



SECCION ARTICULO ORIGINALES
REVISTA CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Año 6 Vol 1 No. 7 (Pags. 43 - 58)

ANSIEDAD EN POBLACIÓN ESCOLARIZADA ENTRE 8 Y 14 AÑOS DE EDAD DEL MUNICIPIO DE PASTO

Camilo Alejandro Escobar Naranjo¹ Sandra Lucía Paz Saavedra²
Nubia Rocío Sánchez-Martínez³

Fecha recepción agosto 4-2006

Enviado a evaluar septiembre 4-2006

Aceptado octubre 2-2006

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para determinar las características de la ansiedad manifiesta en población escolarizada entre 8 y 14 años de edad en el municipio de Pasto. Se recurrió al Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisado (CMAS-R) validado y estandarizado para la población de estudio. Se recurrió a una muestra representativa que estuvo conformada por 383 niños; se hizo un muestreo probabilístico estratificado según edad, género, comuna y sector (rural/urbano). Se encontraron como factores de riesgo para ansiedad: el género para niños de 8 y 9 años de edad y ser mujer en edades entre 10 y 14 años; la zona rural, el estrato socioeconómico bajo, nivel de escolaridad inferior al esperado en la edad del niño, vivir con sólo un padre, tener cuatro o más hermanos, ser el mayor de los hermanos para 8 y 9 años de edad o el menor en edades entre 10 a 14 años.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, Niños, Preadolescentes, CMAS, Factores de Riesgo, Escolaridad

ABSTRAC

A descriptive study was made to determine the characteristics of the manifest anxiety in schooling population between 8 and 14 years of age in the municipality of Pasto. One resorted to the Questionnaire of Manifest review Anxiety in children (CMAS-R) validated and standardized for

¹ Psicólogo Comisaria de Familia-Samaniego, milo83@telecom.com.co

² Psicóloga, Universidad de Nariño, sandralpaz@yahoo.es

³ Psicóloga Especialista Psicometría, Docente Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, sanchez.nubia@gmail.com

the study population. One resorted to a representative sample that was made by 383 children; one became a stratified probability sampling according to age, sort, commune and sector (rural/urban). They were like factors of risk for anxiety: the sort for children of 8 and 9 years of age and being woman in ages between 10 and 14 years; the countryside socioeconomic low, level of inferior schooling to the hoped one in the age of the boy, to live just by a father, to have four or more brothers, to be greater of the brothers for the 8 and 9 years of age or minor in ages between 10 to 14 years.

KEY WORDS: Anxiety, Children, Prepubertal children, CMAS, Factors of risk, Schooling

INTRODUCCIÓN

Durante la última década, se ha puesto cada vez más de manifiesto que la psicopatología infantil representa una preocupación social importante y de frecuente ocurrencia ⁽¹⁾. La evidencia recientemente compilada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que para el año 2020, los trastornos neuropsiquiátricos en niños serán proporcionales al 50% de la población infantil y serán una de las cinco causas más comunes de morbilidad, mortalidad e incapacidad en los niños y se resaltan como los de mayor frecuencia, los trastornos emocionales ⁽²⁾.

Según el NIMH ⁽³⁾, la ansiedad es considerada como la manifestación psicopatológica más común, presente en más del 13% de niños y adolescentes de la población general; Stavrakaki y cols. ⁽⁴⁾ encontraron que en Canadá el 25% de niños la padecían y, por otra parte, Kazan y cols. ⁽⁵⁾ informó que el 21% de la población entre 8 y 17 años de edad habían reportado síntomas consistentes con ansiedad.

El NIMH ⁽⁶⁾ encontró evidencia de que la aparición temprana de ansiedad es recurrente e incrementa la probabilidad de desarrollar incapacidad severa durante la vida adulta; además, aunque la naturaleza y gravedad de este problema pueda cambiar, puede tener un impacto negativo duradero sobre la adaptación familiar, laboral y social posterior del

niño. Según Ayuso ⁽⁷⁾, cuanto más temprana sea la edad de inicio de este trastorno, mayor será el nivel de alteración emocional, abuso de alcohol e intentos de suicidio.

Los cambios y condiciones sociales pueden hacer que los niños padezcan un riesgo cada vez mayor para el desarrollo de psicopatologías como la ansiedad ⁽⁸⁾. Estos cambios y condiciones sociales incluyen el bajo nivel socioeconómico, separación de los padres, el madresolterismo, la falta de hogar, problemas de adaptación en la familia, experiencias adversas en la infancia, pautas de crianza o estilo educativo y las condiciones asociadas a la utilización de sustancias psicoactivas en el desarrollo de niños y adolescentes. ⁽⁹⁾

Las consecuencias a largo plazo de la presencia de ansiedad en población infantil, son enormes tanto en términos de sufrimiento humano como del impacto económico que generan, ya que las exigencias de recursos de la comunidad se hacen cada vez mayores, la pérdida en productividad se incrementa y la necesidad de intervenciones continuas y a largo plazo se hacen cada vez más evidentes y costosas. ⁽¹⁰⁾

En Colombia, buena parte de la población se encuentra en riesgo de ver comprometida su salud mental; la

probabilidad de sufrir algún tipo de alteración psicológica, se ve multiplicada exponencialmente en el caso de la población infantil.⁽¹¹⁾

En Pasto, en las zonas rurales y urbanas del municipio, de las personas atendidas en la práctica profesional de psicología de la Universidad de Nariño durante el período comprendido entre junio de 2003 y abril de 2004, el 29.18% corresponden a beneficiarios entre 6 y 15 años de edad, representando el porcentaje más alto entre los diferentes grupos de edad.⁽¹²⁾ por lo cual se planteó la necesidad de hacer un estudio para analizar los factores de riesgo para la ansiedad en niños entre 8 y 14 años de edad del municipio de Pasto.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA)⁽¹³⁾ define la ansiedad como la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión, siendo el foco del peligro anticipado interno o externo. Por su parte, para diversos autores, la ansiedad es ante todo una respuesta adaptativa que tiene como fin la preparación del organismo para satisfacer las demandas del medio. La ansiedad inmediata o a corto plazo es denominada la respuesta de lucha-huida ya que todos sus efectos están dirigidos a combatir el peligro o escapar del mismo.^(14, 15, 16, 17, 18)

Para Beck y Emery⁽¹⁹⁾ el propósito de la ansiedad es proteger al organismo preparándolo para la acción inmediata ya que funciona como una señal de alarma ante la presencia de estímulos potencialmente nocivos para la homeostasis del individuo, quien hace una evaluación subjetiva de la situación estímulo y actúa de acuerdo a los recursos que considere tener. Sin esta activación de alarma no sería posible asumir de manera exitosa los cambios de conducta necesarios para enfrentar la situación estímulo y recuperar el equilibrio. Vista de esta manera, la ansiedad en el niño es un componente de la progresión de desarrollo normal de la dependencia

a la autonomía a través de la exposición repetida a las nuevas e inexperimentadas situaciones, gracias a las cuales, se vuelven "experimentados" en el ciclo de excitación ansiosa.⁽²⁰⁾ En conclusión, el mecanismo de la ansiedad funciona de forma ajustada cuando se produce una adecuación entre estímulos y respuesta mejorando así el rendimiento y la adaptación al medio social o académico.^(21, 22, 23, 24)

Sin embargo, en algunas ocasiones, la ansiedad se convierte en un problema de salud al impedir el bienestar e interferir notablemente en las actividades sociales o intelectuales, y al ser vivida como una experiencia desagradable o una emoción negativa cuando alcanza intensidad elevada reflejada en fuertes cambios somáticos, cognitivos y conductuales.⁽²⁵⁾ La ansiedad patológica a nivel general, puede distinguirse de la normal, en primer lugar, cuando la respuesta se desencadena ante estímulos o situaciones objetivamente irrelevantes, y en segundo lugar, si se produce una persistencia en el tiempo de la respuesta de manera innecesaria y una elevada intensidad y duración de los síntomas y en el niño, cuando además de lo anterior, los síntomas persisten más allá de la etapa en la cual se consideran parte del desarrollo evolutivo.^(26, 27, 28, 29)

La ansiedad no es un fenómeno unitario, se manifiesta de manera similar a otras emociones, conjugando tres sistemas de respuesta o dimensiones.⁽³⁰⁾

Según Cano⁽³¹⁾, los síntomas subjetivo-cognitivos son preocupación, dificultad para decidir, miedo o aprensión, pensamientos negativos sobre autoeficacia y con la actuación ante el grupo, temor a la pérdida del control y dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse. Estas manifestaciones tienen que ver con la experiencia interna del niño, e incluyen un espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad, y tienen la función de percibir y evaluar los estímulos y/o las manifestaciones ansiosas para su valoración y consecuente búsqueda de respuesta.

La ansiedad se acompaña de síntomas fisiológicos que corresponden a cambios y activación fisiológica y que pueden afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas, desde el sistema cardiovascular al respiratorio, digestivo, piel, endocrino y neurovegetativo; además, pueden experimentarse tanto a nivel externo: sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial, entre otros; internos: aceleración de frecuencia cardíaca y respiratoria, disminución del flujo sanguíneo periférico, de la salivación, molestias gástricas; y parcialmente voluntarios: palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros.^(32, 33)

Los síntomas motores o conductuales incluyen los cambios observables de conducta como: a) la expresión facial, intranquilidad motora o movimientos repetitivos, dificultad para hablar e inhibición motriz; y, b) las respuestas de evitación y escape de la situación generadora de ansiedad.^(34, 35, 36)

Estos tres tipos de alteraciones se perciben simultáneamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad; además, mantienen un carácter invariable entre trastornos ya que no se diferencian entre sí por las manifestaciones o respuestas de ansiedad, sino por las áreas situacionales en las que los sujetos experimentan los síntomas.^(37, 38)

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo utilizando el Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisado (CMAS-R) validado y estandarizado para la población de estudio. Para determinar el tamaño de muestra se tuvo en cuenta los datos poblacionales disponibles en las proyecciones realizadas por la Dirección Municipal de Seguridad Social en Salud de Pasto. Se recurrió al programa Sample Size Calculator, basado en la fórmula de muestreo para poblaciones finitas, con un margen

de error del 5% y confianza del 95%. La muestra representativa de la población escolarizada entre 8 y 14 años en Pasto estuvo conformada por 383 niños y preadolescentes (N=63.158). El muestreo fue de tipo aleatorio estratificado por variables género, zona (rural y urbana) y grupos de edad. La muestra urbana, además, se estratificó teniendo en cuenta el estrato. La muestra fue seleccionada en las escuelas y colegios de las 12 comunas existentes en la ciudad y los corregimientos rurales que forman parte del municipio de Pasto.

La ansiedad se operacionalizó en cuatro variables de acuerdo con el concepto de psicopatología de Garber,⁽³⁹⁾ según el cual, el comportamiento desviado se evidencia a través de cuatro aspectos: a) intensidad de comportamiento, b) frecuencia, c) duración, y, d) número y configuración de síntomas. Para esta investigación se recurrió a tres de estas características; se omitió la duración por falta de información en la prueba. Se toma una variable adicional: nivel general de ansiedad.

Se definió **Frecuencia**, como el número de síntomas de ansiedad; **Diversidad de síntomas** es el número de síntomas de ansiedad subjetivo-cognitivos, fisiológicos, motores; **Configuración de síntomas**: es el tipo de manifestación predominante; **Intensidad de los síntomas**: Intensidad de las manifestaciones (criterio estadístico) y **Nivel general de ansiedad**: Puntaje total que arroja la prueba

Para la recolección de información se utilizó el Cuestionario (CMAS-R) el cual es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad; brinda cuatro puntuaciones de subescalas, además de la puntuación de Ansiedad total: a) Ansiedad fisiológica, b) Inquietud / hipersensibilidad, c) Preocupaciones sociales/concentración, y d) Mentira.⁽⁴⁰⁾

En la población de estudio, el CMAS-R tuvo las siguientes características psicométricas: a) Confiabilidad: consistencia interna 0.87 (alfa de Cronbach) y confiabilidad por mitades 0.75 (correlación producto-momento), niveles adecuados para pruebas de ejecución típica; los niveles de confiabilidad interna para las tres subescalas son: Ansiedad Fisiológica 0.70, Inquietud/Hipersensibilidad 0.75 y Preocupaciones Sociales 0.71. b) Validez: de contenido: ítems con acuerdo interjueces sobre pertinencia y correlación ítem-prueba corregida mayor a 0.3; validez de criterio: diferencias significativas entre grupos de personas que mostraron síntomas evidentes de ansiedad clínica y personas que no mostraron síntomas evidentes de ansiedad; en ambos grupos se observó cerca del 50% de los puntajes sobre dos desviaciones estándar en los extremos correspondientes y en todos los casos puntajes sobre una desviación estándar. c) Estandarización: baremos discriminados por tres variables Edad, Género y Zona. En los resultados se incluyeron solamente aquellos estadísticamente significantes, es decir, valores cercanos a 1 en consistencia interna, y diferentes a 0 en correlación ítem-prueba corregida.

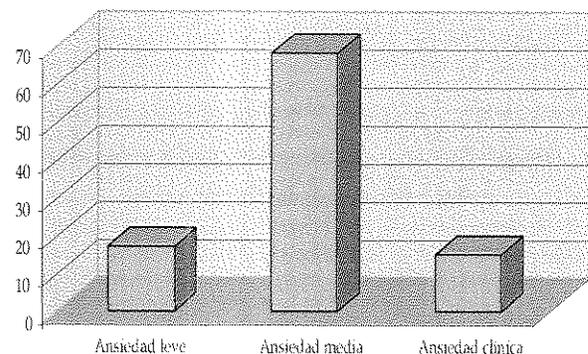
Se recurrió a estadística descriptiva e inferencial para procesos de validación de prueba y descripción de poblaciones. Para estimaciones de validez de la prueba, se recurrió al índice de correlación producto-momento de Pearson; para indicadores de confiabilidad se recurrió a índices de consistencia interna (confiabilidad por mitades y coeficiente alfa de Cronbach) y para el análisis de datos de ansiedad se emplearon las puntuaciones T, determinando tres niveles de ansiedad en aquellas variables en las cuales se estimó relevante para su estudio: a) nivel bajo o ansiedad normal corresponde a puntuaciones T menores de una desviación estándar ($T < -1d.s.$ ó $T < 40$); según las respuestas y los ítems de la escala CMAS, este nivel se ajusta a la definición de ansiedad como una respuesta adaptativa que no representa un problema de salud para el individuo; b) nivel

medio o ansiedad leve corresponde a puntuaciones T alrededor de la media ($-1d.s. < T < 1d.s.$ ó $40 < T < 60$); según los ítems de la escala, las personas estarían en riesgo de presentar formas de ansiedad clínica en el futuro y la recomendación es continuar con evaluación más exhaustiva de la persona; y, c) nivel alto o ansiedad clínica corresponde a puntuaciones T mayores a una desviación estándar ($T > 1d.s.$ ó $T > 60$) y que se ajustan a la definición de ansiedad como un trastorno psicopatológico.

RESULTADOS

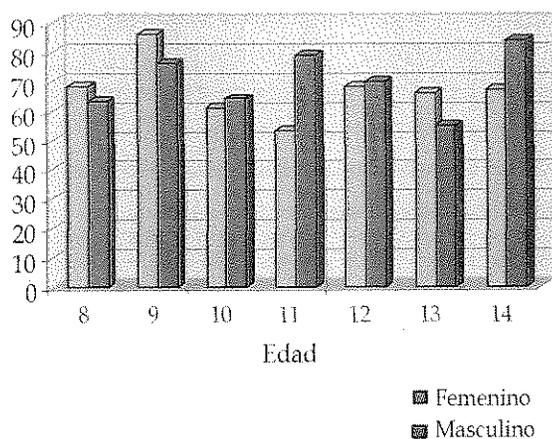
El Gráfico 1 muestra como el 68% de los niños presentan ansiedad leve, el 17% tienen puntuaciones de nivel bajo o ansiedad normal y el 15% se encuentran dentro del nivel alto o ansiedad clínica.

GRÁFICO 1. Prevalencia de ansiedad en la población escolarizada entre 8 y 14 años de edad del Municipio de Pasto - 2006



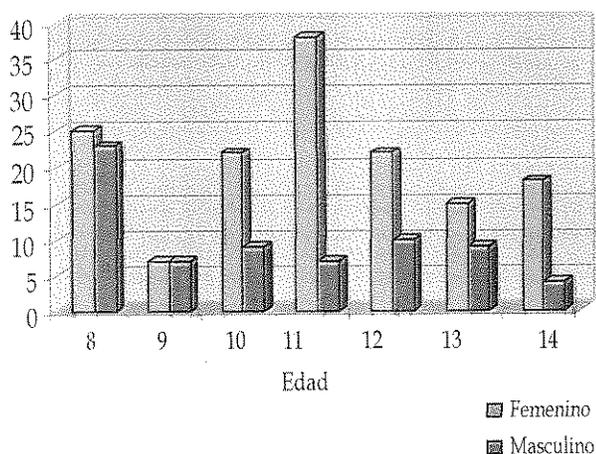
En el Gráfico 2 se presenta la prevalencia de ansiedad leve según edad y género. La mayor frecuencia de este tipo de ansiedad se encuentra en las niñas de 9 años y en los niños de 14 con el 86% y el 84% respectivamente, y la menor frecuencia en las niñas de 11 y en los niños de 13 años con el 53% y el 59% respectivamente.

GRÁFICO 2. Ansiedad leve por edad y género en población escolarizada entre 8 y 14 años del Municipio de Pasto - 2006



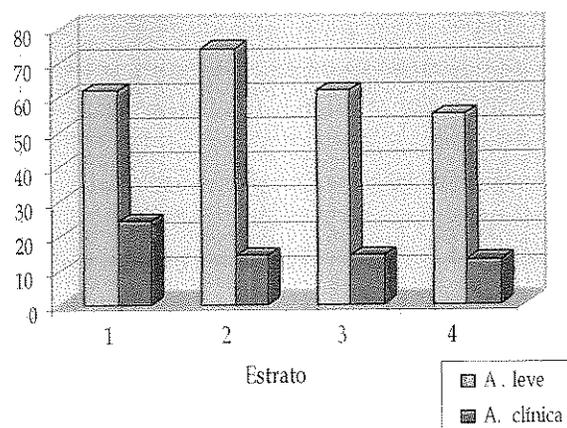
En el Gráfico 3 se encuentra la prevalencia de ansiedad clínica según edad y género. Existe diferencia en las niñas de 11 años de edad en donde se encuentra el nivel más alto de ansiedad clínica con un 38%; en seguida se encuentran las niñas de 8 años con una frecuencia de un 25% y los niños de 8 años con el 23%; la menor frecuencia se presenta en los niños de 14 años con el 4% y en los niños y niñas de 9 años con el 7% para ambos.

GRÁFICO 3. Ansiedad clínica por edad y género en población escolarizada entre 8 y 14 años del Municipio de Pasto - 2006



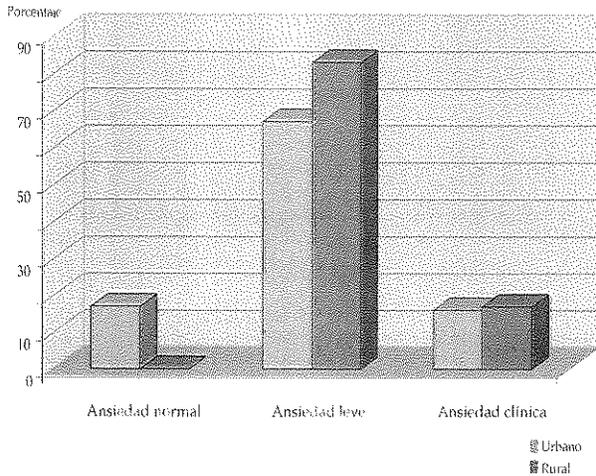
Respecto al análisis realizado según el estrato socioeconómico, se observa que la ansiedad leve se presenta con mayor frecuencia en el estrato 2 con un 74%, seguido por los estratos 1 y 3 con el 62% para ambos y finalmente el 55% para el estrato 4. La mayor frecuencia de ansiedad clínica se presenta en el estrato 1 con el 24 % existiendo una diferencia significativa con los otros estratos. Esto implica mayor vulnerabilidad de la población infantil del estrato 1 para presentar trastorno de ansiedad. (Gráfico 4)

GRÁFICO 4. Ansiedad leve y clínica por estrato en la población escolarizada de 8 a 14 años del Municipio de Pasto - 2006



Con respecto al lugar de procedencia de los niños, existe diferencia significativa en los tres niveles de ansiedad. El nivel bajo o ansiedad normal se encuentra ausente en los niños de 8 a 14 años que viven en zona rural del Municipio, mientras que para quienes viven en el perímetro urbano se presenta con una frecuencia del 17%. El porcentaje más alto de ansiedad leve y clínica se presenta en la población rural con el 83% y el 17% respectivamente. (Gráfico 5)

GRÁFICO 5. Ansiedad leve y clínica por zona en población escolarizada entre 8 y 14 años del Municipio de Pasto - 2006



Para el análisis de ansiedad según escolaridad, se realizó una división en la que se encuentra el grado en el que se espera debe estar el sujeto a finales del año lectivo de acuerdo con su edad; debido a que la presentación de ansiedad leve y clínica varía de acuerdo con la edad y el grado escolar en el que se encuentra el niño.

TABLA 1. Grado de escolaridad esperado para cada edad en análisis

Edad	Grado
8	Tercero de básica primaria
9	Cuarto de básica primaria
10	Quinto de básica primaria
11	Sexto de básica secundaria
12	Séptimo de básica secundaria
13	Octavo de básica secundaria
14	Noveno de básica secundaria

Se encontró que para la edad de 8 años, la probabilidad de presentar ansiedad clínica se incrementa a medida que el niño se encuentre en

grados superiores al esperado; para las edades de 9, 10, 11 y 12 años dicha probabilidad aumenta en la medida en que el niño se encuentre en grados inferiores del que se espera para su edad y para los niños de 13 y 14 años existe mayor frecuencia de ansiedad clínica en los niños que se encuentran en el grado que se espera. (Gráficos 6 a 12)

GRÁFICO 6. Ansiedad leve y clínica por escolaridad en niños de 8 años del Municipio de Pasto - 2006

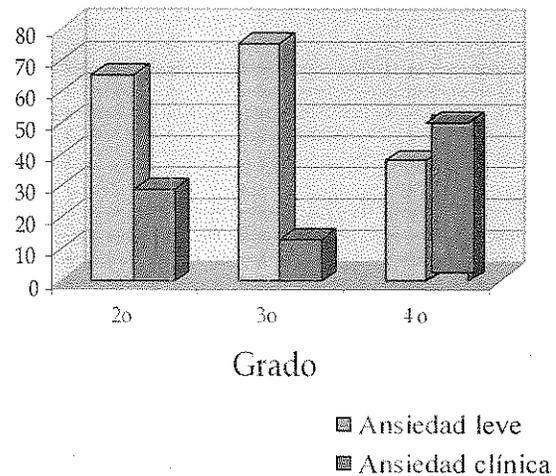


Gráfico 7. Ansiedad leve y clínica por escolaridad en niños de 9 años del Municipio de Pasto - 2006

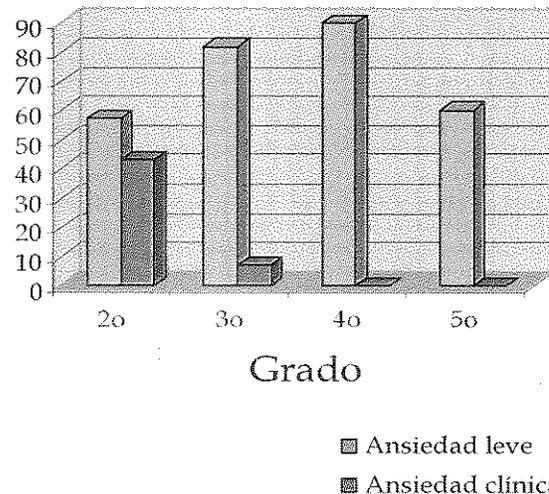


GRÁFICO 8. Ansiedad leve y clínica por escolaridad en niños de 10 años del Municipio de Pasto - 2006

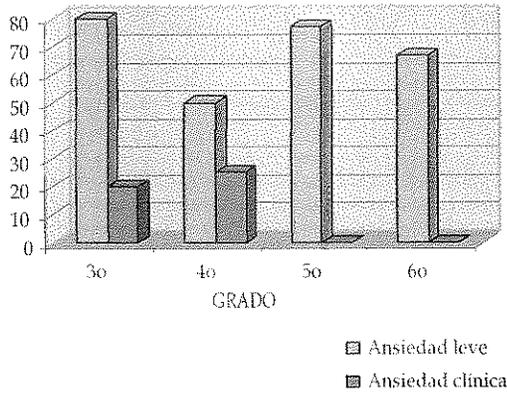


GRÁFICO 11. Ansiedad leve y clínica por escolaridad en niños de 13 años del Municipio de Pasto - 2006

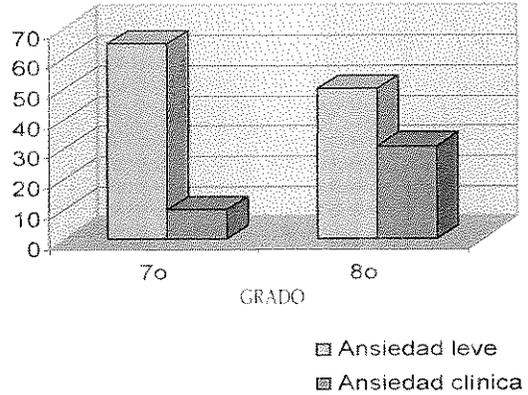


GRÁFICO 9. Ansiedad leve y clínica por escolaridad en niños de 11 años del Municipio de Pasto - 2006

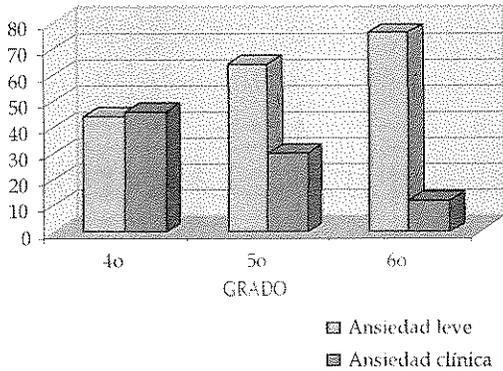


GRÁFICO 12. Ansiedad leve y clínica por escolaridad en niños de 14 años del Municipio de Pasto - 2006

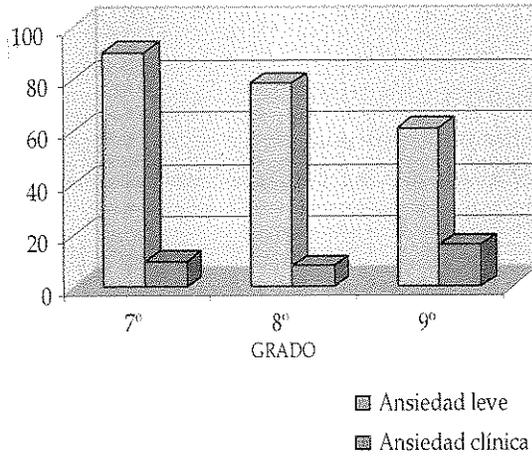
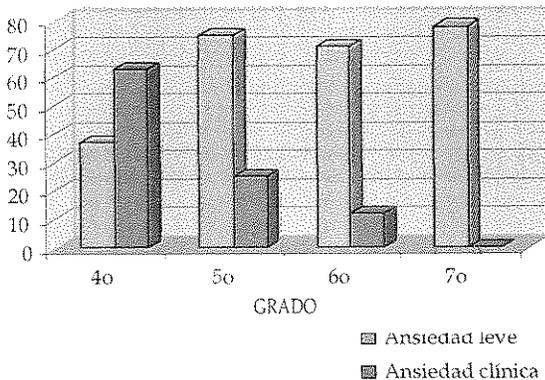
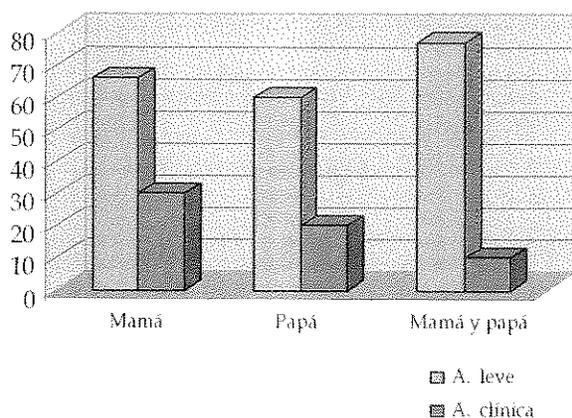


GRÁFICO 10. Ansiedad leve y clínica por escolaridad en niños de 12 años del Municipio de Pasto - 2006



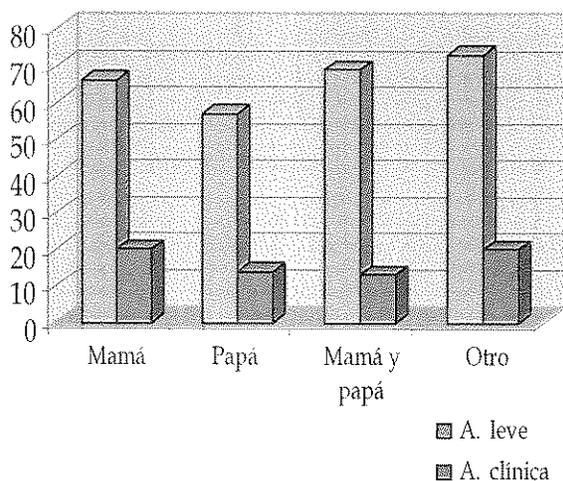
Respecto a la persona con quien vive, se encontró el mayor porcentaje de ansiedad clínica para los niños de 8 y 9 años que viven únicamente con la mamá (30%) y la menor frecuencia en quienes viven con el papá y la mamá (10%). En contraste, la ansiedad leve se presenta con una frecuencia mayor en niños que viven con papá y mamá (77%), y la menor presentación se da en quienes viven sólo con el papá (60%). En este grupo no se encontraron niños que vivieran con otra persona diferente al papá y/o a la mamá. (Gráfico 13)

GRÁFICO 13. Ansiedad leve y clínica por convivencia en población escolarizada en edades de 8 y 9 años. Municipio de Pasto - 2006



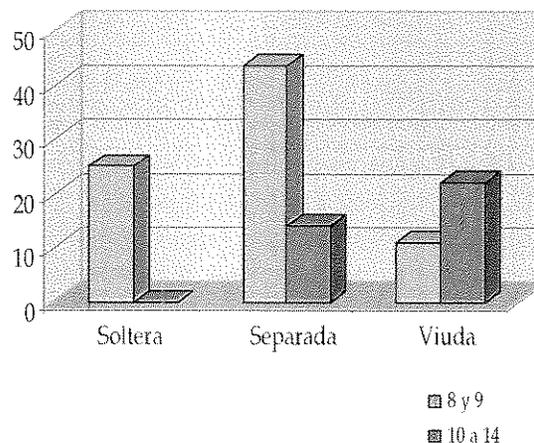
Para niños con edades entre 10 y 14 años, los mayores porcentajes de ansiedad clínica se encontraron en quienes vivían sólo con el papá o con otra persona (20%) y la menor frecuencia se presentó en quienes vivían con el papá y la mamá (13%). La frecuencia de ansiedad leve es mayor en quienes viven con otra persona diferente al papá y/o a la mamá con un 73% y menor en quienes viven únicamente con el papá con un 52%. (Gráfico 14)

GRÁFICO 14. Ansiedad leve y clínica por convivencia en población escolarizada en edades de 10 a 14 años. Municipio de Pasto - 2006



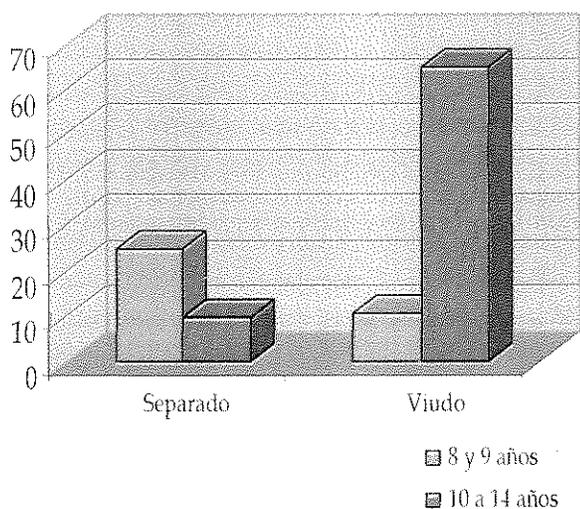
Para la ansiedad leve no se encontraron diferencias estadísticamente significativas y al analizar la ansiedad clínica, se encontró para los niños de 8 y 9 años que viven sólo con la mamá, la mayor frecuencia de ansiedad clínica se presenta cuando ella es separada (44%), seguida por niños con madre soltera (25%) y la menor, cuando es viuda (11%). En niños con edades entre 10 y 14 años, el mayor índice de ansiedad se da cuando la mamá es viuda (22%).

GRÁFICO 15. Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años por estado civil de la madre en población escolarizada del Municipio de Pasto - 2006



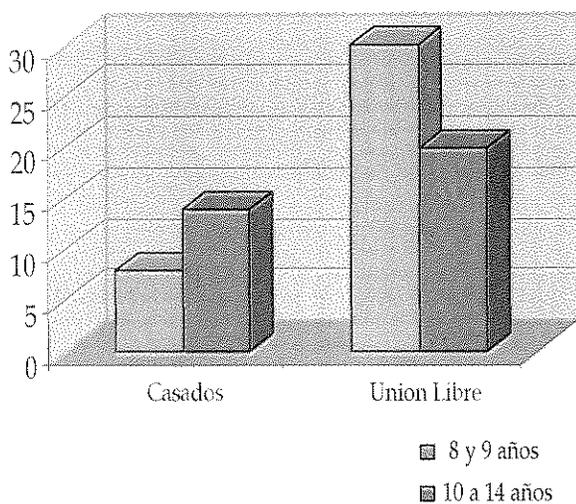
En niños de 8 y 9 años que viven sólo con el papá, la mayor frecuencia de ansiedad clínica se encontró cuando es separado (25%) y la menor cuando es viudo (11%). En las edades de 10 a 14 el mayor índice de ansiedad clínica se da en niños con papá viudo (65%). (Gráfico 16)

GRÁFICO 16. Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años por estado civil del padre en población escolarizada del Municipio de Pasto - 2006



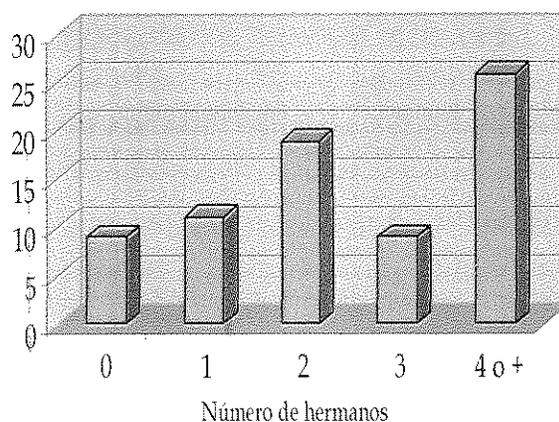
Cuando los niños viven con papá y mamá juntos, el mayor porcentaje de ansiedad clínica se encontró en los niños de 8 y 9 años cuyos padres viven en unión libre (30%) y la menor frecuencia, en niños cuyos padres son casados (8%). (Gráfico 17)

GRÁFICO 17. Ansiedad clínica en niños de 8 a 14 años por estado civil de los padres en población escolarizada del Municipio de Pasto - 2006



Respecto al número de hermanos, la mayor frecuencia de ansiedad clínica se aprecia en niños que tienen 4 hermanos o más (26%) seguida de quienes tienen 2 hermanos (19%) y la menor en hijos únicos o que tienen 3 hermanos (9%). (Gráfico 18)

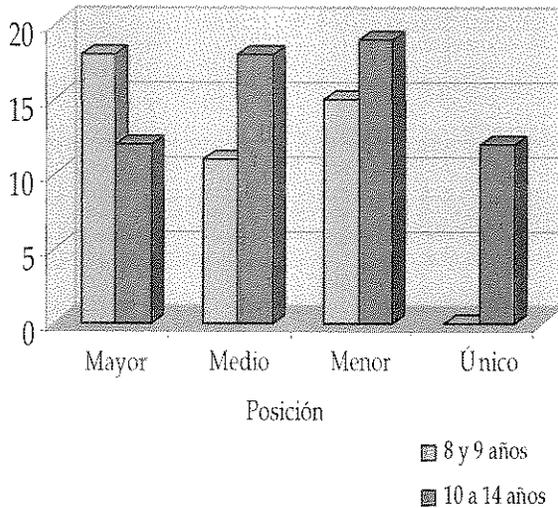
GRÁFICO 18. Ansiedad clínica por número de hermanos en población escolarizada del Municipio de Pasto - 2006



Para esta variable, no se realizó un análisis específico por edad ya que no existen diferencias significativas entre los dos rangos en cuanto al número de hermanos, si no más bien a la posición que el sujeto ocupa entre ellos.

Según la posición que el niño ocupa entre sus hermanos, para las edades de 8 y 9 años la mayor frecuencia de ansiedad clínica se presenta en niños que son los mayores entre sus hermanos (18%); para las edades de 10 a 14, el mayor índice de presentación se encuentra en hijos menores (19%). (Gráfico 19)

GRÁFICO 19. Ansiedad clínica por posición que el niño ocupa entre sus hermanos. Población escolarizada del Municipio de Pasto - 2006



En la Tabla 2 se presentan las variables en las cuales se encontraron los mayores índices de ansiedad clínica para las edades de 8 y 9 años y en la Tabla 3 para las edades de 10 a 14.

Respecto a las subescalas que componen la prueba CMAS, (AF: Ansiedad Fisiológica; I/H: Inquietud/hipersensibilidad; PS: Preocupaciones sociales) en los niños de 8 y 9 años se encuentra una mayor prevalencia de Ansiedad fisiológica (47%), seguidos por la escala de Preocupaciones sociales (38%) y los síntomas de Inquietud/hipersensibilidad (16%). Para las edades de 10 a 14 se observa mayor frecuencia de síntomas relacionados con la escala Preocupaciones sociales (40%), seguida por síntomas de Ansiedad fisiológica (36%) y con un menor porcentaje inquietud/hipersensibilidad (24%). (Gráfico 20)

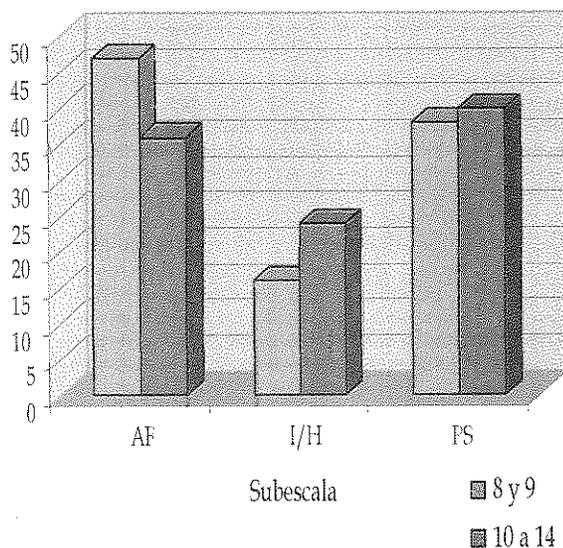
TABLA 2. Variables con mayor índice de ansiedad clínica para niños de 8 y 9 años

Variable	Mayor índice de ansiedad clínica	Porcentaje
Género	femenino y masculino por igual	15%
Estrato	Uno	24%
Procedencia	Rural	17%
Grado de escolaridad	Superior para 8 años	50%
	Inferior para 9 años	43%
Persona con quien vive	Mamá	30%
Estado civil	Separado/a	32%
Número de hermanos	4 o más	26%
Posición entre los hermanos	Mayor	18%
Comuna	5	26%

TABLA 3. Variables con mayor índice de ansiedad clínica para niños entre 10 y 14 años

Variable	Mayor índice de ansiedad clínica	Porcentaje
Género	Femenino	23%
Estrato	Uno	24%
Procedencia	Rural	17%
Grado de escolaridad	Inferior (10, 11 y 12 años)	47%
	En el grado que se espera (13 y 14 años)	33%
Persona con quien vive	Papá y otro por igual	20%
Estado civil	Viudo/a	52%
Número de hermanos	4 o más	26%
Posición entre los hermanos	Menor	19%
Comuna	5	26%

GRÁFICO 20. Descripción de síntomas de ansiedad según subescalas CMAS. Población escolarizada de 8 a 14 años.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La investigación permite establecer que para determinar si el niño evaluado tienen niveles altos de ansiedad, es necesario tener en cuenta tres aspectos, a saber: a) que la puntuación T obtenida por el sujeto sea igual o superior a una desviación estándar por encima de la media, por considerar que éstos resultados se ajustan a la definición de ansiedad como un trastorno psicopatológico y además, que la descripción centil indica que este rango de puntuaciones ubican al sujeto por encima del grupo normativo con porcentajes superiores al 87%; b) que el niño tenga 14 o más de los síntomas correspondientes en la escala CMAS; y, c) que el niño tenga una mayor frecuencia de síntomas físicos relacionados con inquietud hipersensibilidad.

Respecto a la edad, Achenbach y cols. ⁽⁴¹⁾ afirman que en poblaciones no clínicas se observa un declive

general de problemas psicopatológicos con la edad; contrario a esto, en la población se encontró que los índices de ansiedad clínica en niños y niñas cambian de acuerdo a la edad.

El Centro IMA y Tamayo y Zuluaga ⁽⁴²⁾ indican que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres, revelando una distribución significativa de prevalencia mucho mayor que para los hombres, lo cual se evidencia en este estudio ya que los porcentajes de ansiedad clínica fueron mayores para las niñas en todas las edades con excepción de los 9 años de edad (igual para los dos géneros).

El nivel socioeconómico bajo, también se ha relacionado con la presencia de síntomas y trastornos de ansiedad. Al respecto, Taboada, Ezpeleta y de la Osa ⁽⁴³⁾ y Barbarín y Richter ⁽⁴⁴⁾ afirman que los niños de estratos socioeconómicos bajos reportan síntomas característicos de ansiedad con alta frecuencia. Esto se corrobora en la investigación, ya que los mayores porcentajes de ansiedad clínica se encontraron en los estratos 1 y 2.

En cuanto al lugar de procedencia de los niños, se encontró que existe mayor prevalencia de ansiedad clínica en el medio rural. A pesar de no se encontrar teoría ni estudios que respalden estos hallazgos, se puede afirmar que quienes viven en el medio rural tienen mayor vulnerabilidad para adquirir trastornos de ansiedad que quienes viven en la zona urbana.

El grado de escolaridad en el que se encuentra el niño también afecta los índices de frecuencia de ansiedad clínica. Se encontró que los índices de ansiedad aumentan a medida que el niño cursa grados inferiores al esperado según su edad y disminuyen en el caso contrario. Sin embargo, se observó una excepción en los niños de 8 años de edad, quienes muestran incremento en la probabilidad de presentar ansiedad clínica a medida que el niño se encuentra en grados superiores al esperado; esto puede explicarse con lo expuesto por Ibáñez ⁽⁴⁵⁾ quien

afirma que se generan altos grados de ansiedad si el niño es expuesto a grados escolares superiores para su edad, si los requerimientos en habilidades sociales y técnicas necesarias para su adaptación exceden a sus capacidades evolutivas.

Por otra parte, Berndt ⁽⁴⁶⁾ afirma que las relaciones del niño con sus padres son importantes hasta alcanzar la adolescencia, ya que proporcionan al niño la protección y la seguridad en los contextos dentro de los cuales surgen las habilidades y competencias básicas; por su parte, Cobo ⁽⁴⁷⁾ afirma que los cambios objetivos en la vida familiar como el divorcio, la muerte de un progenitor y las presiones psicológicas y de tiempo que afrontan los padres solteros, sumadas a las respuestas emocionales que éstos dan a las mismas, son consideradas como fuentes generadoras de ansiedad en el niño. Estas dos afirmaciones se corroboran en el estudio, ya que los mayores porcentajes de ansiedad infantil se encontraron en quienes viven con uno solo de sus padres, bien sea por separación o por muerte de uno de ellos.

Con respecto al lugar que el niño ocupa entre sus hermanos, para las edades de 8 y 9 años se encontró mayor frecuencia de ansiedad infantil en niños mayores entre sus hermanos, mientras que para las edades de 10 a 14 años, la mayor prevalencia de ansiedad se dio en quienes son hijos menores.

Según el análisis de las variables, se pueden considerar como factores de riesgo para la adquisición de ansiedad infantil, los siguientes:

1. Género indiferenciado para 8 y 9 años de edad y femenino para 10 a 14.
2. Zona rural.
3. Nivel socioeconómico estratos bajos (1 y 2).
4. Nivel de escolaridad inferior al esperado según la edad del niño.
5. Persona con la cual vive el niño sólo con el papá o la mamá bien sea por separación o muerte de uno de ellos.

6. Número de hermanos cuatro o más.
7. Posición que el niño ocupa entre sus hermanos: mayor para 8 y 9 años de edad y en las edades de 10 a 14 años ser el menor.

Con relación al análisis hecho de los síntomas que conforman las diferentes escalas, Mardomingo⁽⁴⁸⁾ afirma que durante la etapa escolar, a medida que se desarrolla el lenguaje y la capacidad para expresar emociones y sentimientos, el niño presenta diversidad de síntomas fisiológicos unidos a dificultades de atención y concentración, a los problemas de memoria y a dificultades en las relaciones con los compañeros y la familia, lo cual es generalizable a la población en estudio, ya que se encontró que los niños con edades entre 8 y 9 años presentan una mayor frecuencia de síntomas físicos relacionados con preocupaciones sociales.

Según este mismo autor, los síntomas fisiológicos y de dificultades de atención y concentración, aunque persisten, se encuentran en menor medida durante la etapa de la preadolescencia; esto se contrapone a los hallazgos, ya que en los niños con edades entre 10 y 14 años se presentó una mayor frecuencia de síntomas físicos relacionados con inquietud hipersensibilidad.

Los resultados de esta investigación se constituyen en insumo para establecimiento de políticas públicas en todos los sectores sociales implicados, particularmente los sectores salud y educación. Así mismo, facilitan la orientación de programas de intervención, particularmente en prevención primaria dirigidos a reducir el número de casos clínicos de ansiedad en el Municipio. Los resultados permiten apreciar la necesidad del trabajo de profesionales de la salud mental en la atención de sectores con mayor vulnerabilidad, por ejemplo estratos socioeconómicos bajos y sectores rurales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Marsh E y Graham S Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. Caballo (Ed). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide. 2001.
2. National Institute of Mental Health. Brief Notes on the Mental Health of Children and Adolescents. [Internet]. 1999 [citado 10 septiembre 2004] Disponible en: www.mentalhealth.org/publications/allpubs/CA-0006/default.asp.
3. Idem.
4. Stavrakaki C, Caplan-Williams E, Waiker S, Roberts N y Kotsopoulos S Pilot study of anxiety and depression in prepubertal children. Canadian Journal of Psychiatry 1991 36 332-338.
5. Kazan citado por Rodríguez y Martínez (2001). Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes. En V. Caballo y M. Simón (Ed) Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide.
6. National Institute of Mental Health. Brief Notes on the Mental Health of Children and Adolescents. [Internet]. 1999 [citado 10 septiembre 2004] Disponible en: www.mentalhealth.org/publications/allpubs/CA-0006/default.asp.
7. Ayuso J Comorbilidad Ansiedad - Depresión aspectos clínicos. Revista electrónica de psiquiatría Vol. 1. No. 1 [Internet] 1997 [citado 5 junio 2004] Disponible en: www.cop.es/colegiados/M-13641/articulo1.htm.
8. Black y Krishnakumar, 1998 citados por Marsh E y Graham S. Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. Caballo (Ed). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide. 2001.

9. National Commission of Children, 1991.
10. Marsh E y Graham S. Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. Caballo (Ed). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid: Pirámide. 2001.
11. Ministerio de Salud. Política nacional de salud mental. [Internet] 1998 [citado 4 junio 2004] Disponible en: [www.minsa.gob.pa/Saludmental/Plan Nal de Salud Mental Pagina Web.pdf](http://www.minsa.gob.pa/Saludmental/Plan%20Nal%20de%20Salud%20Mental/Pagina%20Web.pdf).
12. Programa de Psicología. Información estadística de practicas Área Clínica. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño, Pasto, Colombia. 2004.
13. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders T. R. Washington, DC: Author; 2001.
14. Beck AT y Emery G. Anxiety disorders and phobias. New York: Basle Books; 1985
15. Boisier I. Trastorno de ansiedad generalizada. [Internet] 2001 [citado 6 junio 2004] Disponible en: <http://www.schilesaludmental.cl/ansiedad/Ansiedad.pps>
16. Macías J y Del Teso F. Epidemiología, concepto, clasificación y evaluación clínica de los trastornos de ansiedad. [Internet] 1998 [citado 4 junio 2004] Disponible en http://www.faes.es/cursos/cursoansiedadAP/curso/pdf_download/ENTREGA1.PDF
17. Papalia, Wendkos y Duskin (2003). Psicología del desarrollo. McGrawHill. 2003
18. Sandín, B., Belloch, A., y Ramos, F. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En B. Sandín y A- Belloch (Eds.) Manual de psicopatología Vol 2, pp. 114-164. Madrid; McGraw-Hill
19. Beck AT y Emery G. Anxiety disorders and phobias. New York: Basle Books; 1985
20. Barlow D y Durand VM. Abnormal psychology: An integrative approach. Pacific Grove, CA: Brooks. 1995
21. Albano A, Chorpita B y Barlow D. Childhood anxiety disorders. Child Psychopatnology. (Sin datos de edición) 1995
22. Cano V Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y El Estrés (SEAS). [Internet] [citado 8 junio 2004] Disponible en: <http://www-ucm.es/info/seas/>
23. Mardomingo M Características clínicas de los trastornos de ansiedad infantil. [Internet] 2001 [citado 10 junio 2004] Disponible en www.ucm.es/info/Psi/programasnew/271.htm
24. Sandín, B., Belloch, A., y Ramos, F. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En B. Sandín y A- Belloch (Eds.) Manual de psicopatología Vol 2, pp. 114-164. Madrid; McGraw-Hill
25. Albano A, Chorpita B y Barlow D. Childhood anxiety disorders. Child Psychopatnology. (Sin datos de edición) 1995
26. Mardomingo M Características clínicas de los trastornos de ansiedad infantil. [Internet] 2001 [citado 10 junio 2004] Disponible en www.ucm.es/info/Psi/programasnew/271.htm
27. Cano V. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y El Estrés (SEAS). [Internet] [citado 8 junio 2004] Disponible en: <http://www-ucm.es/info/seas/>
28. Mardomingo M. Características clínicas de los trastornos de ansiedad infantil. [Internet] 2001 [citado 10 junio 2004] Disponible en www.ucm.es/info/Psi/programasnew/271.htm
29. Sandín, B., Belloch, A., y Ramos, F. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En B. Sandín y A- Belloch (Eds.) Manual de psicopatología Vol 2, pp. 114-164. Madrid; McGraw-Hill
30. Ibid.
31. Cano V. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y El Estrés (SEAS). [Internet]

- [citado 8 junio 2004] Disponible en: <http://www-ucm.es/info/seas/>
32. Ibid.
33. Mardomingo M. Características clínicas de los trastornos de ansiedad infantil. [Internet] 2001 [citado 10 junio 2004] Disponible en www.ucm.es/info/Psi/programasnew/271.htm
34. Cano V. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y El Estrés (SEAS). [Internet] [citado 8 junio 2004] Disponible en: <http://www-ucm.es/info/seas/>
35. Mardomingo M. Características clínicas de los trastornos de ansiedad infantil. [Internet] 2001 [citado 10 junio 2004] Disponible en www.ucm.es/info/Psi/programasnew/271.htm
36. Sandín, B., Belloch, A., y Ramos, F. (1995). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En B. Sandín y A- Belloch (Eds.) Manual de psicopatología Vol 2, pp. 114-164. Madrid; McGraw-Hill
37. Ibid.
38. Gutiérrez J. Ansiedad y salud. Universidad de Barcelona. En Oblitas (Ed) Psicología de la salud. Madrid: Planeta. 2004
39. Garber J. Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. [Internet] 1984 [citado 14 junio 2004] Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=6705631&dopt
40. Reynolds C y Richmond B CMAS-R. Lo que pienso y lo Que siento manual de prueba. Madrid: TEA. 1978
41. Achenbach TM, Howell C, Quay H, y Conners CK. National Survey of problems and competences among four to sixteen-year-olds. [Internet] 1991 [citado 8 junio 2004] Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=1770964&doptarchfamaassn.org/cgi/content/full/9/2/123-a
42. Tamayo R y Zuluaga A. Características epidemiológicas asociadas a psicopatología en niños y adolescentes. [Internet] 1998 [citado 8 junio 2004] Disponible en: http://www.psiquiatria.org.co/revista/detalleArticuloHTML.php?id_articulo=122&anoFec=1998&mesFec=3
43. Taboada A, Ezpeleta L, de la Osa N. Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. Ansiedad y Estrés. 1998 1 - 17.
44. Barbarín O y Richter L Economic status, community danger and psychological problems among south African children. [Internet] 2001 [citado 5 junio 2004] Disponible en: <http://chd.sagepub.com/cgi/framedreprint/8/1/115>
45. Ibáñez, M. (Sin dato). Psicopatología infantil. [Internet], Disponible en: <http://apuntes.rincondelvago.com/psicopatologia-infantil.html> [2004, julio 7]
46. Berndt T. Child Development. Segunda Edición. McGrawHill. 1997
47. Cobo C. La depresión del nacimiento a la adolescencia. Madrid: Temas de hoy. 1992
- Garber J Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. [Internet] 1984 [citado 14 junio 2004] Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=6705631&dopt
48. Mardomingo M. Características clínicas de los trastornos de ansiedad infantil. [Internet] 2001 [citado 10 junio 2004] Disponible en www.ucm.es/info/Psi/programasnew/271.htm

