorno o patológica, llegando a interferir negativa y significativamente con la habilidad de un individuo para desenvolverse y adaptarse con éxito a su entorno habitual (Carámbula, 2010).

Los trastornos de ansiedad son la enfermedad psiquiátrica de mayor prevalencia, alcanzando cifras alarmantes en los países del primer mundo. De acuerdo a datos de la Universidad de Virginia, 40 millones (18.1%) de

adultos (de entre 18 y 54 años) de Estados Unidos, presentan anualmente algún trastorno de ansiedad. La ansiedad generalizada afecta entre el 3 y el 5% de la población adulta y la frecuencia en las mujeres es el doble que en los hombres. El trastorno fóbico afecta a un 7% de mujeres y un 4.3% de hombres. El trastorno de pánico se da en algo menos del 1% de la población y las mujeres son dos o tres veces más vulnerables. El trastorno obsesivo-compulsivo se presenta con una frecuencia de 2.3% en los adultos y de igual modo entre varones y mujeres. El estrés post traumático se manifiesta en el 1% de la población en algún momento de la vida, pero la prevalencia es mayor en, por ejemplo, personas que han estado en guerras. Un 2.2 % de la población, presenta agorafobia (suele aparecer a comienzos de la edad adulta), la prevalencia de este tipo de trastornos, es, en general, dos veces superior en las mujeres (Carámbula, 2010).

Para el caso de niños estudios prospectivos y retrospectivos, realizados fundamentalmente en EE.UU., muestran una serie de complicaciones en un porcentaje significativo de niños portadores del trastorno de ansiedad no tratados, las evoluciones más frecuentes tienen que ver con la repercusión a nivel académico, laboral, social y emocional del adulto. En este sentido, se ha detectado un porcentaje muy importante de adultos portadores de depresión mayor, que previamente tenían trastorno de ansiedad que no habían sido tratados en la niñez o adolescencia. La comorbilidad depresión-ansiedad es muy frecuente y en la amplia mayoría de los casos aparece primero el trastorno de ansiedad (Gold, 2006, p.5).

La población infantil muestra puntuaciones elevadas en diferentes trastornos de ansiedad. Los síntomas de ansiedad por separación son los más frecuentes y se da más en niños y niñas, descendiendo conforme aumentan de edad, las niñas puntúan significativamente más alto en todos los trastornos excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo. Se hallan diferencias en función de la edad en todos los trastornos excepto en los miedos físicos (Orgilés, Espada, & Mendéz, 2008, p.386) “El inicio del

trastorno de ansiedad es relativamente temprano, como promedio de 8 a 10 años” (AEPNYA, 2008, p.75).

En cuanto a estadísticas nacionales, el Ministerio de Salud en el 2011 informó que dos de cada diez niños presentan trastorno de ansiedad en el Perú, siendo los especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado–Hideyo Noguchi, perteneciente al MINSA, quienes explicaron que los síntomas de este trastorno son las náuseas, bochornos, sensación de falta de aire, diversas alteraciones en la concentración, pesadillas, entre otros (Perú 21, 2011). En el caso de los infantes la ansiedad es considerada perturbadora del desarrollo psíquico y físico, y más aún cuando el menor no encuentra un ambiente esperado para su buen desenvolvimiento, pudiendo ser por ejemplo los niños y niñas de los albergues los más vulnerables, ya que muchos de ellos han sido rescatados de sus hogares por algún tipo de violencia, sean estos verbales, físicos o psicológicos. Un niño o niña con ansiedad además de manifestar síntomas como: reacciones intensas, desproporcionadas, y persistente impaciencia, pueden presentar posteriormente problemas de conducta, dificultando e incapacitando varias áreas de su vida cotidiana.

Frente a esta situación es que surgen interrogantes en relación a la plena adaptación de un niño cuando este ha sido internado a un ambiente desconocido y para ellas no tenemos respuestas: ¿Los antecedentes y las circunstancias de cada individuo contribuyen a la aparición de la ansiedad?, ¿La ansiedad es un estado permanente o sólo un fenómeno pasajero en la adaptación de algo nuevo?, ¿Cómo se forma y cuán intenso puede ser?, son estas algunas de muchas interrogantes que parten de la lógica de la condición de un niño, que con una carga de problemas de distinta índole se encuentra ajeno a un espacio que desconoce en el cual deben habitar. Por ello la presente investigación buscó conocer el nivel de ansiedad de niños y niñas de 08 a 11 años de edad, que son asistidos en los albergues de CIRCA (Círculos Sociales Católicos de Arequipa), observando y compartiendo, se pudo conocer que

estos niños están más cuidados en su bienestar físico que involucra la casa hogar, el alimento, el vestido, la educación, y no se cuenta aún con algún tipo de intervención psicológica para atender su condición mental, ni mucho menos el grado de ansiedad que pudiesen tener, muchos de estos niños y niñas tienen carencias de tipo psicológica (seguridad, confianza, independencia, autoestima, etc.) al no sentirse cobijados en un seno materno o familiar, por lo que probablemente presenten dificultades para desarrollar una adaptación y equilibrio emocional.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL

El periodo en el cual se desarrolló la investigación fue desde agosto del 2015 hasta febrero del 2016.

1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

La investigación se realizó en los albergues de CIRCA (Círculos Sociales Católicos de Arequipa), estos albergues son denominados SUMAC WASIS, de los ocho albergues con los que cuenta esta institución, tomamos tres para nuestro estudio, puesto que en ellos oscilan las edades requeridas para la investigación, los mismos que están distribuidos en diferentes zonas de la ciudad.

-En el albergue Santo Tomás de Aquino se cuenta con niños entre las edades de 5 a 12 años, esta casa albergue se encuentra ubicada en la Av. San Martín del distrito de Cerro Colorado.

-En el albergue San José de Calasanz encontramos niños entre 8 a 13 años, dicho albergue se encuentra ubicado en la Calle Villa Hermosa del distrito de Alto Selva Alegre.

-En el albergue Santa Teresa del Niño Jesús encontramos a niñas entre 5 a 11 años, este albergue está ubicado en el distrito de Paucarpata, en la Av. Libertad 404, Jorge Chávez.

1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL

En nuestra investigación se consideró como estudio el caso de los niños y niñas que viven en los albergues de CIRCA, estos niños y niñas son en su mayoría abandonados en las calles, menores de familias en crisis económica, huérfanos de padres, hijos de padres que trabajan en pueblos lejanos o que simplemente han contraído nuevos compromisos, motivo por el cual no pueden hacerse cargo de ellos, menores que por distinta índole han sido entregados por el juez de menores a los mencionados albergues, etc. Las edades de los niños y niñas con los cuales realizamos la investigación oscilan entre 8 a 11 años de edad (CIRCA, 2009).

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los puntajes de ansiedad en niños y niñas de 8 a 11 años de edad de los albergues de CIRCA, Arequipa - 2014?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Presentan ansiedad de tipo emocional los niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA, Arequipa - 2014?

¿Presentan ansiedad de tipo cognitivo los niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA, Arequipa - 2014?

¿Existen diferencias de ansiedad según edad, sexo, albergue en los niños y niñas de CIRCA, Arequipa - 2014?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Precisar los puntajes de ansiedad en niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA, Arequipa - 2014.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar la ansiedad de tipo emocional en los niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA, Arequipa - 2014.

Analizar la ansiedad de tipo cognitivo en los niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA, Arequipa - 2014.

Analizar las diferencias de ansiedad según edad, sexo y albergue en los niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA, Arequipa - 2014.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

Es probable que los niños y niñas de 8 a 11 años de edad, que son asistidos en los albergues de CIRCA, Arequipa - 2014, presenten puntajes altos de ansiedad.

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La niñez es un factor de por sí vulnerable, siendo la ansiedad en los niños y niñas un problema de altos índices en la actualidad, y su incidencia podría ser mayor cuando se encuentra en un lugar ajeno al seno materno, sintiéndose desprotegido, confundido y desbordando en sentimientos negativos para sí mismo. Un niño con los cuidados necesarios de alimentación, afecto, que es motivado a la superación y al éxito es un buen ciudadano.

Es importante la estabilidad emocional en forma gradual del niño en su dimensión individual como social, para un buen desempeño motor, intelectual y afectivo, lo cual se vería afectado si en el niño o niña se presentan cuadros de ansiedad. Es por ello que a través del presente trabajo se buscó conocer la puntuación que determine el nivel de ansiedad de los niños y niñas internados en los albergues de CIRCA de la

ciudad de Arequipa, con el fin de concientizar a la comunidad, al reconocer el grado de afectación de este trastorno, e invitar a la asistencia multidisciplinaria de profesionales como lo son, psicólogos, educadores, sociólogos, la misma familia, y hasta el municipio.

Los niños como futuro del mañana deben crecer en un ambiente favorable para lograr la estabilidad emocional, para evitar posibles problemas de conducta, interrupciones cognitivas, trastornos de personalidad, al evitar conflictos personales en estas etapas de la vida, evitamos también posibles problemas asociados al pandillaje, la delincuencia y todo lo que lleva consigo el resentimiento o las malas experiencias dadas en la niñez y que por el contrario se dé una conducta resiliente.

También tiene por finalidad este trabajo de investigación lograr que los cuidadores de los albergues, estén más atentos a la comprensión y a las demandas que podrían tener los niños que asisten a estos centros, que los niños se adapten con cierta facilidad y logren un espacio de fraternidad con otros niños y toda su sociedad en general.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Martínez & Revilla, (2007) realizaron un estudio sobre “Autoestima y Ansiedad en niños de 8 años del tercer grado de primaria”, dicha investigación se realizó en la Universidad Nacional de San Agustín de la ciudad de Arequipa. Su investigación fue de tipo descriptivo, su diseño descriptivo-comparativo y correlacional, su población estuvo conformada por 161 alumnos de 8 años matriculados durante el año 2007 en el tercer grado de educación primaria de cuatro instituciones educativas de gestión estatal del distrito de Mariano Melgar de la ciudad de Arequipa, de los cuales 93 fueron varones y 68 mujeres, su muestra fue de carácter probabilística, estratificada y proporcional. Se llegó a concluir que: a medida que la Ansiedad alcanza un nivel severo, la Autoestima General, Académica y relativo a los padres disminuye en forma leve. A nivel de ansiedad moderada, la Autoestima Social, relativo a los padres y la Autoestima total disminuye en forma leve. En cuanto a la Ansiedad leve, la

Autoestima Académica disminuye, también en el grupo de mujeres se ha comprobado, la existencia de una relación significativa entre las áreas de la Autoestima total y la Ansiedad generalizada, afectando la Ansiedad severa en el desarrollo de la Autoestima y a medida que la Ansiedad disminuye, la Autoestima aumenta, aceptando la hipótesis de investigación.

Gómez & Guillen (2009), realizaron la investigación que titula “Niveles de ansiedad en niños hospitalizados de Arequipa” y la publicaron en la Universidad Nacional de San Agustín, para ello aplicaron el cuestionario de ansiedad infantil CAS, en una población de niños de 6 a 8 años de edad en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin y en el Hospital Goyoneche. El estudio fue de tipo no experimental, descriptivo y de corte transversal. Las conclusiones a las cuales se llegó fue que existen diferencias en cuanto a niveles de ansiedad, sin embargo no se encontraron diferencias entre los niveles de ansiedad en un grupo de edad. Si un niño tiene una enfermedad esta puede provocar un estrés y la función psicológica que suscita la enfermedad puede influir en el curso de la misma. La atención del niño hospitalizado hasta hace unos años se ha centrado fundamentalmente en curar su enfermedad física con fármacos u operaciones quirúrgicas, sin preocuparse de los aspectos psicosomáticos. La hospitalización puede influir en el desarrollo emocional del niño. No se registraron diferencias significativas en cuanto a ansiedad según el centro de hospitalización y por último se encontró niveles de ansiedad bajo en un 20% de la población, nivel de ansiedad promedio en un 65%, y un nivel alto en un 15 % de la población.

Tanya & Vigil (2008), publicaron una investigación en la Pontificia Universidad Católica del Perú, sobre “Relación entre percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad en púberes”, esta investigación buscaba determinar si existía la relación entre percepción parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad rasgo en púberes de nivel socio-económico medio-alto de Lima.

Para ello se aplicó el Children's Perception of Parents Scale (CPPS) y el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en niños (STAIC) a 222 estudiantes de 10 a 12 años, de ambos sexos, que cursan cuarto a sexto grado en dos colegios privados de Lima. Se sometieron las sub-escalas involucramiento paternal y maternal al análisis de confiabilidad, obteniéndose valores Alfa de Cronbach adecuados (.712 y .654), igual que para la escala ansiedad rasgo del STAIC (.820). El análisis factorial de esta última concluyó que gran parte de sus ítems conforman un factor que explica el 23.37% de la varianza, valor superior al STAIC versión española. Se encontró que el involucramiento parental no correlaciona con ansiedad rasgo, lo cual indicaría que intervienen otros factores no medidos por estos instrumentos. Los púberes de la muestra perciben en forma diferente el involucramiento materno y paterno, siendo este último ligeramente superior. No se encontraron diferencias significativas por sexo o edad en el involucramiento parental ni en ansiedad rasgo.

Tasayco (2011) realizó la investigación titulada, "Nivel de ansiedad en relación a la aplicación de musicoterapia en niños de 6 a 8 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Norbert Wiener, Lima-Perú, 2010." El objetivo fue determinar si la aplicación de la Musicoterapia disminuía la ansiedad en niños de 6 a 8 años, durante el tratamiento dental se consideró los signos vitales como factores cuantificables de la ansiedad. Se seleccionaron 52 pacientes de 6 a 8 años de edad, sin experiencia previa al uso de instrumentos rotatorios y que tuvieran piezas dentales con lesiones cariosas cavitadas. La investigación fue de tipo experimental, la muestra fue distribuida en dos grupos de 26 niños, a los cuales se les realizó el tratamiento dental con musicoterapia (grupo experimental) y a los otros 26 se les realizó el tratamiento dental sin musicoterapia (grupo control). El nivel de ansiedad fue medido con una Escala de Imagen Facial (FIS) y el control de las funciones vitales fueron medidos antes y después del tratamiento dental. Los resultados mostraron que el grupo experimental presentó menores niveles de Ansiedad que el grupo control durante el tratamiento dental, siendo esta diferencia

estadísticamente significativa. Por lo tanto se concluye que la musicoterapia produce menores niveles de ansiedad en los niños de 6 a 8 años durante el tratamiento dental.

Méndez, Órgiles, Rosa, & Inglés, (2003), en la Universidad de Murcia (España) realizaron un estudio sobre “La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación.” El objetivo de este artículo es revisar la eficacia de los tratamientos para los trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación en niños y adolescentes. Se analizaron ocho informes científicos correspondientes al periodo 1980 a 2002, que derivaron en 21 estudios independientes. Los participantes fueron 662 sujetos de 7 a 14 años, con una edad media de 10,5 años. Los resultados informaron de que la terapia cognitivo-conductual con intervención familiar, son tratamientos probablemente eficaces, en base a los criterios de la Comisión de Expertos, de la División 12 “Psicología Clínica”, de la Asociación Americana de Psicología. Se describe con mayor detenimiento uno de los programas considerados más eficaces para estos problemas. Finalmente, se indican posibles variables predictoras de la eficacia de los tratamientos junto a algunas conclusiones y perspectivas a futuras investigaciones en este campo.

Caballo, Gonzales, Alonso, Guillen, Garrido, & Iruña, (2005), investigaron en la Universidad de Granada y la Universidad de Valladolid (España), “Los miedos infantiles: un análisis por edades y sexo” manifestando que se habían estudiado muchas de las características en el ámbito anglosajón, mientras que a nivel latinoamericano aún no se había estudiado lo suficiente. El presente estudio intenta conocer un poco más sobre miedos infantiles en una muestra de niños y niñas costarricenses. Los participantes fueron 251 niños y 277 niñas de diversos colegios en edades comprendidas entre 9 y 12 años. Se les pasó, por medio de entrevista individual, el “Cuestionario de miedos para niños-revisado”, que evalúa miedos generales en niños. Los resultados obtenidos muestran claras diferencias entre niños y niñas, informando las niñas un mayor nivel

de temor que los niños en 60 de los 80 ítems de los que consta el instrumento. No obstante, las diferencias por edades dentro del mismo sexo eran escasas, hallándose un mayor nivel de miedo sólo en los niños y niñas de 9 años. El análisis factorial del cuestionario arrojó una estructura de 5 factores similar a la obtenida en muestras anglosajonas: 1. Situaciones de peligro; 2. Animales pequeños; 3. Crítica/castigo; 4. Médicos/hospitales; y 5. Lugares misteriosos/oscuros. Teniendo en cuenta los datos obtenidos en este estudio, podemos concluir que los resultados son similares a los obtenidos en muestras anglosajonas, excepto en el tema de las diferencias por edades. En futuros estudios, sería conveniente aumentar el número de sujetos por cada nivel de edad así como las edades en las que estudiar los miedos generales.

Orgilés, Espada, & Mendéz (2008), realizan la investigación en la universidad de Murcia y en la Universidad Miguel Hernández de España, dicha investigación titula; “Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados”. El objetivo de este estudio fue examinar la presencia de síntomas de ansiedad por separación y ansiedad general en una muestra española de 95 escolares de 8 a 12 años, comparándolos con un grupo de niños de edades y género similares cuyos padres no se han separado. Los resultados muestran que los niños que han vivido una ruptura conyugal presentan niveles de ansiedad por separación más elevados que los niños cuyos padres permanecen unidos. Manifiestan además niveles significativos de ansiedad general, pero similares a los presentados por el grupo de niños con padres no divorciados. Se discuten las implicaciones clínicas de estos hallazgos, destacando la importancia de la cooperación y el contacto frecuente del niño con ambos progenitores para fomentar su seguridad y autonomía.

Pardo (2009), hizo un estudio titulado “Niños abandonados entre 2 y 4 años de edad de un orfanato privado de Quito”. El objeto de esta investigación debido a la falta de estudios en Ecuador se centra en investigar cómo el ambiente de un orfanato afecta al desarrollo emocional

de niños y niñas entre 2 y 4 años de edad. Este estudio se basa en que los niños denominados como “abandonados”, debido a la carencia de atención individualizada, sufren de un nivel de retraso en su desarrollo afectivo. La orientación empleada para el estudio fue inductiva y cualitativa. Esto se genera porque las emociones y las reacciones son perceptivas y valoradas dentro de un entorno familiar sin poder ser cuantificadas o medidas. Para realizar el análisis del desarrollo en el área emocional, se realizó el estudio de un solo caso de un orfanato privado. Dentro de este único caso se evalúan las situaciones individuales de 13 niños y niñas abandonadas para llegar a una conclusión sobre la situación general. La muestra fue seleccionada no-aleatoriamente para estudiar a los niños sin discapacidades que tienen mejores habilidades comunicacionales para expresar sus emociones y reacciones. La fuente de información primaria para desarrollar esta tesis fue la observación pasiva y activa de la interacción de la muestra con su entorno. Esto se produjo en la realización de las tareas diarias de los niños en el hogar, desde comer la merienda hasta la hora de distracción antes de ir a dormir. También, las entrevistas informales a los niños y al personal a cargo de ellos son en fuentes valiosas de información. Para tener un respaldo establecido a priori, el test Personal-Social de Batelle se aplicó al principio de la investigación y luego de ocho meses de observaciones. Los resultados globales del estudio se mantienen entre un test y el re testeó y a la vez se contraponen a la idea previa a la investigación. Los niños de la muestra de este orfanato, en su mayoría, reflejan habilidades emocionales desarrolladas acorde al promedio. La conclusión principal de esta investigación es que es seguro que el ambiente del hogar de acogida no se asemeja a la vida familiar prototipo. Sin embargo, su necesidad de sentir afecto y atención genera la motivación de mayor contacto físico y afectivo a pesar de ciertas deficiencias emocionales individuales.

Fernández (2009) psiquiatra-psicoterapeuta en la Universidad del Rosario-Universidad el Bosque, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso Clínica Montserrat, hizo la investigación sobre “Los trastornos de ansiedad en

niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica” en el que hace mención que los trastornos de ansiedad son cuadros frecuentes en la población infantil y adolescente. Su existencia repercute de manera importante en el adecuado funcionamiento de quienes los padecen; no sólo en el ámbito personal sino también en el plano escolar y social. Los trastornos de ansiedad representan para los psiquiatras infantiles un desafío desde el punto de vista diagnóstico. Frecuentemente, muchos de dichos síntomas se encuentran en niveles sub clínicos, sobre todo en el caso de los cuadros fóbicos y el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Dentro de las diferentes formas de ansiedad de acuerdo con dicha clasificación están: El Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad por Separación, Fobia social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Pánico y el Trastorno por Estrés Postraumático. La detección y diagnóstico oportuno y acertado de las diferentes formas de ansiedad repercute directamente en el pronóstico escolar, social, individual, familiar e incluso vital de la población afectada.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 LA ANSIEDAD

La etiología de los trastornos de ansiedad es compleja y a menudo poco conocida, no existe una única causa o factor implicado en su génesis y mantenimiento. En este trastorno interactúan factores biológicos (predisponen al individuo a padecer trastornos), factores ambientales (destacan los acontecimientos vitales o situaciones traumáticas, el estilo educativo de los padres, y en general los procesos de socialización del niño, adolescente y adulto en los diferentes ámbitos de su vida: familia, escuela, amigos, trabajo, etc.) (Guillamón, s.f.). También se dice que la ansiedad es un inherente a la evolución y el desarrollo humano, su forma de desencadenarse se da a través de la situación adaptativa ante una respuesta interna del individuo como también de una respuesta externa del ambiente del que nos vemos rodeados.

Nos hemos visto rodeados de términos en ocasiones difíciles de distinguir en relación a esta temática, así tenemos términos como son, angustia, ansiedad, estrés, que aún resulta más complejo de ser detectado en el caso de los niños, ya que daría a confundirse si se trata de un rasgo patológico o simplemente se trata de un estado de adquisición evolutiva fundamental en el desarrollo.

Ochango & Peris (2012) afirman que para diagnosticar un trastorno en la infancia y la adolescencia, un alcance sería la desadecuación de la conducta del niño al período evolutivo correspondiente a su edad, cabe resaltar que la mayoría de niños que ha presentado en su infancia trastornos emocionales puede llegar a la vida adulta sin trastornos neuróticos, sin embargo algunos otros podrían ser predictores de desadaptación social o emocional.

2.2.2 DEFINICIÓN DE LA ANSIEDAD

La ansiedad ha sido estudiada como respuesta emocional y también como rasgo de personalidad:

A. Al definirla como emoción podemos entender a través de ella un conjunto de manifestaciones experienciales, fisiológicas y expresivas ante una situación o estímulo, que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente pueda resultar no ser peligroso (Cano 1989); citado por Arcas & Cano (1999).

“Hablamos de emociones para referirnos a ciertas reacciones que se vivencian como una fuerte conmoción en el estado de ánimo. Esta vivencia suele tener un marcado acento placentero o displacentero y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, a veces intensos. Al mismo tiempo, esta reacción puede reflejarse en expresiones faciales características, así como en otras conductas motoras observables. Por lo general, las emociones surgen como reacción a una situación concreta,

aunque también puede provocarlas información interna del propio individuo” (Cano 1997, p. 132); citado por Arcas & Cano (1999).

B. Como rasgo de personalidad la ansiedad se estudia a partir de las diferencias individuales al sentir o manifestar estados de ansiedad, dichos estados se caracterizan por sentimientos de tensión, inseguridad, así como autovaloraciones negativas; asimismo, en el nivel fisiológico se observan distintas alteraciones, que pueden reflejar distintos niveles de activación del S.N.A. y de la tensión muscular como agitación motora, que interfieren en la conducta normal adaptada. Para atender a esta doble vertiente (rasgo y emoción), desde la psicología de la personalidad, ha surgido el modelo rasgo-estado. El rasgo de ansiedad se entiende como una característica de personalidad o tendencia a reaccionar de forma ansiosa, con independencia de la situación. En cambio, el estado de ansiedad es un concepto que se refiere a una situación y un momento. Se trata de un estado emocional transitorio y fluctuante, determinado por las circunstancias ambientales” (Cattell, y Scheier, 1961); citado por Arcas & Cano, (1999).

Ambos conceptos rasgo y estado son interdependientes, pues las personas con un elevado rasgo ansioso están más predispuestas al desarrollo de estados de ansiedad, al interactuar con los estímulos ansiógenos de su entorno.

Los modelos cognitivos más recientes del sesgo conciben la ansiedad como fruto de la evaluación y valoración de una serie de sesgos cognitivos o tendencias en la interpretación de la situación. Cuando esta tendencia o sesgo es muy exagerada o errónea tiende a producir reacciones de ansiedad muy intensas que pueden llegar a ser patológicas (Eysenck, 1992, 1997); citado por Arcas & Cano, (1999).

2.2.3 CONCEPTOS DIFERENCIALES

A. Albergue: Constituye el espacio de protección que ofrece una institución para garantizar un desarrollo integral que favorezca el ejercicio de derechos, el desarrollo de la responsabilidad y cubra las necesidades manifiestas y latentes de las personas menores de edad en condición de mayor vulnerabilidad que requieren de dicha alternativa, al no contar con otra opción habitacional y de cuidado (Pardo, 2009).

B. Ansiedad normal: Parte de la existencia humana, todas las personas poseen un grado moderado de la misma, siendo esta una respuesta adaptativa se destaca por su cercanía al miedo, se relaciona con la anticipación a peligros futuros, indefinibles e impredecibles (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

C. Angustia: Sentimiento que se expresa de forma global y patológica, en el sujeto, es una reacción de alarma difusa y sin objeto específico, que señala y advierte al individuo de la presencia de un peligro potencial, de efecto inmovilizador, que conlleva repercusiones psíquicas y orgánicas, además se da la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, puede ser adaptativa o no dependiendo de su magnitud (Sierra, et al, 2003).

D. Estrés: Estado de sometimiento a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, también es definida como una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias, se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona, no es considerada una emoción en sí misma, sino agente generador de emociones (Sierra et al, 2003).

E. Excitabilidad: Propiedad de responder a la estimulación, que a veces implica grado excesivo (Drever, s.f.).

F. Miedo: Perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes (Sierra et al, 2003).

G. Timidez: Incomodidad en presencia de otra gente, derivada de una intensa autoconciencia (Drever,. s.f).

H. Trastorno de ansiedad: Estado de agitación e inquietud desagradable, caracterizado por la anticipación del peligro inminente, es decir combinación de síntomas cognitivos y fisiológicos, evidenciándose con reacción de sobresalto, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez. Predominan los síntomas psíquicos y en base a ellos se buscan soluciones al peligro (Sierra et al, 2003).

2.2.4 TEORÍAS DE LA ANSIEDAD

A- TEORÍA PSICOANALÍTICA

Según Spielberger; citado por Martínez y Revilla (2007), Freud sostenía la teoría de que la ansiedad era resultado de una descarga de energía sexual reprimida, a la cual llamo libido.

Cuando la energía sexual producía imágenes mentales (lujuriosas) que se veían como algo amenazador, dichas imágenes eran rechazadas o reprimidas, al bloquear su expresión normal, la energía libidinal se acumulaba inmediatamente en una ansiedad o en síntomas físicos equivalentes a la ansiedad. Posteriormente Freud modifico sus teorías para insistir en el papel de la ansiedad como una respuesta ante la presencia del peligro.

“La percepción del peligro, fuera del ambiente exterior o de los pensamientos o sensaciones provocaría un estado de ansiedad y esta desagradable reacción emocional servía para indicar al

individuo la necesidad de algún tipo de adaptación, (...) finalmente Freud llamo la atención sobre dos fuentes potenciales de peligro, el mundo exterior y los propios impulsos interiores de la persona. Si la fuente de peligro se encontraba en el mundo exterior, esto daba por resultado una reacción objetiva de ansiedad, mientras que a las reacciones de ansiedad provocadas por los impulsos internos prohibidos o inaceptables se les llamo ansiedad neurótica” (Martínez, Revilla, 2007).

B. TEORÍA CONDUCTUAL

a. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Primer gran modelo de condicionamiento de la ansiedad, indica que cualquier situación o estímulo inicialmente neutro puede adquirir la propiedad de elicitar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos traumáticos.

Para el condicionamiento clásico la ansiedad es entendida como una respuesta emocional condicionada, así se explicaría que una parte importante de las fobias específicas se desarrollarían por este medio. Sin embargo también en muchos casos no existe un acontecimiento traumático que preceda la aparición de la fobia (Guillamón, s.f.).

b. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO Y OPERANTE:

Segundo gran modelo de condicionamiento de la ansiedad, se apoya en el paradigma de la evitación activa. Es una teoría de los 2 factores porque implica tanto al CC como al CO.

Fase inicial: Mediante procedimiento de condicionamiento clásico se establece una respuesta condicionada de miedo (adquiere propiedades de impulso secundario, capaz de motivar una respuesta de escape).

Segunda fase: Implica un proceso de evitación activa, el sujeto aprende a escapar de la exposición al estímulo, que le avisa de la

proximidad de un evento aversivo, quedando esta respuesta reforzada negativamente (Calvo, s.f.).

c. CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Los principios del condicionamiento operante están implicados en la adquisición y el mantenimiento de algunos trastornos de ansiedad. La fobia a los perros, por ejemplo, se mantiene a lo largo del tiempo porque la persona no se enfrenta a ellos, los evita. La evitación del estímulo fóbico (perro) es un refuerzo negativo, dado que si no ve o no está cerca del animal no experimentará ansiedad o temor (consecuencia negativa). La evitación de las situaciones que provocan ansiedad constituye un potente refuerzo negativo que mantiene el trastorno. En el TOC, realizar la compulsión (por ejemplo, lavarse las manos) reduce o elimina la posibilidad de que la persona adquiera una enfermedad (obsesión). La ejecución de la conducta compulsiva reduce la ansiedad asociada al temor de una posible enfermedad o contagio. Desde este punto de vista, la obsesión se mantiene porque la compulsión actúa como un reforzador negativo. En ambos casos, sin embargo, la persona no comprueba la validez o no de sus temores porque no se enfrenta a las situaciones que le producen ansiedad, además que la reacción de ansiedad puede ser directamente reforzada por otras personas. Muchas personas con ansiedad generalizada necesitan constantemente que alguien cercano les refuerce, tranquilice y confirme que su actuación es la adecuada, que aquello que temen no va a suceder. Esta excesiva atención a sus dudas y preocupaciones (refuerzo positivo) las alimenta y las mantiene inalterables (Guillamón, s.f.).

d. APRENDIZAJE VICARIO U OBSERVACIONAL

Se trata de un aprendizaje complejo que implica adquirir nuevos comportamientos o modificar otros a partir de la observación de la conducta de los demás. Se considera que en estos casos la

experiencia es indirecta y producto del proceso de socialización al que todos estamos sometidos desde que nacemos, las personas que nos rodean actúan como modelos o ejemplos de conducta a seguir. Si un niño tímido tiene unos padres tímidos y con pocas habilidades sociales, difícilmente este niño las aprenderá (al no ser que tenga otros modelos de socialización: hermanos, familiares, profesores, amigos).

Este tipo de aprendizaje facilita la adquisición de nuevas conductas y la reactivación de otras que se realizaban con menor frecuencia. Por otro lado, permite la modificación de conductas inadecuadas, la técnica psicológica que se basa en este tipo de aprendizaje se denomina modelado, esta técnica se aplica en el tratamiento de diferentes fobias (por ejemplo, fobia a los animales, fobia a las inyecciones-sangre, miedo al dentista), en la fobia social y en general en el entrenamiento de habilidades sociales, etc. (Guillamón, s.f.).

C. TEORÍA COGNITIVA

Según Sierra, et al (2003), la mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad. Los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto. Desde este enfoque, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones, si el resultado de dicha evaluación es amenazante entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos y en situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad. Las situaciones que eliciten una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la imagen de éstas puede también producir una reacción de ansiedad; esto se explica de muy diversas formas pero, en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación

individual que el sujeto confiere a dicha situación. Algunas veces, el individuo reconoce que tal situación no es una amenaza objetiva, a pesar de lo cual no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad.

En definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza. En la mayoría de los casos, funcionan de forma automática, es decir, él individuo a penas se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y cree firmemente que no están bajo su dominio.

La persona con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, pero esto no es totalmente cierto porque la situación que él percibe puede no constituir una amenaza real; dicha percepción suele venir acompañada de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración, etc.

Beck y Clark (1997), citados por Sierra, et al (2003), describen en su modelo de la ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por un lado, y controlados por otro, al tiempo que consideran el papel crucial que la anticipación juega en la ansiedad.

“Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de

distorsión cognitiva". Beck (1967 y 1979); Citado por Ruiz & Cano, (2002).

En esta teoría encontramos también los siguientes términos:

a. INFERENCIA ARBITRARIA: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

b. ABSTRACCIÓN SELECTIVA: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

c. SOBREGENERALIZACIÓN: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.

d. MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

e. PERSONALIZACIÓN: Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.

f. PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

g. ESTRUCTURA COGNITIVA: Suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979); Citado por Ruiz y Cano (2002).

"Los esquemas cognitivos pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas y cogniciones automáticas"(Calvo, s.f.).

D. TEORÍA COGNITIVA CONDUCTUAL

Para este enfoque la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional.

En el caso de la teoría tridimensional de Lang (1968); citado por Sierra et al. (2003), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras. En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo, el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990); citado por Sierra et al. (2003).

2.2.5 DIMENSIONES DE LA ANSIEDAD

La que se conoce como ansiedad clínicamente significativa ha sido definida por Esparza & Rodriguez (2009), como una emoción que surge a partir de la valoración del temor, incluyendo elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos, por ello son precisamente los mecanismos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta emocional los que permiten distinguir la ansiedad de otras emociones.

Según Díez; citado por Esparza y Rodríguez (2009), existe un dominio emocional que incluye miedo, temores difusos, inseguridad, preocupaciones excesivas, anticipación del peligro de que algo va a pasar, interpretaciones amenazantes de las situaciones del entorno y una hipervigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales; un dominio conductual con presencia de inquietud psicomotora, tendencia al llanto y conductas de evitación de objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad, así como una exageración de la respuesta de alarma.

Por otro lado se hace mención que en las cogniciones de los niños ansiosos hay una frecuencia excesiva de pensamientos negativos y catastrofización que afectan el desempeño cotidiano según Esparza y Rodríguez (2009).

2.2.6 CARACTERÍSTICAS DE LA ANSIEDAD

En el orden social, los autores mencionan que los niños pueden presentar dificultades en la relación con sus pares y que sus compañeros pueden percibirlos como tímidos y aislados. Además, mencionan la posibilidad de presentar problemas escolares entre los cuales se destacan el rechazo escolar, el temor ante los exámenes y bajo rendimiento académico.

“La respuesta ante una situación percibida como amenazante para la supervivencia está condicionada por factores individuales. El llanto, la evitación, la huida, la confrontación de la situación temida, los problemas físicos, el aislamiento social, etc., todas ellas vienen determinadas por diferencias interindividuales.” (Esparza y Rodríguez, 2009).

Las manifestaciones de ansiedad serán diferentes según la etapa del desarrollo. En los niños más pequeños se presenta a menudo como actividad excesiva, comportamientos estridentes y de llamada de atención, dificultades a la separación o en el momento de ir a dormir. La ansiedad manifestada comportamentalmente puede conducir a diagnósticos inadecuados de trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), trastorno desafiante y opositorista u otros problemas de conducta (Caballo , Gonzales, Alonso, Guillen, Garrido, & Iruña, 2005).

Los chicos mayores a diferencia de los niños más capaces de describir sus vivencias subjetivas pueden denominarlas usando diferentes terminos como miedo, nerviosismo, tensión, rabia; también pueden presentar comportamientos disruptivos o antisociales.

2.2.7 ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD

No todos los individuos presentan la misma vulnerabilidad biológica para que los trastornos de ansiedad se desarrollen y se mantengan. La ansiedad puede acompañar a otros problemas de salud mental como por ejemplo: la depresión o enfermedades como el cáncer o la enfermedad cardíaca (del corazón). Además, la genética puede cumplir un rol en el desarrollo de los problemas de ansiedad. También es importante destacar que los desequilibrios químicos del cerebro pueden contribuir y estar presentes al comienzo de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, se dispone de medicamentos que pueden cambiar los niveles químicos y ayudar a sentirse mejor, permitiendo manejar la ansiedad fácilmente (New York Presbyterian Hospital, 2005).

Un aporte importante para conocer la predisposición de la ansiedad la encontramos en las conclusiones de Sandin, citado por Gold (2006):

1. Evidencia que los factores hereditarios podrían desempeñar un papel importante en los trastornos de ansiedad: Porcentajes de concordancia: 34% en gemelos monocigóticos y 17% en dicigóticos.
2. El desarrollo de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) no muestra evidencia de estar influido por factores hereditarios: Tasas de 17% para monocigóticos y del 20% para dicigóticos.
3. Para el resto de los trastornos de ansiedad las tasas de concordancia son prácticamente equivalentes: 45% y 15% para monocigóticos y dicigóticos respectivamente.
4. En los trastornos de ansiedad parece existir un importante componente de transmisión familiar de tipo hereditario (excepto en el TAG).
5. Los trastornos de ansiedad parecen poseer una transmisión genética independiente de la que se da en la depresión y en los trastornos somatoformes.

Lo que se hereda es una vulnerabilidad (diátesis) para desarrollar un trastorno de ansiedad en general; no se hereda un trastorno específico en sí mismo.

2.2.8 ETIOPATOGENIA DE LA ANSIEDAD

“Como otros trastornos psiquiátricos, los trastornos de ansiedad son explicados aplicando el modelo causal de vulnerabilidad-estrés. Según éste, el individuo podría presentar una serie de factores predisponentes o de riesgo para el padecimiento de los trastornos de ansiedad que serían desencadenados por otros factores.” (Ruiz & Lago, 2005)

A continuación, daremos a conocer algunos factores; no obstante, conviene aclarar que los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento no confirman ninguno de ellos. El hallazgo más replicado por todos los estudios es que los trastornos de ansiedad son más prevalentes en las chicas por tanto, el sexo parece un factor

interviniente aunque no existe ninguna teoría psicopatológica que explique esta diferencia de forma convincente.

Según Ruiz y Lago (2005) tampoco conocemos los caminos por los que los factores de riesgo o predisponentes confluirían y terminarían o no produciendo los trastornos de ansiedad; además los estudios necesitarían incluir la perspectiva del desarrollo, porque no todos los factores de riesgo o situaciones traumáticas tienen un mismo efecto patogenético según el momento del desarrollo en el que tienen lugar, sin embargo desarrollaron los siguientes puntos:

A. Factores genéticos y constitucionales

Aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha establecido si la transmisión es genética o determinada por la crianza. Puede afirmarse que los factores genéticos podrían ocupar un lugar destacado en la génesis de algunos (trastorno de pánico), estando otros, como la ansiedad generalizada o la de separación, más condicionados por factores ambientales.

B. Temperamento

Los niños que son inhibidos comportamentalmente, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente.

C. Estilos parentales

La sobre-protección que, en ocasiones es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis de la ansiedad en el niño, debido al sentir de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y desprovisto

de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles. Por su parte, las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los chicos a través de mecanismos identificatorios básicos.

D. Acontecimientos vitales estresantes

Algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador (por ejemplo la experiencia de una tormenta), sumado a la elaboración cognitiva (explicación) que haga un niño ante dicha experiencia atemorizante influirá en que este pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro.

E. Los ambientes sociales desfavorables

Grandes adversidades económicas o condiciones de vida, etc. pueden generar un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo del trastorno de ansiedad.

F. Factor atencional

El factor atencional podría influir debido a que ciertas personas con ansiedad parecen presentar dificultades en cuanto a focalización de estímulos congruentes con la interpretación del peligro, de forma que estas personas tienden a focalizarse en los estímulos amenazantes permanentemente (Leod, Mathews y Tata, 1986); citado por Ruiz y Lago (2005).

G. Estilo cognitivo

El estilo cognitivo del niño también ha sido considerado por diversos autores como un factor de predisposición, aquellos infantes que poseen un estilo centrado en la preocupación parecen estar en mayor riesgo de presentar ansiedad.

2.2.9 ANSIEDADES Y TEMORES EN LA INFANCIA

Según Basile (s.f.) “La mayoría de los niños experimenta ansiedades y temores leves, transitorios y asociados a una determinada edad, que se superan espontáneamente en el curso del desarrollo madurativo; son por lo tanto normales y sujetos a un ciclo evolutivo y desaparecen (o se atenúan considerablemente) con el transcurso del tiempo”.

EDADES TEMORES MÁS FRECUENTES

0 - 1 años: Estímulos intensos y desconocidos, personas extrañas

2 - 4 años: Animales, tormentas

4 - 6 años: Oscuridad, brujas y fantasmas, catástrofes, separación

6 - 9 años: Daño físico, ridículo

9 - 12 años: Accidentes y enfermedades, mal rendimiento escolar.

12 - 16 años: Relaciones interpersonales, pérdida de la autoestima

2.2.10 ANSIEDAD EN LA INFANCIA

“La ansiedad y los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, muy por encima de los trastornos de conducta y de la depresión. Al menos, un tercio de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad cumplen criterios para dos o más trastornos de ansiedad. Encontramos, también, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, fundamentalmente con la depresión.

Si a esta prevalencia elevada le añadimos las consecuencias nocivas que conlleva la ansiedad para la vida del sujeto, conocer los factores que facilitan su aparición o están relacionados con su etiología es de gran utilidad, no sólo para detectar los sujetos de riesgo, sino para desarrollar estrategias de intervención y prevención eficaces” (Ochango & Peris, 2012).

2.2.11 DESARROLLO EVOLUTIVO GENERAL DE LOS NIÑOS (AS)

Según Piaget; citado por Muñoz (2009), los cambios que un niño va experimentando repercuten inevitablemente en su persona, sea a nivel socio-afectivo como psicomotor e intelectual, y desde la postura cognitivista se sostiene que toda necesidad surge a partir de un desequilibrio, el cual tiende a que el sujeto lleve a cabo dos actividades: la asimilación y la acomodación, en este inter-juego sujeto y objeto se modifican entre sí, dando lugar a un nuevo aprendizaje y por lo tanto a una nueva adaptación.

El desarrollo humano no es igual en todo su proceso, con épocas de mayor adquisición de funciones y contenidos, y otras de estancamiento, fijación y maduración de lo adquirido. De este modo veremos las distintas áreas evolutivas correspondientes al desarrollo general en la segunda infancia.

-Área bio-fisiológica (6 a 12 años)

El desarrollo se estabiliza y los cambios estructurales son menores, también el corazón y los pulmones alcanzan mejores condiciones y se responde mejor a esfuerzos de resistencia.

-Área motriz (7 a 12 años)

El desarrollo dictamina que la organización de los movimientos se realiza según las leyes céfalo- caudal y próximo-distal, y que la motilidad evoluciona desde respuestas globales a locales y diferenciadas.

De los 7 a los 12 años, hay una elaboración definitiva del esquema corporal, conocimiento de su cuerpo, posibilidades y limitaciones. Control del cuerpo y del movimiento global y de cada una de sus partes.

-Área cognitiva (7 a 12 años)

Según Piaget a esta edad “todos sus mecanismos cognoscitivos reposan en la motricidad”.

Periodo Operaciones Concretas

El pensamiento se vuelve menos egocéntrico y más lógico. Se encuentra en la etapa del pensamiento mágico-simbólico. Es más reversible y más complejo. Sabe diferenciar entre objetos semejantes, capaces de medirlos y contarlos.

-Área socio-afectiva (8 a 12 años)

A esta edad ya está organizado el aparato psíquico en la constitución del “yo” a la realidad y la construcción progresiva del pensamiento social y lógico.

Los niños que oscilan entre estas edades se encontrarían en un estadio prepuberal caracterizada por la:

-Reactivación de tendencias infantiles rechazadas.

-Identificación sexual y equilibrio emocional.

-Mayor autonomía, autodeterminación y la aparición de grupos sociales.

2.2.12 LA FAMILIA

Según Vacchelli (2004), el Perú desde muchos años atrás atraviesa por una crisis económica, social y moral que afecta a los estratos más vulnerables de la población. El resquebrajamiento del sistema democrático, evidencias de corrupción e impunidad, atropello de los derechos humanos, manipulación política de los medios de comunicación, programas de televisión que degradan la naturaleza

humana, los mensajes publicitarios que promueven el consumo y gasto, el narcotráfico, la globalización, el terrorismo, la falta de seguridad ciudadana, la falta de oportunidades educativas y laborales y espacios de integración social, entre otros; evidencian una profunda crisis de valores.

La situación de pobreza y extrema pobreza, producto del desempleo y subempleo, la inmigración del campo a la ciudad en busca de oportunidades de desarrollo, la escasez de servicios básicos, educativos y de salud, la formación en paternidad responsable y salud reproductiva, la heterogeneidad cultural, el machismo, etc. generan exclusión social y por tanto frustración y violencia que se traducen en actos violentos dentro del núcleo familiar, la comunidad y se generalizan a toda la sociedad, siendo la familia la primera institución social en ser afectada, con graves consecuencias no solo para los miembros que la integran sino que se convierte en un problema social. El abandono de uno o más miembros, el maltrato físico, emocional y sexual generalmente dirigido hacia la mujer y los hijos el alcoholismo de uno o ambos padres, la delincuencia, negligencia, la rigidez y autoritarismo, etc., son características propias de las denominadas familias disfuncionales y expulsoras, las mismas que generan en los hijos fugas del hogar, abandono material y moral, desnutrición, trabajo infantil, enfermedades respiratorias, vida de calle, delincuencia, comercio sexual infantil, drogadicción; acompañados generalmente de serios trastornos emocionales.

“Si bien existen políticas sociales de protección del niño y la familia, la realidad rebasa las buenas intenciones y el presupuesto para atender los graves problemas y necesidades de nuestra población” (Vachelli, 2004)

La familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo,

pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema.

A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden.

De manera general se pueden considerar como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones (económica, biológica y cultural-espiritual).
2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.
4. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.
5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios.

La familia es un continuo de equilibrio-cambio, para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Se considera que este indicador de funcionamiento: la capacidad de adaptación, es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar dos tipos de tareas, que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan de las crisis familiares).(Vacchelli, 2004)

Si la familia establece estrategias y mecanismos ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

2.2.13 VIOLENCIA Y MALTRATO

La violencia generalmente es ejercida por alguien con más poder que abusa de otros con menos poder. El término violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia, ocasionando un daño físico y/o psicológico. Este daño se puede dar ya sea por acción o por omisión, y se da en un contexto de desequilibrio de poder.

Para establecer que una situación familiar existe violencia, la relación de abuso debe ser crónica, permanente y periódica, refiriéndose así a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan un vínculo familiar. Según Vacchelli (2004), las principales características que puede presentar una familia que sufre de violencia son las siguientes:

- Generalmente en las familias en las que aparece la violencia familiar tienen una organización jerárquica fija o inamovible. Además sus miembros interactúan rígidamente, no pueden aportar su propia identidad, deben actuar y ser como el sistema familiar les impone.
- Las personas sometidas a situaciones críticas de violencia familiar presentan un debilitamiento de sus defensas físicas y psicológicas, lo que conduciría a un incremento en los problemas de salud. Muchas padecen de baja autoestima, depresión y enfermedades psicosomáticas.
- Disminución marcada en el rendimiento laboral. En los niños y adolescentes se encuentran problemas de aprendizaje, trastornos de la personalidad, etc.

- Las personas que viven afectadas por la violencia familiar, como se criaron dentro de este contexto, tienden a reproducirlos en sus futuras relaciones.

En el caso de los niños como en otros casos de violencia se da una relación de vulnerabilidad. Claramente los menores muestran inferiores recursos para defenderse de lo que les puede hacer un adulto. Además se debe considerar el daño emocional y los efectos a corto y largo plazo que provocan los maltratos.

El término maltrato hace referencia a tratar mal a uno de palabra u obra dentro de ellos encontramos distintos tipos:

- **Maltrato Físico:** Se refiere a cualquier lesión infligida (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamiento, etc.), que no es accidental y que provoca un daño físico o enfermedad en un niño o adulto.
- **Maltrato Sexual:** Se refiere a cualquier implicación de niños, adultos, adolescentes, dependientes o inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para los cuales son incapaces de dar un consentimiento informado.
- **Abuso y Abandono Emocional:** El abuso emocional generalmente se presenta bajo las formas de hostilidad verbal, como por ejemplo insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono. Mientras que el abandono emocional se refiere a la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo del niño.
- **Abandono material o físico:** es un maltrato pasivo y se presenta cuando las necesidades físicas de un niño como alimentación, abrigo, higiene y protección no son atendidas en forma temporaria o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

- Niños testigos de violencia familiar: se refiere cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Estos niños presentan trastornos emocionales muy similares a quienes son víctimas de abuso.

2.2.14 CAUSAS Y EFECTOS DEL MALTRATO INFANTIL

El maltrato es una situación que bien puede presentarse en todas las clases sociales, aunque la incidencia es mayor en niños que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza.

Los niños criados en hogares donde se los maltrata suelen mostrar desordenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su estrés psicológico, siendo la adicción al llegar la adultez, más frecuente que en la población general. Para muchos niños que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna "aceptable" y el ciclo del abuso continúa cuando ellos se transforman en padres.

2.2.15 CONDICIONES DE LOS NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

Según Robles (2012), "La gran mayoría de los niños que manifiestan conductas agresivas son diagnosticados con algún Trastorno asociado al Déficit de atención y Comportamiento perturbador. Sin embargo, estos criterios se limitan sólo a describir y no explicar las posibles causas de estos trastornos, relacionados en muchos casos con el vínculo afectivo".

Los niños y las niñas que viven en un ambiente comunitario como es el caso de los niños de los albergues, suelen ser personas en riesgo

social, de desamparo. Estos niños son personas con especiales condiciones de atención, porque la manera de acceder a los estímulos y conocimientos que su medio ambiente les brinda, difiere mucho de los menores que participan en escenarios cotidianos y familiares, entre muchas otras actividades que distan mucho de ser fragmentos de una realidad.

Estas actividades vistas como totalidades inmersas en la cultura del niño, poseen un alto valor educativo y pedagógico porque es a través de la interacción con los otros que el niño logra construir su conocimiento. La participación del niño en tareas familiares, constituyen el espacio idóneo para transmitir valores, habilidades, saberes y costumbres, son experiencias básicas e indispensables para lograr el desarrollo pleno de las personas.

2.2.16 APEGO EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

Existen varios trastornos asociados a los niños que se encuentran en los albergues, sin embargo el que resulta más representativo según su condición es el trastorno reactivo de apego (RAD) por carecer de un vínculo normal afectivo.

El RAD se da en la mayoría de niños y niñas a los 5 años de edad aproximadamente y su característica esencial es que la capacidad para relacionarse socialmente con los compañeros y los adultos está marcadamente distorsionada e inadecuadamente desarrollada en la mayoría de contextos.

Existen dos tipos de RAD:

1. El RAD inhibido: es la falta persistente de iniciar y de responder a la mayoría de las interacciones sociales apropiadas para el desarrollo.

2. El RAD deshinibido: muestra una sociabilidad indiscriminada o la falta de selectividad al escoger las figuras a las que se apegan (familiaridad excesiva con extraños a quienes les piden cosas y les demuestran afecto).

La agresión, ya sea relacionada con una falta de empatía o un mal control de los impulsos, es un problema serio con estos niños. Tienen dificultad para comprender cómo su comportamiento afecta a otros.

A menudo se sienten obligados a atacar y causar daño a otros, incluyendo animales, a niños más pequeños, a sus compañeros, etc.

Esta agresión se acompaña con frecuencia de una falta de emoción o remordimiento.

Los niños con RAD pueden demostrar una extensión amplia de problemas emocionales tales como síntomas depresivos y de ansiedad o comportamientos que buscan la seguridad.

Para sentirse seguros estos niños pueden buscar cualquier apego (abrazarse a extraños, diciéndoles “te quiero”, por ejemplo) . Al mismo tiempo, tienen una inhabilidad de ser cariñosos en forma genuina con otros o de desarrollar conexiones emocionales profundas.

Estos niños pueden exhibir “comportamientos calmantes” por ejemplo la oscilación y golpeteo de la cabeza, o morder, rasguñarse o cortarse. Estos síntomas aumentarán durante épocas de estrés o de amenaza (Robles, 2012).

Síntomas:

- Destructivo a sí mismo y a otros
- Falta de sentimientos de culpa o de remordimiento
- Negación a contestar preguntas simples
- Negación de la responsabilidad siempre culpar a otros
- Contacto visual pobre
- Problemas extremos de desafío y de querer controlar

- Robar
- Falta de pensamiento de causa y efecto
- Ánimo inestable
- Alegaciones falsas de abuso
- Comportamientos sexuales inadecuados
- Exigencias o apegamientos inapropiados
- Malas relaciones con los compañeros
- Hábitos de comer anormales
- Problemas de usar el baño
- Falta de control de los impulsos
- Mentiras crónicas sin sentido
- Formas o problemas inusuales de hablar (habla entre dientes)
- Dominante (necesita estar en control)
- Manipulador (superficialmente encantador y atractivo)

Se diferencia del trastorno generalizado del desarrollo o retraso del desarrollo y de una posible comorbilidad tales como el retraso mental, todo lo cual puede afectar la conducta del apego.

Otras formas de psicopatología (además del RAD) que están vinculadas con la carencia de afecto son: el trastorno límite de la personalidad, trastorno de conducta, trastorno de ansiedad y el trastorno por estrés postraumático.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es descriptivo, ya que analiza las puntuaciones de la variable ansiedad, corresponde al método exposfacto, el enfoque cuantitativo y el paradigma positivista, según el número de variables es un estudio univariado porque tiene por variable medir solo la ansiedad, según el número de mediciones es un estudio transversal, según la temporalidad es un retrospectivo, porque a los niños y niñas que evaluamos consideramos que tienen y han tenido episodios ansiosos, según el lugar donde se realice la investigación es un estudio de campo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño corresponde a un tipo de investigación no experimental, descriptivo transversal o simple.

n: → Ox

Donde:

n = población

Ox = variable Ansiedad

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 POBLACIÓN

Nuestra población estuvo conformada por la totalidad de niños y niñas, cuyas edades fluctúan entre de 8 a 11 años de edad de las casas albergues de CIRCA; Santo Tomás de Aquino, Santa Teresa del Niño Jesús, San José de Calasanz, siendo 42 entre varones y mujeres.

Tabla 1

Población de niños(as) de 08 a 11 años de los albergues de CIRCA

Albergues	Edades	Varones		Mujeres	
		fi	%	fi	%
Santo Tomás	8 años	6	14	-	-
	10 años	5	12	-	-
	11 años	2	5	-	-
Santa Teresa	8 años	-	-	6	14
	10 años	-	-	8	19
	11 años	-	-	5	12
San José	8 años	1	2	-	-
	10 años	5	12	-	-
	11 años	4	10	-	-
Total		23	55%	19	45%

Fuente: Elaboración propia, 2015

3.3.2 MUESTRA

La muestra es de carácter no probabilístico, intencional, ya que no se tomaron los principios estadísticos y reglas aleatorias al momento de escoger nuestra muestra; sin embargo, no significa que los resultados carezcan de objetividad, ya que se seleccionó la muestra conociendo previamente las características de la población que estudiamos, tomándose así la totalidad de niños y niñas.

En el presente estudio la totalidad es igual a 42 menores, de los cuales 23 son varones y 19 son mujeres de las tres casas albergues de CIRCA.

3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
ANSIEDAD	Factor emocional	<ul style="list-style-type: none">- Excitabilidad- Cambio de actitudes- Evocación de responsabilidades
	Factor cognitivo	<ul style="list-style-type: none">- Retraimiento- Timidez- Sentimiento de dependencia

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 TÉCNICA

La encuesta, siendo una técnica para la investigación social por excelencia, debido a su utilidad, sencillez y objetividad de los datos que se obtienen (Carrasco, 2006); citado por Vargas & Peña (2011)

3.5.2 INSTRUMENTO

Ficha técnica

- a.** Nombre: Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS
- b.** Autor: John S Gillis. IPAT 1980.
- c.** Publicación: Institute for personality and ability testing champaign, III USA.
- d.** Traducción y adaptación: Dr. Domingo Gómez Fernández, Universidad de Santiago. Doña Maria Tereza Pulido, Cancillería de educación de Santiago.
- e.** Administración: Colectiva - Individual
- f.** Ámbito de aplicación: Niños de 6 a 8 años de edad
- g.** Duración: 30 min.
- h.** Significación: Este cuestionario evalúa el nivel de ansiedad infantil. El CAS está estructurado por dos factores, el primer factor constituido por un componente de emocionalidad excitabilidad, cambio de actitudes, evocación de responsabilidades y un segundo factor cognitivo: retraimiento, timidez, sentimiento de dependencia.
- i.** Aplicación: Se le entrega al niño la hoja de respuestas del CAS, luego se les pide que contesten a las preguntas poniendo una X en el redondel si su respuesta es SI o en el cuadradito si su respuesta es NO.
- j.** Fiabilidad: La fiabilidad fue determinada mediante la fórmula de Kuder Richardson KR: 20, habiéndose obtenido un índice de 0,75.
- k.** Validez: La validez está determinada mediante los coeficientes de correlación de sus elementos con el factor de segundo orden que

identifico Catell como ansiedad, en base a las respuestas emitidas al ESPQ. Los coeficientes de congruencia establecieron que “entre las respuestas del IPAT Anxiety Scale de Krug, Scheiler y Catell (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” (Gómez y Pulido, 1992) citado por Cordova & Shiroma (2005).

- I. Corrección y obtención de puntuaciones directas: En base a estudios previos sobre el CAS, se determinaron las alternativas de respuestas indicativas de ansiedad. Estas opciones se encuentran distribuidas equilibradamente entre los círculos y los cuadrados, a uno u otro lado de la hoja de respuestas del CAS, sin que se advierta ninguna lógica distributiva. La corrección se hizo con mucho cuidado, especialmente al tratarse de respuestas emitidas por niños, ya que a veces, por no haber entendido suficientemente las instrucciones, constituyen un serio problema para determinar el nivel de ansiedad de los mismos. Antes de efectuar la corrección mediante la plantilla, se hizo una rápida revisión de la hoja de respuestas con el fin de ver si había algún indicio de anomalía, luego se procedió a la corrección mediante la plantilla transparente colocándose ajustándola correctamente mediante los dos puntos de referencia (estrellas que aparecen en el margen derecho).
- m. Este instrumento cuenta con un baremo que no se ajusta a las condiciones de los niños y niñas evaluados de la presente investigación, por ello la manera de obtener resultados ha sido a través del análisis de dato numérico con el estadístico SPSS versión 15.
- n. El cuestionario puntúa de uno a cero, la suma total es de 20 puntos, de acuerdo con los objetivos planteados desglosamos la variable ansiedad en sus dos factores: factor emocional comprendidos por los ítems, 1-7-18-4-9-2-12-3-13-19-5-6-14 con una puntuación total y mayor de 13 puntos, el puntaje menor a 0 y

un puntaje promedio a 6.5, para la interpretación consideramos que los puntajes de los niños y niñas mayores a 6.5 evidencian ansiedad alta, puntajes menores a 6.5 evidencian ansiedad baja, también consideramos el puntaje promedio o la tendencia a la ansiedad cuando las puntuaciones se ubican en el 6.5 o 7. Y el factor cognitivo con sus ítems 8-16-10-11-15-20-17 con una puntuación total o mayor a 7 puntos, una puntuación mínima de 0 y un puntaje promedio de 3.5, para la interpretación utilizamos el mismo criterio del factor anterior, puntuaciones mayores a 3.5 equivalen a la ansiedad alta, puntajes menores a 3.5 equivalen a ansiedad baja y puntuaciones iguales a 3.5 o 4 evidencian tendencia o ansiedad normal para este factor.

- o. Para la variable ansiedad se considera el total de la puntuación en sus dos dimensiones o factores, siendo así que el puntaje mayor sería 20, el puntaje menor sería 0 y el puntaje promedio sería 10, las puntuaciones mayores a 10 las interpretamos como ansiedad alta, las puntuaciones menores a 10 como ansiedad baja y puntuaciones iguales a 10 las consideramos ansiedad adaptativa o normal.

3.6 PROCEDIMIENTOS

Con la finalidad de lograr los objetivos propuestos y comprobar las hipótesis de investigación formuladas se siguieron los siguientes procedimientos:

- Coordinaciones internas y externas.
- Revisión de la literatura e identificación de autores que argumentan, exponen el fenómeno en estudio.
- Autorizaciones y permisos de las autoridades respectivas de CIRCA.
- Elaboración del cronograma de evaluaciones en coordinación con la encargada de CIRCA.
- Aplicación de prueba CAS. Según el objetivo; ha sido conocer las puntuaciones que evidencian el nivel de ansiedad, por ello se hizo una

prueba piloto como corresponde obteniendo resultados poco favorables, es así que ya no se trabajó con las edades mencionadas en el instrumento (6-8 años) si no con niños entre 8 a 11 años de edad, comprendiendo así que la realidad social y educativa de los niños y niñas de los albergues, que en su mayoría no es similar a la de un niño que ha tenido oportunidades al ser parte de una familia biológica, evidenciaba limitaciones en la comprensión de dicho cuestionario.

- Verificación de cuestionarios debidamente llenados y la calificación de los mismos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

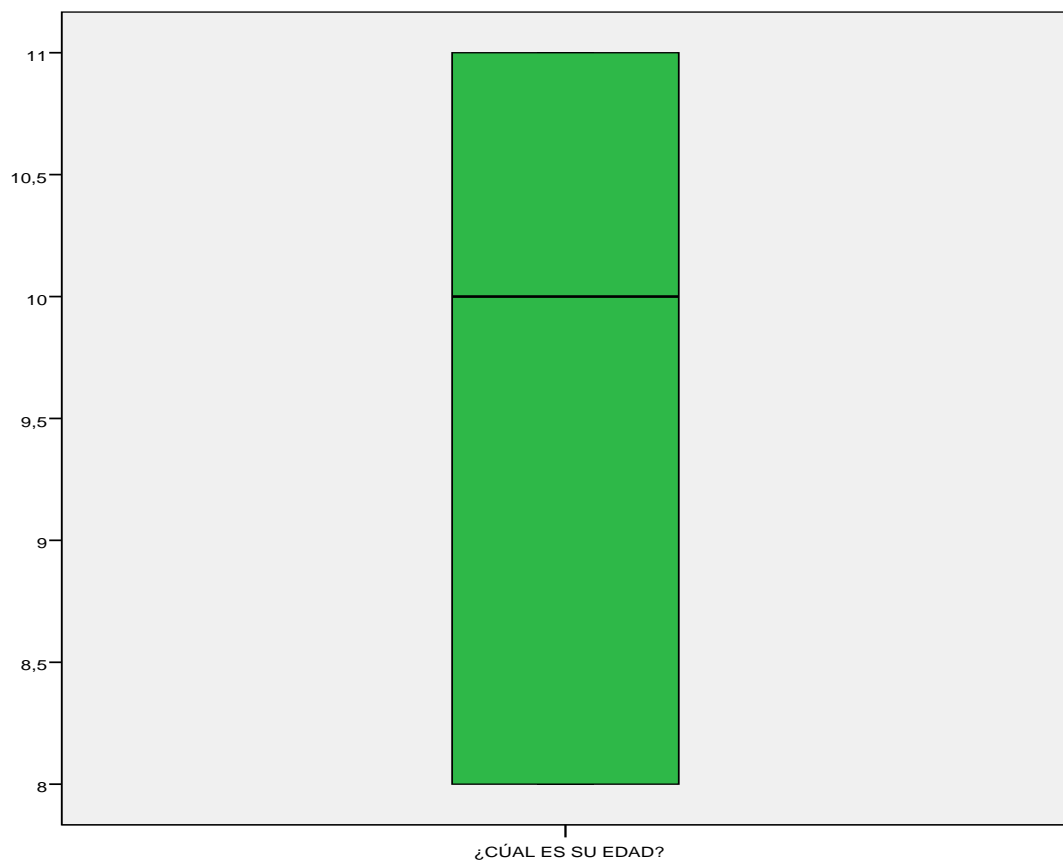
4.1 RESULTADOS

Los resultados de la investigación son expresados a través de un análisis numérico, por ser una distribución normal se utilizó la estadística paramétrica.

El análisis de los datos descriptivos numéricos se realizó a través de las medidas de tendencia central (media, mediana, moda), las medidas de variación a través de la desviación estándar, las medidas de forma a través de la asimetría y el error típico de asimetría, las medidas de posición a través del percentil 25 y 75.

Para realizar las comparaciones, diferencias cuando se tienen dos muestras independientes (sexo) por ser datos numéricos paramétricos se utilizó la T de Student, para comparar varias muestras independientes (edad, albergue), por ser un dato numérico paramétrico se utilizó el Anova de un factor, con sus coeficientes y consistencia Duncan y Tukey.

Figura 1: Diagrama de cajas y bigotes de la edad de los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014



Al analizar la edad de los niños y niñas se encontró que la edad promedio fue de 9 años con una variación de 1.19 (a pesar de que en la muestra no se encontró niños de 9 años), la mitad de los niños y niñas tiene una edad menor a 10 años, asimismo, se encontró que 10 años fue la edad más frecuente en la escala de 8 a 11 años. Entre la máxima y mínima edad hay una diferencia de 3 años, encontrando que el 50 % de niños y niñas investigados tienen una edad entre 8 a 11 años.

Tabla 2

Distribución de frecuencias y porcentajes de los datos demográficos de niños y niñas del Albergue CIRCA, 2014.

DATOS DEMOGRÁFICOS		fi	%
¿EN QUÉ ALBERGUE SE ENCUENTRAN?	S.TOMÁS	13	30.95
	S.TERESA	19	45.24
	S.JOSÉ	10	23.81
¿CÚAL ES SU SEXO?	Masculino	23	54.76
	Femenino	19	45.24

Fuente: Elaboración propia, 2015

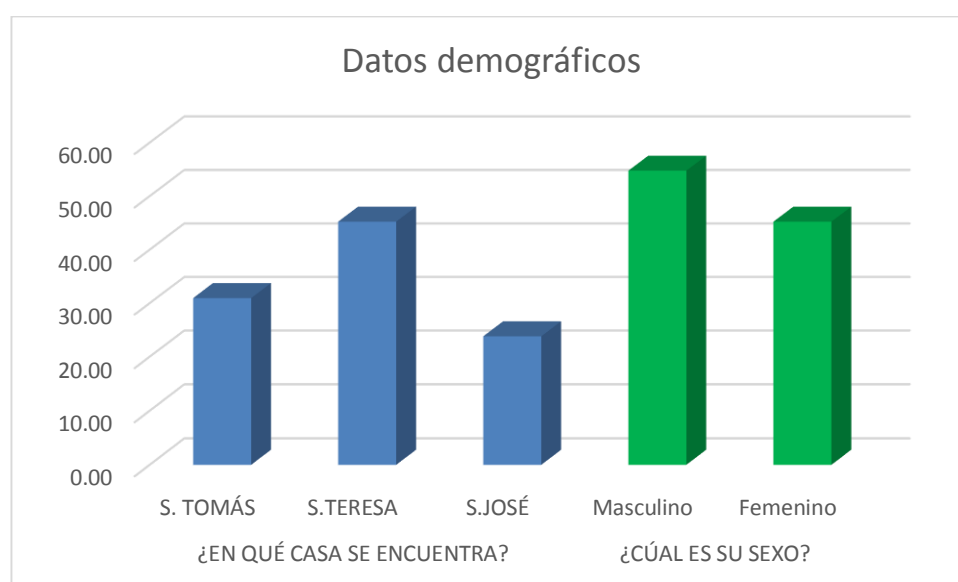
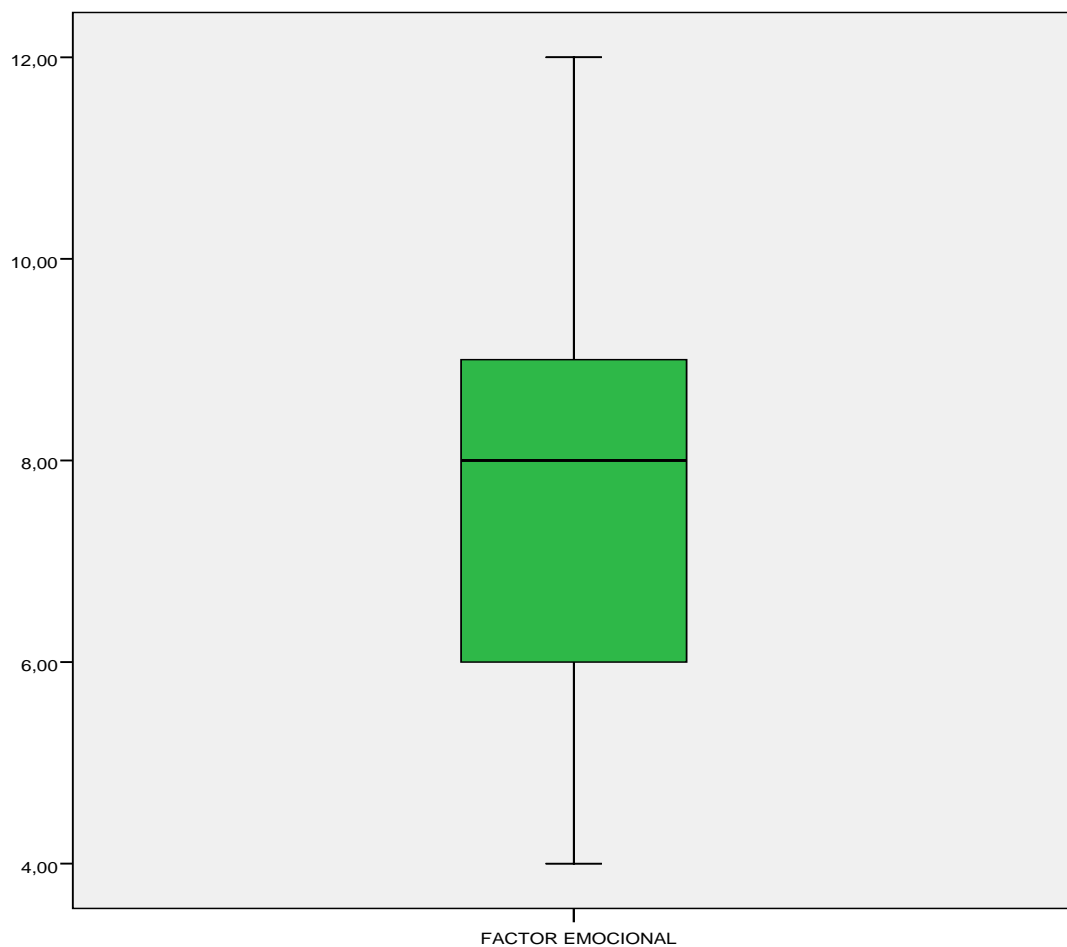


Figura 2: Diagrama de barras de los datos demográficos de los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014.

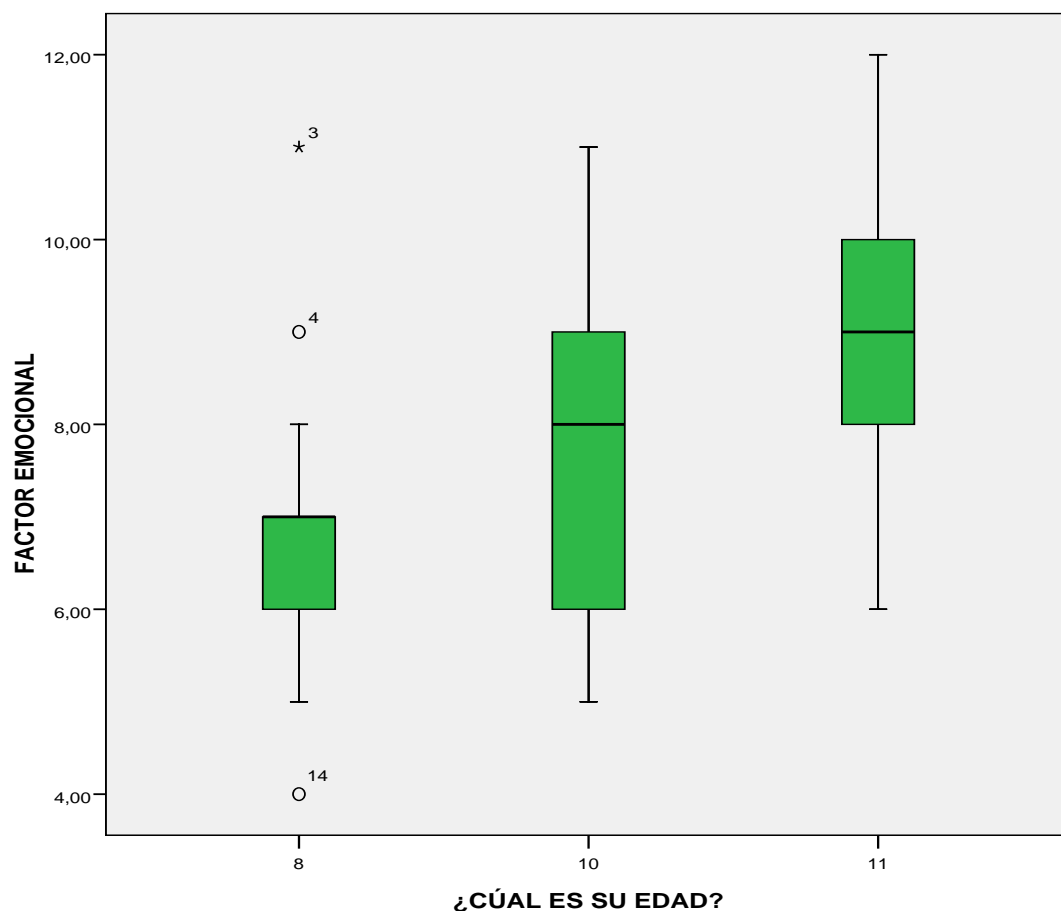
Según la tabla N° 2 observamos que al género masculino le corresponde un 54.76% y al sexo femenino un 45.24% de los niños y niñas investigados, observándose una diferencia porcentual de 9.52 puntos, dicha diferencia se debe a que en la institución CIRCA encontramos dos albergues al cuidado de varones como son Santo Tomás con un 30.95%, San José con un 23.81% de la población y al cuidado de las niñas al albergue Santa Teresa con una población de 45.24 %.

Figura 3: Diagrama de cajas y bigotes del factor emocional en los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014



Al analizar el factor emocional en los niños y niñas del albergue de CIRCA se encontró que el promedio de puntaje fue de 7.76 con una variación de 1.85, la mitad de los niños y niñas obtuvo una puntaje menor a 8 puntos, asimismo, se encontró que 9 fue el puntaje más frecuente en la escala de 0 a 13 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 8 puntos, encontrando que el 50 % de niños y niñas investigados tienen un puntaje entre 6 y 9.

Figura 4: Diagrama de cajas y bigotes de la edad de los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014

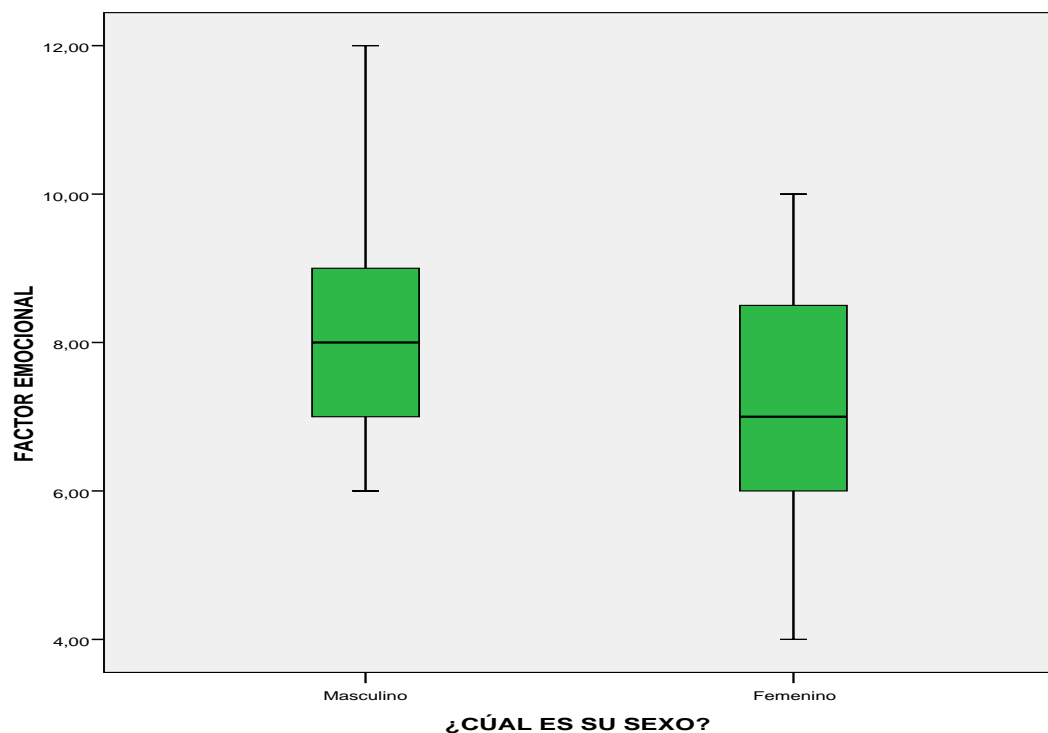


Al analizar el factor emocional según la edad de los niños y niñas se encontró que el promedio de puntaje fue de 6.85 con una variación de 1.77 en los niños y niñas de 8 años, 7.72 con una variación de 1.71 en los niños y niñas de 10 años y 8.91 con una variación de 1.64 en los niños y niñas de 11 años de edad, la mitad de los niños y niñas obtuvo un puntaje menor a 7 en los niños y niñas de 8 años, 8 puntos en la edad de 10 y un puntaje menor a 9 en los niños y niñas de 11 años, asimismo, se encontró que 6 fue el puntaje más frecuente en los niños y niñas de 8 años, 9 en la edad de 10 y 11 años en la escala de 0 a 13 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 7 puntos en la edad de 8 años, 8 puntos en la edad de 10 y 6 puntos en la edad de 11 años, encontrando que el 50 % de niños y niñas investigados tienen un puntaje entre 6 y 7.5 en los niños y niñas de 8 años, 6 y 9 en los niños y niñas de 10 años y entre 8 y 10 en los niños y niñas de 11 años.

En cuanto a la variable edad, podemos interpretar según nuestros resultados que los niños y niñas de 8 años presentan tendencias a la ansiedad de tipo emocional, sin embargo podemos observar al niño número 4 con mayor ansiedad a diferencia de los niños y niñas de su misma edad, en este grupo también destaca el niño número 14 por evidenciar baja ansiedad, por otro lado los niños y niñas de 10 años presentan mayor ansiedad que los niños y niñas de 8 años pero menor ansiedad que los de 11 años, considerando así que los niños y niñas de 11 años presentan alta ansiedad de tipo emocional.

Al aplicar el estadístico paramétrico del ANOVA de un factor encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) de ansiedad de tipo emocional en las tres edades.

Figura 5: Diagrama de cajas y bigotes del sexo de los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014

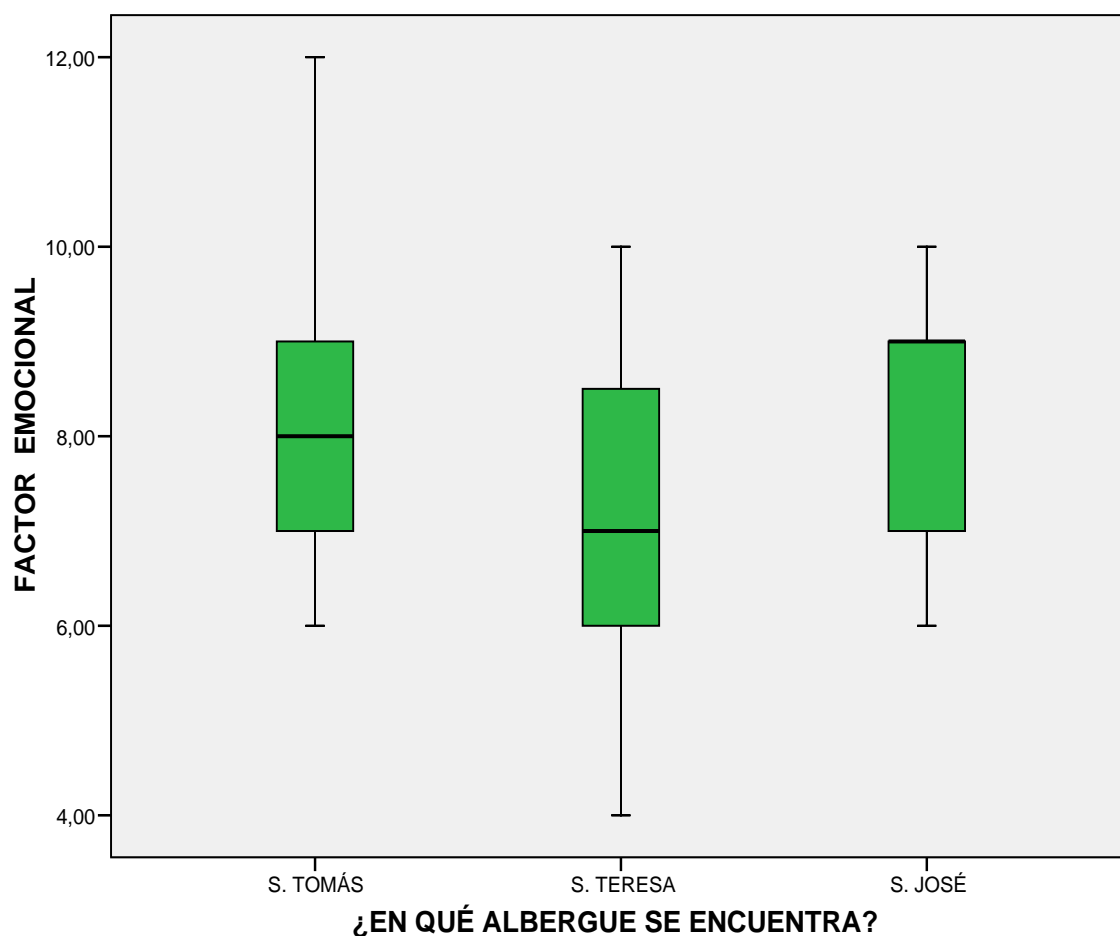


Al analizar el factor emocional según el sexo se encontró que el promedio de puntaje fue de 8.35 con una variación de 1.72 en los niños, mientras que el promedio de puntaje fue de 7.05 con una variación de 1.78 en las niñas, la mitad de los niños obtuvo un puntaje menor a 8 y la mitad de las niñas obtuvo un puntaje menor a 7, asimismo, se encontró que 9 fue el puntaje más frecuente en los niños y 6 fue el puntaje más frecuente en las niñas en la escala de 0 a 13 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 6 puntos para ambos sexos, encontrando que el 50 % de niños investigados tienen un puntaje entre 7 y 9, mientras que el 50 % de las niñas tienen un puntaje entre 6 y 9.

Podemos interpretar que los niños presentan alta ansiedad mientras que las niñas presentan tendencias a la ansiedad.

Al aplicar el estadístico prueba para muestras independientes encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) de ansiedad de tipo emocional en cuanto a sexo.

Figura 6: Diagrama de cajas y bigotes de la casa albergue de los niños y niñas de CIRCA, 2014



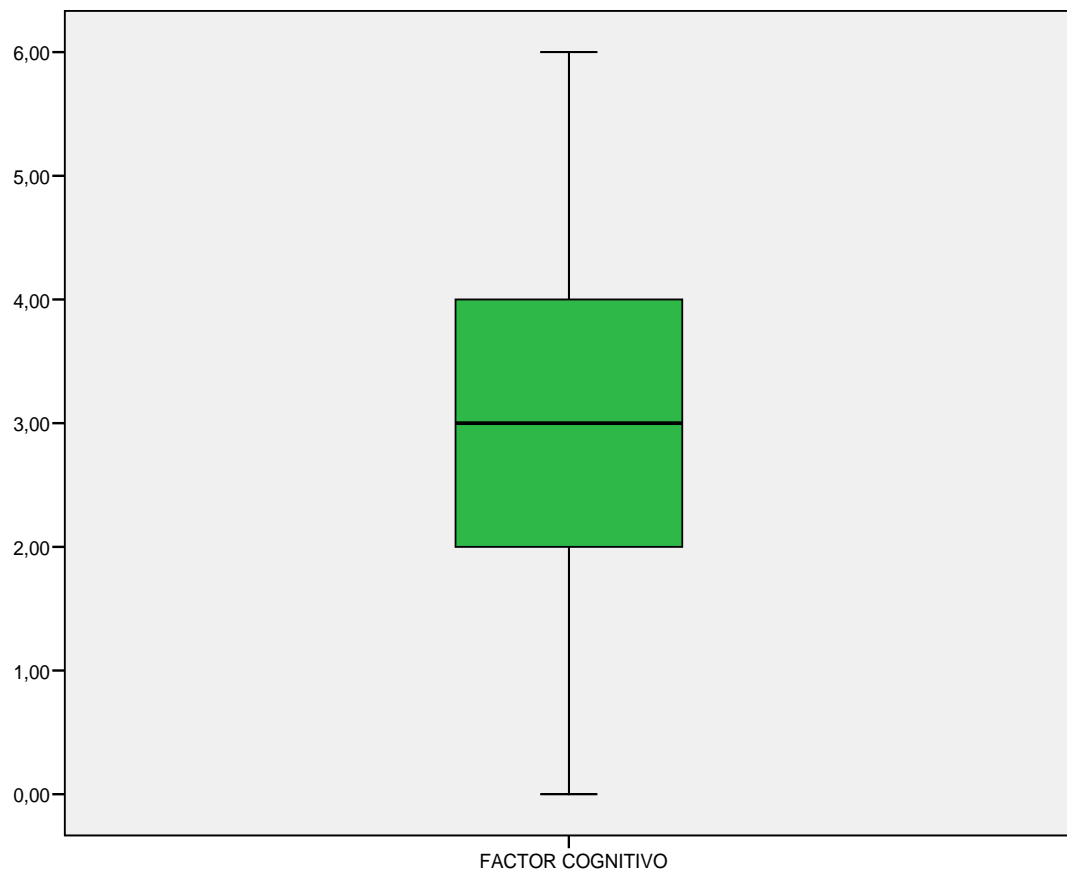
Al analizar el factor emocional según la casa albergue de los niños y niñas de CIRCA se encontró que el promedio de puntaje fue de 8.31 con una variación de 0.62 en el albergue Santo Tomás, 7.05 con una variación de 1.78 en el albergue Santa Teresa y 8.40 con una variación de 1.35 en los niños del albergue San José, la mitad de los niños obtuvo un puntaje menor a 8 en el albergue Santo Tomás, la mitad de los niñas del albergue Santa Teresa obtuvo un puntaje menor a 7 y 9 puntos se obtuvo en el albergue San José, asimismo, se encontró que 6 fue el puntaje más frecuente en los niños del albergue Santo Tomás y Santa Teresa, mientras que en el albergue San José el puntaje más frecuente fue de 9 en la escala de 0 a 13 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 6 puntos en los tres albergues, encontramos también que el 50 % de niños investigados tienen un puntaje entre 6 y 10 en los niños del albergue Santo Tomás, un puntaje entre

6 y 9 en el albergue Santa Teresa y un puntaje entre 7 y 9.25 en el albergue San José.

Interpretamos que en el albergue Santo Tomás hay niños con alta ansiedad y muchos más niños de ansiedad alta en el albergue San José, mientras que en el albergue Santa Teresa hay tendencias a la ansiedad.

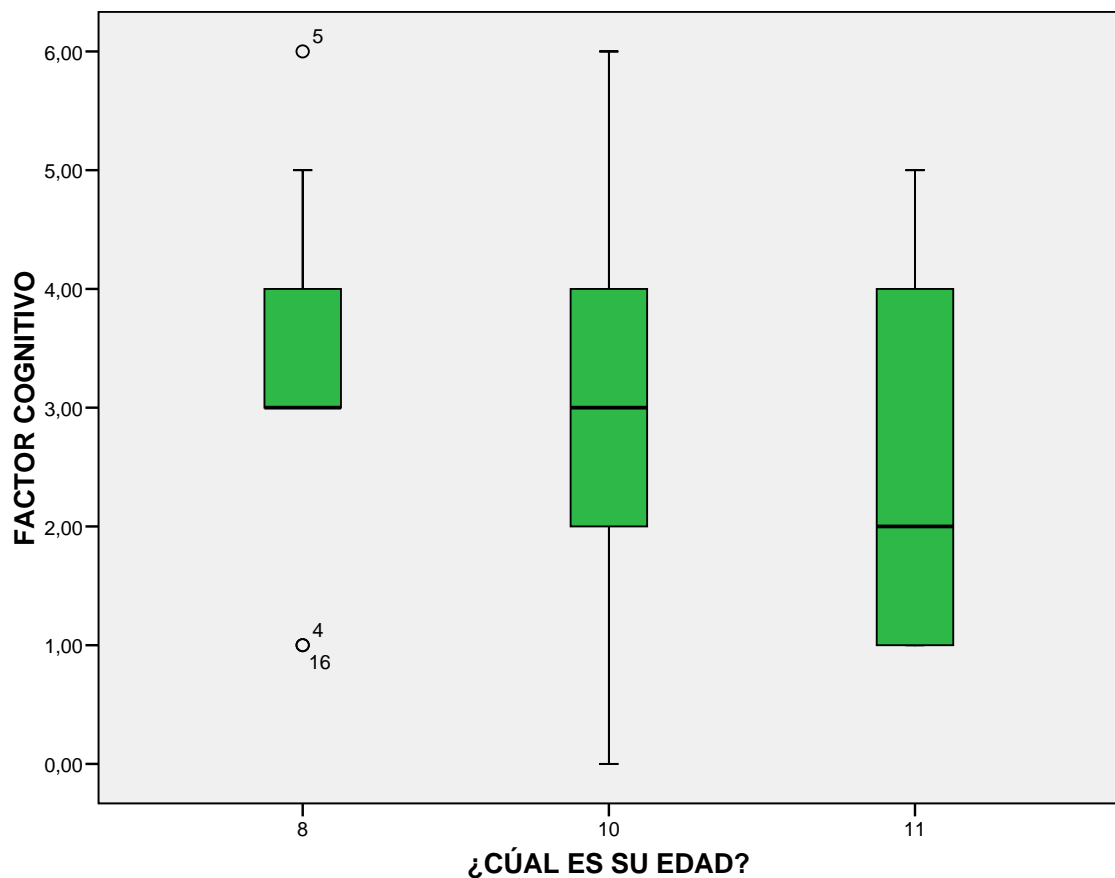
Al aplicar el estadístico paramétrico del ANOVA de un factor encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) de ansiedad de tipo emocional en los tres albergues.

Figura 7: Diagrama de cajas y bigotes del factor cognitivo en los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014



Al analizar el factor cognitivo en los niños y niñas del albergue de CIRCA se encontró que el promedio de puntaje fue de 2.93 con una variación de 1.45, la mitad de los niños y niñas obtuvo una puntaje menor a 3 puntos, asimismo, se encontró que 3 fue el puntaje más frecuente en la escala de 0 a 7 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 6 puntos, encontrando que el 50 % de niños y niñas investigados tienen un puntaje entre 2 y 4.

Figura 8: Diagrama de cajas y bigotes de la edad de los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014

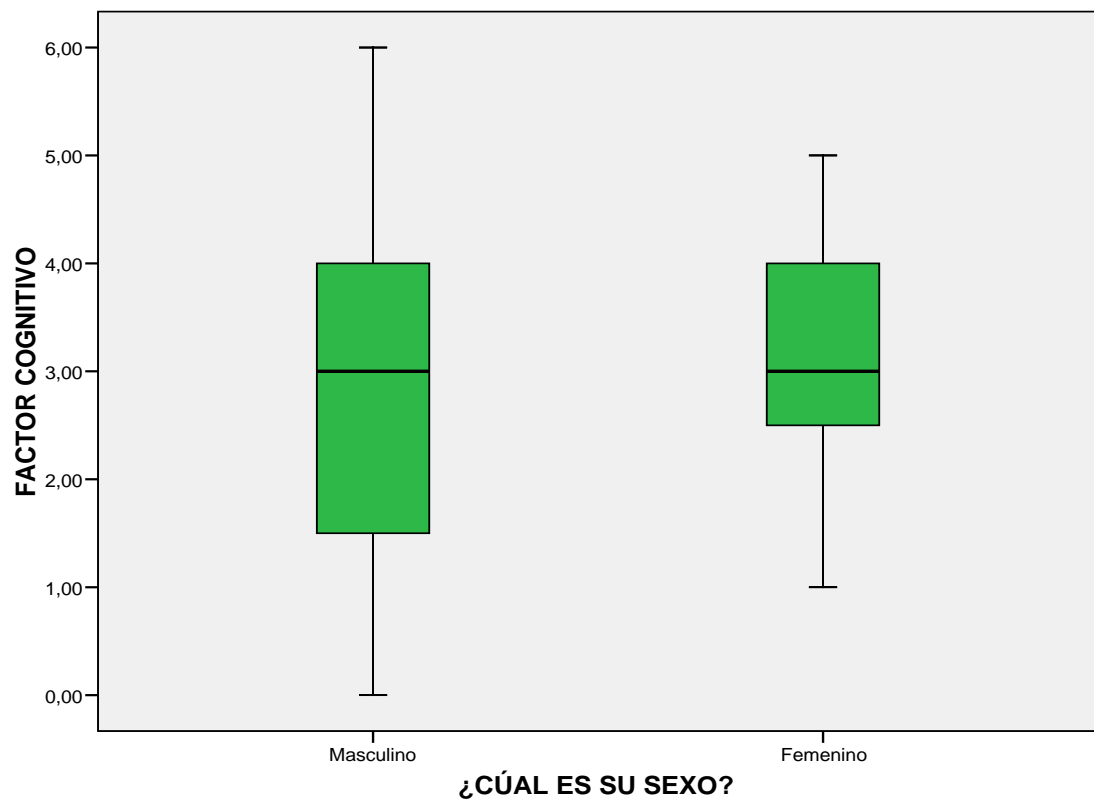


Al analizar el factor cognitivo según la edad de los niños y niñas se encontró que el promedio de puntaje fue de 3.46 con una variación de 1.45 en los niños y niñas de 8 años, 2.78 con una variación de 1.40 en los niños y niñas de 10 años y un puntaje de 2.55 con una variación de 1.51 en los niños y niñas de 11 años de edad, la mitad de los niños y niñas obtuvo un puntaje menor a 3 en la edad de 8 años, 3 puntos en los niños y niñas de 10 años y un puntaje menor a 2 en los niños y niñas de 11 años, asimismo, se encontró que 3 fue el puntaje más frecuente en los niños y niñas de 8 años, 3 puntos en la edad de 10 años y 1 fue el puntaje más frecuente en los niños y niñas de 11 años en la escala de 0 a 7 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 5 puntos en la edad de 8 años, 6 puntos en la edad de 10 años y 4 puntos en la edad de 11 años, encontrando que el 50 % de niños y niñas investigados tienen un puntaje entre 3 y 4.5 en la edad de 8 años, un puntaje entre 2 y 4 en la edad de 10 años y un puntaje entre 1 y 4 en la edad de 11 años.

En cuanto a la variable edad, podemos interpretar según nuestros resultados que los niños y niñas de 8 años presentan tendencias a la ansiedad de tipo cognitivo, sin embargo podemos observar al niño número 4 y 16 en este grupo con poca ansiedad a diferencia del niño número 5 que evidencia alta ansiedad, por otro lado los niños y niñas de 10 años presentan ansiedad promedio dentro de lo normal, y los niños y niñas de 11 años presentan baja ansiedad de tipo cognitivo.

Al aplicar el estadístico paramétrico del ANOVA de un factor encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) de ansiedad de tipo cognitivo en las tres edades.

Figura 9: Diagrama de cajas y bigotes del sexo de los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014

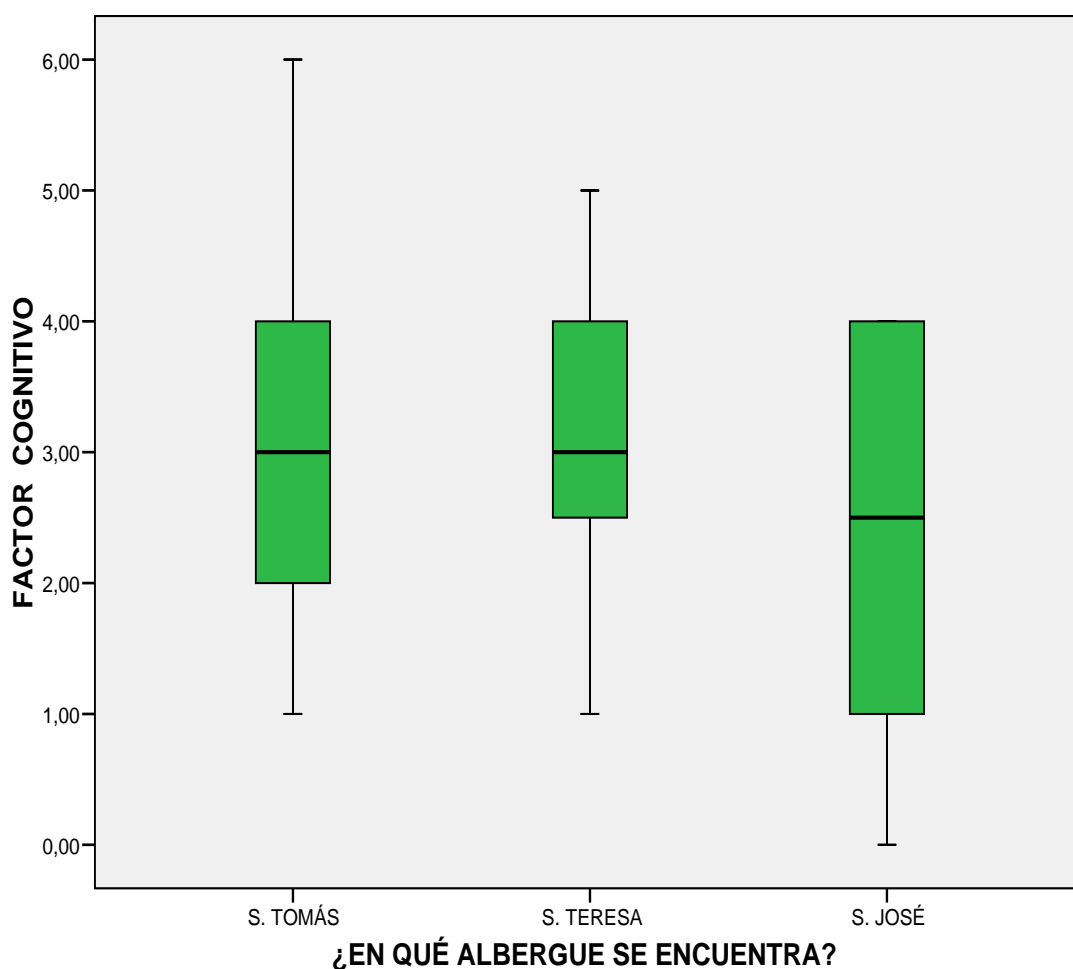


Al analizar el factor cognitivo según sexo se encontró que el promedio de puntaje fue de 2.87 con una variación de 1.66 en los niños, mientras que el promedio de puntaje fue de 3 con una variación de 1.20 en las niñas, la mitad de los niños obtuvo un puntaje menor a 3 y la mitad de las niñas obtuvo un puntaje menor a 3, asimismo, se encontró que 4 fue el puntaje más frecuente en los niños y 3 fue el puntaje más frecuente en las niñas en la escala de 0 a 7 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 6 puntos en los niños y en las niñas hay una diferencia de 4 puntos, encontrando que el 50 % de niños investigados tienen un puntaje entre 1 y 4, mientras que las niñas tienen un puntaje entre 2 y 4.

Al aplicar el estadístico prueba para muestras independientes encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) de ansiedad de tipo cognitivo en cuanto a sexo.

Podemos interpretar que los niños y niñas presentan ansiedad de tipo cognitivo dentro de los márgenes de normalidad.

Figura 10: Diagrama de cajas y bigotes de la casa albergue de los niños y niñas de CIRCA, 2014



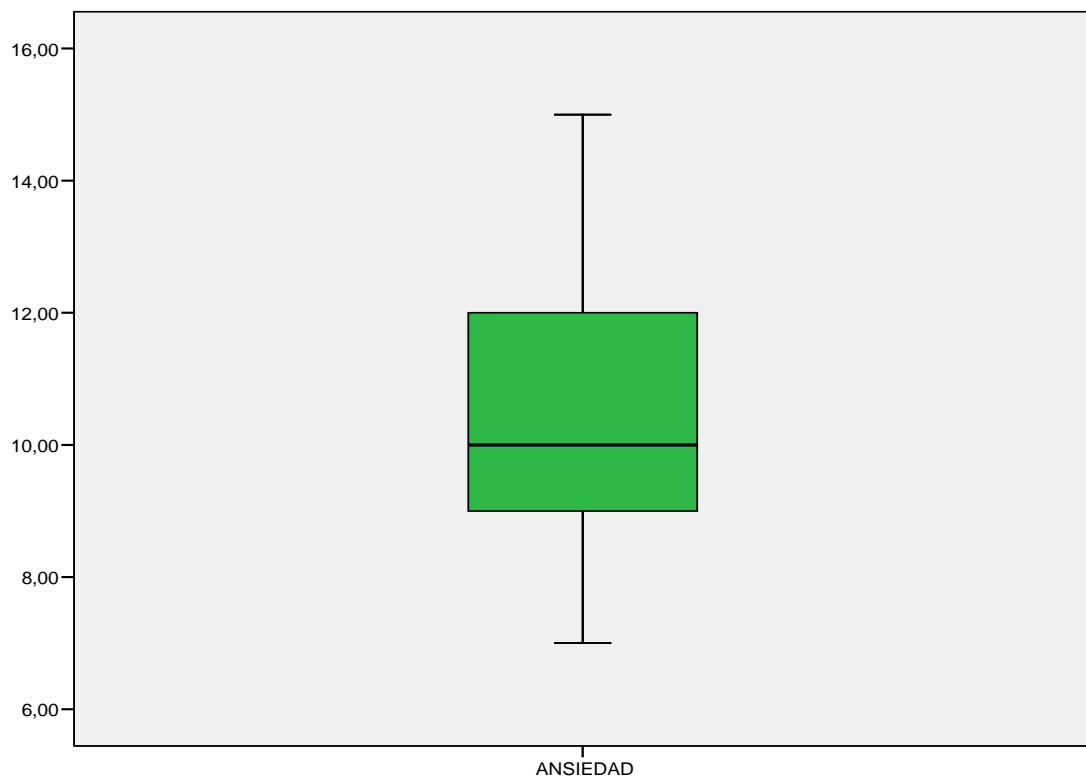
Al analizar el factor cognitivo según el albergue de los niños de CIRCA se encontró que el promedio de puntaje fue de 3.31 con una variación de 1.70 en el albergue Santo Tomás, puntaje de 3 con una variación de 1.20 en el albergue Santa Teresa y un puntaje de 2.3 con una variación de 1.41 en los niños del albergue San José, la mitad de los niños obtuvo un puntaje menor a 3 en el albergue Santo Tomás, un puntaje menor a 3 en el albergue Santa Teresa y un puntaje menor a 2.5 en el albergue San José, asimismo, se encontró que 2 fue el puntaje más frecuente en los niños del albergue Santo Tomás, 3 fue el en el albergue Santa Teresa, mientras que en el albergue San José el puntaje más frecuente fue de 1 en la escala de 0 a 7 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 5 puntos en albergue Santo Tomás, 4 puntos de diferencia en el albergue Santa Teresa y San José,

encontramos también que el 50 % de niños investigados tienen un puntaje entre 2 y 4.5 en los niños del albergue Santo Tomás, un puntaje entre 2 y 4 en las niñas de albergue Santa Teresa y un puntaje entre 1 y 4 en los niños del albergue San José.

Al aplicar el estadístico paramétrico del ANOVA de un factor encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) de ansiedad de tipo cognitivo en los tres albergues.

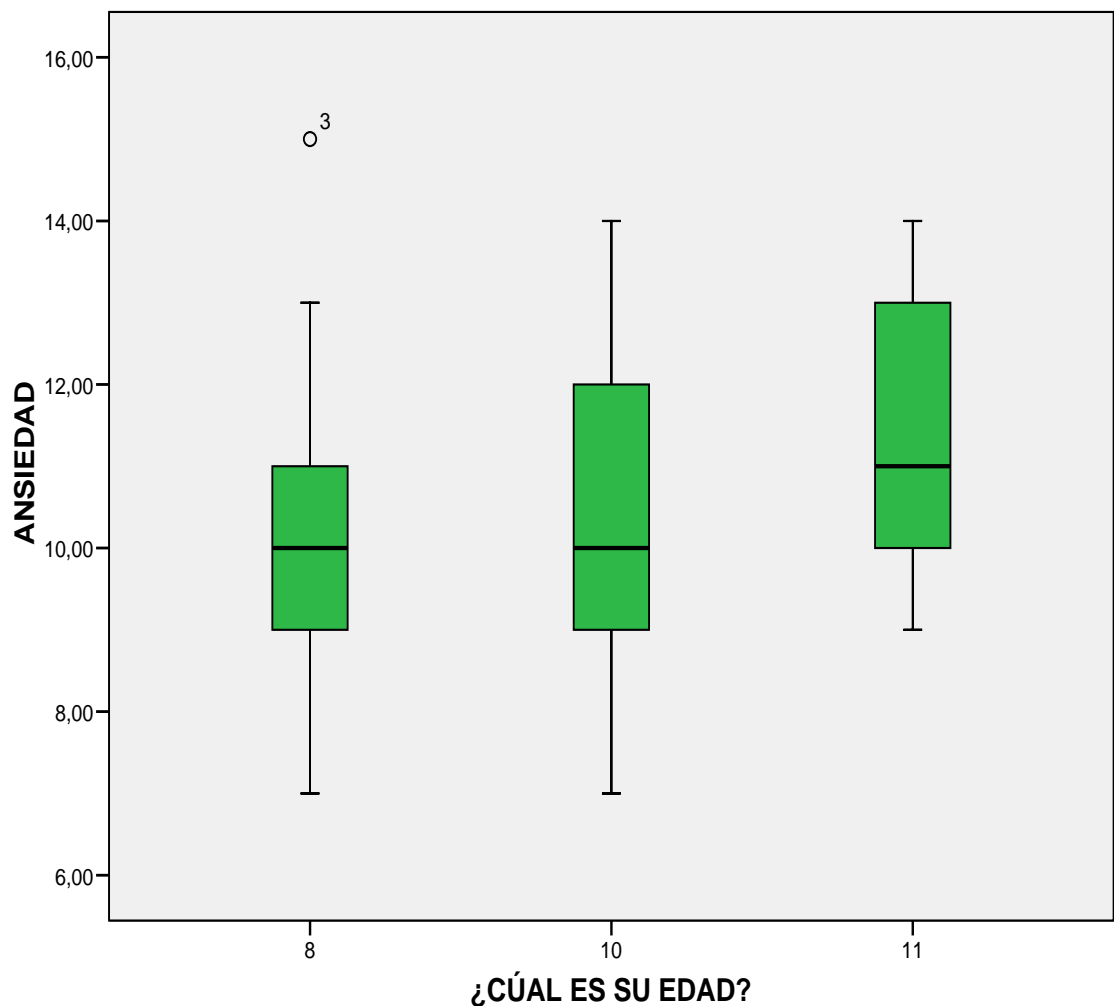
Interpretamos que en el albergue Santo Tomás y Santa Teresa los niños presentan ansiedad de tipo cognitivo en niveles dentro de promedio de la normalidad mientras que en el albergue San José los niños presentan baja ansiedad de tipo cognitivo.

Figura 11: Diagrama de cajas y bigotes de la ansiedad en los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014



Al analizar la variable ansiedad en los niños y niñas del albergue de CIRCA encontramos que el puntaje promedio fue de 10.69 con una variación de 2.02, la mitad de los niños y niñas tiene una puntuación menor a 10, asimismo, se encontró que 10 fue el puntaje más frecuente en la escala de 0 a 20 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 8, encontrando que el 50 % de niños y niñas investigados tienen un puntaje entre 9 a 12. Los niños(as) del albergue presentan un nivel promedio de ansiedad.

Figura 12: Diagrama de cajas y bigotes de la edad de los niños del albergue CIRCA, 2014



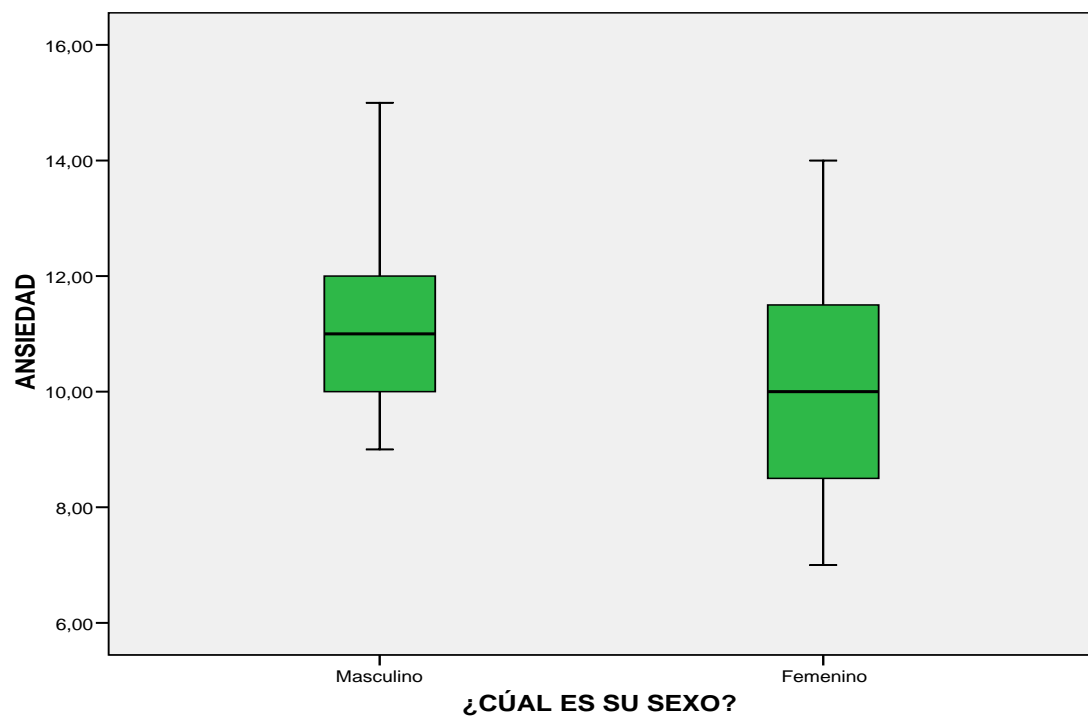
Al analizar la ansiedad según la edad de los niños y niñas se encontró que el promedio de puntaje fue de 10.31 con una variación de 2.18 en los niños y niñas de 8 años, 10.5 con una variación de 2.01 en los niños y niñas de 10 años y 11.45 con una variación de 1.81 en los niños y niñas de 11 años, la mitad de los niños y niñas obtuvo un puntaje menor a 10 en los niños y niñas de 8 y 10 años, y un puntaje menor a 11 en los niños y niñas de 11 años, asimismo, se encontró que 10 fue el puntaje más frecuente en los niños y niñas de 8 años, 9 puntos en la edad de 10 y 10 en los niños y niñas de 11 años en la escala de 0 a 13 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 8 puntos en la edad de 8 años, una diferencia de 5 puntos en la edad de 10 años y 4 puntos en la edad de 11 años, encontrando que el

50 % de niños y niñas investigados tienen un puntaje entre 8.5 y 11.5 en los niños y niñas de 8 años, un puntaje entre 9 y 12 en los niños y niñas de 10 años y un puntaje entre 10 y 14 en los niños y niñas de 11 años.

En cuanto a la variable edad, podemos interpretar según nuestros resultados que los niños y niñas de 8 y 10 años presentan niveles normales de ansiedad mientras que los niños y niñas de 11 años evidencian ansiedad alta.

Al aplicar el estadístico paramétrico del ANOVA de un factor encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) de ansiedad en las tres edades.

Figura 13: Diagrama de cajas y bigotes del sexo de los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014

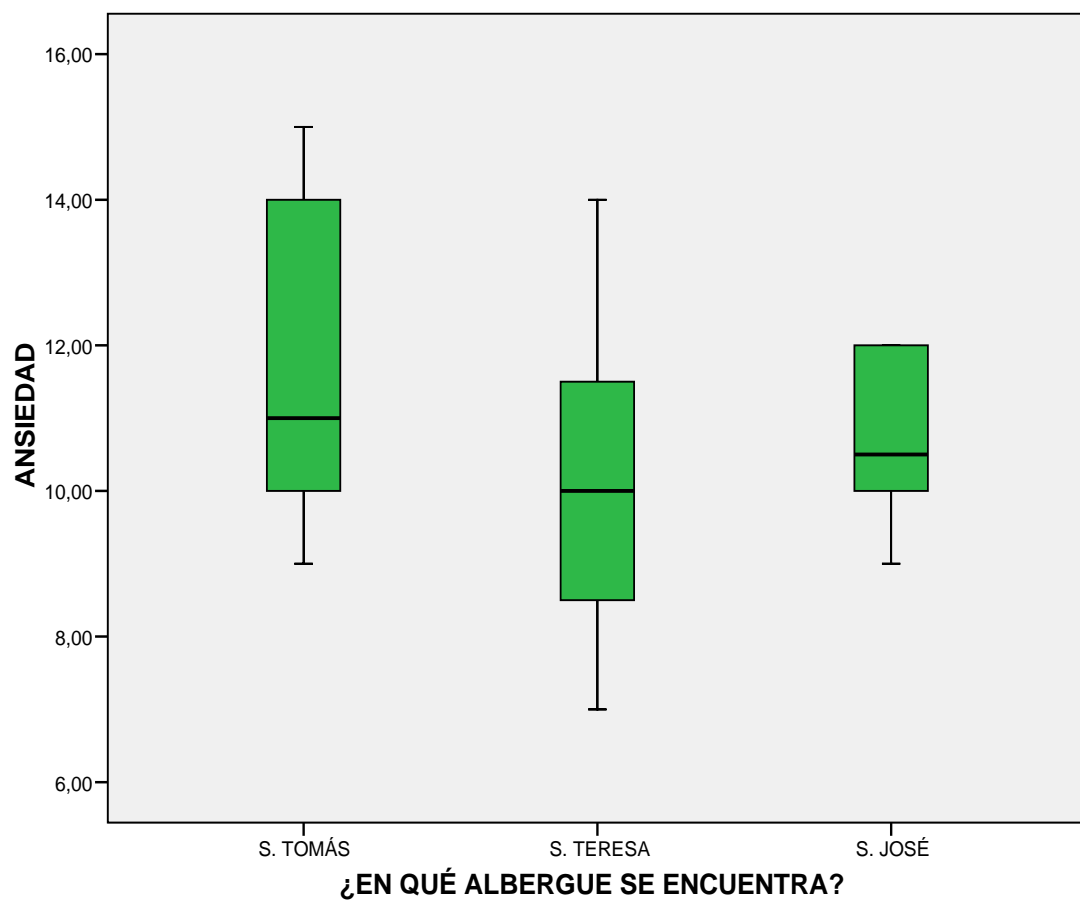


Al analizar la ansiedad según el sexo de los niños se encontró que el promedio de puntaje fue de 11.22 con una variación de 1.76 en los niños de sexo masculino, mientras que el promedio de puntaje fue de 10.05 con una variación de 2.17 en las niñas, la mitad de los niños obtuvo un puntaje menor a 11 y la mitad de las niñas obtuvo un puntaje menor a 10, asimismo, se encontró que 10 fue el puntaje más frecuente en los niños y 9 fue el puntaje más frecuente en las niñas en la escala de 0 a 20 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 5 puntos en los niños y en las niñas una diferencia de 6 puntos, encontrando que el 50 % de niños investigados tienen un puntaje entre 10 y 12, mientras que el 50 % de las niñas tienen un puntaje entre 8 y 12.

Al aplicar el estadístico prueba para muestras independientes encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) de ansiedad en cuanto a sexo.

Podemos interpretar que los niños presentan alta ansiedad mientras que las niñas presentan promedios normales de ansiedad.

Figura 14: Diagrama de cajas y bigotes de la casa albergue de los niños y niñas del albergue CIRCA, 2014



Al analizar la ansiedad según el albergue de los niños de CIRCA se encontró que el promedio de puntaje fue de 11.62 con una variación de 2.10 en el albergue Santo Tomás, 10.05 con una variación de 2.17 en el albergue Santa Teresa y un puntaje de 10.70 con una variación de 1.06 en los niños del albergue San José, la mitad de los niños obtuvo un puntaje menor a 11 en el albergue Santo Tomás, un puntaje menor a 10 en el albergue Santa Teresa y un puntaje menor a 10.5 en el albergue San José, asimismo, se encontró que 10 fue el puntaje más frecuente en los niños del albergue Santo Tomás, 9 fue el puntaje más frecuente en el albergue Santa Teresa, mientras que en el albergue San José el puntaje más frecuente fue de 10 en la escala de 0 a 20 puntos. Entre el máximo y mínimo puntaje hay una diferencia de 6 puntos en el albergue Santo Tomás, 7 en el albergue Santa Teresa y 3 en el albergue

San José, encontramos también que el 50 % de niños investigados tienen un puntaje entre 10 y 14, un puntaje entre 8 y 12 en el albergue Santa Teresa y un puntaje entre 10 y 12 en el albergue San José.

Interpretamos que en el albergue Santo Tomás y en el albergue San José hay niños con alta ansiedad, mientras que en el albergue Santa Teresa hay tendencia a la ansiedad o niveles normales de ansiedad. Sin embargo, al aplicar el estadístico paramétrico del ANOVA de un factor encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$) de ansiedad en los tres albergues.

4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se tiene por conocimiento a través de diferentes investigaciones que los niños sometidos a largos periodos de situaciones altamente ansiógenas pasan de un estado a un rasgo configurativo de personalidad infantil pudiendo en su mayoría ocasionar conductas antisociales y trastornos emocionales. Posibilitar por ello una visión del estado en el contexto en el que se encuentra un niño resulta oportuno, aun cuando resulta más complejo el análisis, la interpretación y la descripción de las respuestas de un niño ante determinadas interrogantes, se ha de observar y tener en cuenta las características y peculiaridades personales para no caer en el error de una desacertada conclusión lo cual podría resultar perjudicial.

Los resultados encontrados con respecto a la ansiedad de dimensión emocional (figura 3) encontramos que 7.76 ± 1.85 ($\bar{x} \pm DE$) y que el 50 % de niños y niñas tienen puntajes entre 6 y 9 en una escala de 0 a 13. Estos resultados no son posibles contrastarse con otras investigaciones debido a falta de estudios en este campo, pero al basarnos en la literatura podemos inferir que estos resultados indican que los niños investigados tienen dificultades de tipo emocional para manejar un estado ansioso. Los niños maltratados o expuestos a algún tipo de situación de conflicto de diferente índole como es el caso de los niños en estudio son vulnerables, frágiles e inestables emocionalmente, también cuando no hubo un apego seguro para confiar en sí mismo, no hay habilidades empáticas, resolución serena, reflexiva y justa de los conflictos personales, no hay capacidad de reconocer los propios sentimientos ni la de los demás, no desarrollan habilidades para auto motivarse, controlar su impulsos, modificar y controlar su estado de ánimo, presentan poca conciencia y capacidad de calmarse a sí mismo y relajarse ayudándose a reducir reacciones impulsivas y controlar el coraje.

En cuanto a los resultados respecto a la ansiedad de dimensión cognitiva (figura 7) encontramos que 2.93 ± 1.45 ($\bar{x} \pm DE$) y que el 50 % de niños y niñas tienen puntajes entre 2 y 4 en una escala de 0 a 7. Estos resultados

no pueden contrastarse con otras investigaciones a falta de ellas en este campo de estudio, sin embargo, podemos indicar según la literatura que los niños no evidencian pensamientos catastróficos, y más bien poseen mecanismos cognitivos que les permiten mediar al estímulo estresante de la ansiedad manejándola de manera adaptable. El aspecto cognitivo que comprende el pensamiento, análisis, síntesis, descripción, comparación, discriminación, identificación se desarrolla a partir de la experiencia intrasubjetiva e intersubjetiva que se adquiere a través del tiempo lo que permite la adaptación con el entorno, de esta adaptación dependerá el éxito para idear, encontrar respuestas y resolver problemas a lo largo de la vida. El pensamiento determina la manera de producir respuestas ante un evento, contar con estas habilidades aportan a la estabilidad emocional, autoestima, aprendizaje, socialización.

Con respecto a la ansiedad y la variable edad (figura 12) encontramos que los niños y niñas de 11 años presentan 11.45 ± 1.81 ($\bar{x} \pm DE$) y que el 50 % de niños y niñas tienen puntajes entre 10 y 14 en una escala de 0 a 20. Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Cordova y Shiroma (2005), quienes manifiestan que en base al incremento de la edad se presupone a maduración del “yo” lo que conlleva a un incremento en la habilidad de juzgar, de este modo el niño de mayor edad tiene una percepción más realista del peligro y consecuentemente experimenta mayor ansiedad.

En cuanto a la ansiedad y la variable sexo (figura 13) encontramos que los niños presentan 11.22 ± 1.76 ($\bar{x} \pm DE$) y que el 50 % de niños tienen puntajes entre 10 y 12 en una escala de 0 a 20. Estos resultados se complementan con la investigación realizada por Martínez y Revilla (2007, p. 106) “los varones presentan ansiedad moderada mientras que las mujeres presentan ansiedad en niveles leves”. Aun cuando el campo de estudio ha sido distinto, son los varones quienes manifiestan más preocupaciones a diferencia de las niñas.

En cuanto a la ansiedad según el albergue (figura 14) encontramos que en los albergues Santo Tomás y San José presentan 11.62 ± 2.10 , 10.70

$\pm 0.69 (\bar{x} \pm DE)$ y que el 50 % de niños tienen puntajes entre 10 y 14, 10 y 12 en una escala de 0 a 20. Estos resultados no los podemos contrastar con otras investigaciones a falta de los mismos en este campo, sin embargo podemos inferir que los niños de estos dos albergues presentan ansiedad mayor a diferencia del albergue Santa Teresa porque los cuidadores son personas voluntarias que se turnan para el cuidado de los niños por lo que el apego vacilaría y los predispondría a la inestabilidad generando ansiedad., mientras que en el albergue de niñas Santa Teresa las cuidadoras son hermanas consagradas que permanecen de manera más estable en dicho establecimiento.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Según los puntajes obtenidos mediante el cuestionario de ansiedad infantil CAS concluimos que los niños y las niñas del albergue CIRCA presentan puntuaciones promedio lo cual significa que presentan un nivel de ansiedad normal, rechazándose de esta manera la hipótesis, que los niños de la institución en estudio pudieran presentar puntuaciones altas.

SEGUNDA: Con respecto al análisis de la ansiedad de tipo emocional encontramos que los niños y las niñas de la institución CIRCA presentan puntuaciones altas en este factor evidenciando un nivel alto de ansiedad.

TERCERA: En cuanto al análisis de ansiedad de tipo cognitivo concluimos que los niños y las niñas de la institución CIRCA presentan puntuaciones promedio, por lo tanto nivel de ansiedad normal y adaptativa.

CUARTA: Mediante el análisis de datos numéricos pudimos encontrar por resultados, según la edad que los niños de 8 y 10 años presentan nivel de ansiedad promedio y los niños de 11 años presentan tendencias a la ansiedad, según el sexo y el albergue concluimos que las niñas del albergue Santa Teresa presentan niveles de ansiedad promedio mientras que los niños del albergue Santo Tomás y San José presentan tendencias a la ansiedad, no existen diferencias significativas según edad, sexo ni albergue en los niños y niñas de la institución CIRCA.

RECOMENDACIONES

1.- Se recomienda realizar otras investigaciones en albergues ya que en esta población se puede explorar diferentes fenómenos, se pueden afianzar mejor los resultados de este trabajo en este campo de estudio y al ser una población en riesgo que brinda a la comunidad la oportunidad de colaborar se puede trabajar activamente por nuestra niñez.

2.- Se sugiere a la institución CIRCA impulsar un departamento psicológico en el cual se asesore y capacite a los cuidadores con talleres, charlas, dinámicas para conocer la importancia de un buen desarrollo emocional y favorecer todo el aspecto psicológico de los niños.

3.- Se sugiere a los cuidadores de la institución CIRCA mayor comunicación, escucha activa con los menores de dichos albergues, ante posibles temores, manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad en cualquiera de sus dos dimensiones, cognitivo o emocional y sobre todo cuando un niño o niña recién se incorporan a la institución.

4.- Se sugiere a la encargada de los albergues de CIRCA que cuente con un personal que trabaje con los niños en actividades grupales como dinámicas, que propicien conductas resilientes, actividades como el yoga y técnicas de relajación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AEPNYA. (2008). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Madrid. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastorno_de_ansiedad_generalizada_0.pdf
- Arcas, G., & Cano, V. (1999). *Proceso cognitivo en el trastorno de ansiedad generalizada, según el proceso de la información*. vol 3 (1), Obtenido de <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psico>
- Basile, H. (s.f.). *Psicopatología del adolescente*. Recuperado el 23 de 9 de 14, de <https://catedraedipica.files.wordpress.com/2010/02/trastonos-de-ansiedad-en-ninos-y-adolescentes.pdf>
- Caballo , V., Gonzales, S., Alonso, V., Guillen, J., Garrido, L., & Irurtia, M. (2005). Los miedos infantiles: un análisis por edad y sexo. *Humanitas* vol. 3 Obtenido de <http://reme.uji.es/articulos/amxndf>
- Calvo, C. (s.f.). *Psicopatología*. Capítulo 4. Recuperado el 1 de 12 de 14, de <http://core.psykia.com/sites/default/files/maps/pdf/11PT1-T4.pdf>
- Carámbula, P. (2010). La ansiedad en números. Recuperado el 13 de 10 de 2014, de *SANAR*: www.sanar.org/salud-mental/estadisticas-ansiedad
- Cie10. (1992). *Clasificación de trastornos mentales mentales y del comportamiento. Descripción clínica y guía diagnóstica*. Madrid. España: medica Panamericana.
- CIRCA. (2009). Federación de Círculos Sociales Católicos de Arequipa. Obtenido: <http://www.monografias.com/trabajospdf4/Federaci%C3%B3n%20de%20C%C3%ADrculos%20Sociales%20%20Cat%C3%B3licos%20de%20Arequipa%20CIRCA/Federaci%C3%B3n%20de%20C%C3%ADrculos%20Sociales>
- Cordova, M., & Shiroma, R. (2005). *Cuestionario de ansiedad infantil*. Obtenido de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/ansiedad.pdf>
- Drever, J. (s.f.). *Diccionario de psicología*. Editorial Escuela.
- DSM - IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Editorial MASSON, S. A.
- DSM - V. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5° edición. Editorial Médica Panamericana.

- Esparza, N., & Rodríguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas: perspectivas en psicología* vol. 5 (1). Obtenid: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S17-94-99982009000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Fernández, M. (2009). Trastornos en niños y adolescentes: particularidades en su presentación clínica. *PSIMONART* vol 2 (1) Obtenido de http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen2-1/08_Psimonart_03_trastornos_de_ansiedad.pdf
- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños. *Cielo* vol. 77 (1). Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-124920-06000100008&script=sci_arttext
- Gómez, M., & Guillen, M. (2009). *Niveles de ansiedad en niños hospitalizados de Arequipa*. (Tesis) Universidad Nacional de San Agustín.
- Guillamón, N. (s.f.). *Clínica de la ansiedad*. España: Editorial Días de santos. Obtenido de <http://clinicadeansiedad.com/problemas/introduccion/ansiedad-educacion-y-aprendizaje/>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. Canadá: Editorial MCGRAW-HILL.
- Martínez, V., & Revilla, K. (2007). *Autoestima y ansiedad en niños de 8 a 11 años del tercer grado de primaria*. (Tesis) Universidad Nacional San Agustín.
- Méndez, X., Órgiles, M., Rosa, A., & Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo - conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación. *Anales de psicología*, vol. 19 (2). Obtenido de <http://www.um.es/analesps/z19/v19-2/03-19-2.pdf>
- Muñoz, C. (2009). Desarrollo general en niños y niñas. *Revista digital Educativas* vol.14. Obtenido de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/CARMEN_MUNOZ_1.pdf
- New York Presbyterian Hospital. (2005). *Ansiedad: la elección de vivir con menos preocupaciones*. Obtenido de http://www.cornellcares.org/pdf/handouts/anxiety_sp.pdf
- Ochango, G., & Peris, S. (2012). La ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría integral* vol.16. Obtenido de <http://www.pediatriaintegral.es/-numeros-anteriores/publicacion-2012-11/actualizacion-de-la-ansiedad-en-la-edad-pediatica/>

- Orgilés, M., Espada, J., & Mendéz, X. (2008). Trastorno de ansiedad en hijos de padres divorciados. *Psicothema* vol. 20 (3), pp.383-388. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed>
- Pardo, D. (2009). *Investigacion sobre el desarrollo afectivo de 13 niños y niñas abandonados entre 2 y 4 años de edad de un orfanato privado de Quito*. (Tesis) Universidad Tecnológica Equinoccial. Obtenido de <http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/10228/1/37967-pdf>
- Peña, Y., & Vargas, A. (2011). *Relación entre la practica de valores y la violencia escolar*.(Tesis). Universidad Alas Peruanas- filial Arequipa.
- Perú 21. (2011). *Dos de cada diez niños sufren ansiedad*. Recuperado el 11 de 11 del 2014 de <http://peru21.pe/noticia/1332031/dos-de-cada-diez-ninos-sufren-ansiedad>
- Robles, Z. (2012). Niños institucionalizados. Recuperado el 04 de 02 del 2016 de <http://pederinstitucionalizacion.blogspot.pe/>
- Ruiz, A., & Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. Curso de actualización de pediatría 2005, p. 265 - 280. Madrid: editorial Exlibris. Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Ruiz, J., & Cano, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Úbeda Jaén: Editorial R & C. Obtenido de <http://tuvnata.files.wordpress.com/2015/06/manual-de-psicoterapia-cognitiva.pdf>
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). *Angustia, ansiedad y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- Tanya, G., & Vigil, H. (2008). *Relación entre percepcion del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad en púberes*. (Tesis) Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Tasayco, H. (2011). *Nivel de ansiedad en relación a la aplicación de musicoterapia en niños de 6 a 8 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Norbert Wiener, Lima - Perú, 2010*. (Tesis) Universidad Norbert Wiener.
- Vacchelli, G. (2004). Perfil psicosocial del niño y el adolescente en estado de abandono en el Perú. Obtenido de <http://www.monografias-com/trabajos59/perfil-psicosocial-ninos-y-adolescentes-abandonados-peru/perfil-psi-cosocial-ninos-abandonados-peru2>.

ANEXOS

ANEXO 1
CUESTIONARIO DE ANSIEDAD INFANTIL – CAS
 Hoja de Respuesta

Nombres y apellidos..... Edad años meses.....
 Sexo..... Fecha..... Examinador.....

EMPIEZA AQUÍ

1



2



3



4



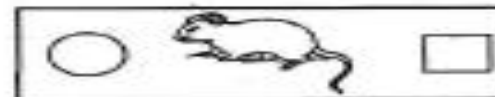
5



6



7



8



9



10



11



12



13



14



15



16



17



18



19



20



Puntuación directa
Puntuación con/it



ANEXO2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Niveles de ansiedad en niños entre 8 a 11 años de edad de los albergues de Circa- 2014.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	TIPO Y DISEÑO	MUESTRA	INSTRUMENTO
<p><u>Problema general</u></p> <p>¿Cuáles son los puntajes de ansiedad en niños y niñas de 8 a 11 años de edad de los albergues de CIRCA?</p>	<p><u>Objetivo general</u></p> <p>Precisar los puntajes de ansiedad en niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA.</p>	<p><u>Hipótesis general</u></p> <p>Es probable que los niños y niñas de 8 a 11 años de edad, que son asistidos en los albergues de CIRCA, presenten puntajes altos de ansiedad.</p>	<p>VARIABLE x</p> <p>Ansiedad</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none">-Excitabilidad-Cambio de actitudes-Evocación de responsabilidades-Retraimiento	<p>Descriptivo</p> <p>n: ox</p>	<p>Niños y niñas de 8 a 11 años de edad de los albergues de CIRCA</p>	<p>Cuestionario de ansiedad infantil CAS 2003</p>

<p><u>Problemas específicos</u></p> <p>¿Presentan ansiedad de tipo emocional los niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA?</p> <p>¿Presentan ansiedad de tipo cognitivo los niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA?</p> <p>¿Existen diferencias de</p>	<p><u>Objetivos específicos</u></p> <p>Analizar la ansiedad de tipo emocional en los niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA.</p> <p>Analizar la ansiedad de tipo cognitivo en los niños(as) de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA.</p> <p>Analizar las diferencias de</p>		<p>-Timidez</p> <p>-Sentimiento de dependencia</p>			
---	---	--	--	--	--	--

ansiedad según edad, sexo, albergue en los niños y niñas de CIRCA?	ansiedad según edad, sexo y albergue en los niños y niñas de 8 a 11 años de los albergues de CIRCA.					
--	---	--	--	--	--	--

ANEXO 3

MATRIZ DE INSTRUMENTO

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO	ÍTEMS	VALORACIÓN	ESCALA
Variable X ANSIEDAD	Factor emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Excitabilidad - Cambio de actitudes - Evocación de responsabilidades 	Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS	1-7-18-4-9-2-12-3-13-19-5-6-14	Determinado por el número de correspondencias de la plantilla con las X marcadas en la hoja de respuesta.	Ordinal
	Factor cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Retraimiento - Timidez - Sentimiento de dependencia 		8-16-10-11-15-20-17		

FACTOR EMOCIONAL	Se han asumido varianzas iguales	.009	.925	2.391	40	.022	1.29519	.54178	.20021	2.39018
	No se han asumido varianzas iguales			2.383	38.015	.022	1.29519	.54351	.19493	2.39545

ANOVA DE UN FACTOR

FACTOR EMOCIONAL SEGUN ALBERGUE

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	17.502	2	8.751	2.795	.073
Intra-grupos	122.117	39	3.131		
Total	139.619	41			

ANOVA DE UN FACTOR

FACTOR COGNITIVO SEGÚN EDAD

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	5.717	2	2.858	1.375	.265
Intra-grupos	81.069	39	2.079		
Total	86.786	41			

PRUEBA T DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES

COGNITIVO SEGÚN SEXO

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
FACTOR COGNITIVO	Se han asumido varianzas iguales	3.754	.060	-0.286	40	.776	-0.13043	.45618	-1.05241	.79154
	No se han asumido varianzas iguales			-0.295	39.393	.770	-0.13043	.44250	-1.02518	.76431

ANOVA DE UN FACTOR

FACTOR COGNITIVO SEGÚN ALBERGUE

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	5.916	2	2.958	1.427	.252
Intra-grupos	80.869	39	2.074		
Total	86.786	41			

ANOVA DE UN FACTOR

ANSIEDAD SEGÚN EDAD

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	8.980	2	4.490	1.108	.340
Intra-grupos	157.997	39	4.051		
Total	166.976	41			

PRUEBA T DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES

ANSIEDAD SEGÚN SEXO

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	.970	.331	1.922	40	.062	1.16476	.60604	-.06009	2.38961
	No se han asumido varianzas iguales			1.883	34.473	.068	1.16476	.61855	-.09164	2.42116

ANOVA DE UN FACTOR

ANSIEDAD SEGÚN ALBERGUE

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	18.852	2	9.426	2.482	.097
Intra-grupos	148.124	39	3.798		
Total	166.976	41			