



Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

*Ansiedad en niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años en periodo de aislamiento durante pandemia por Covid- 19.*

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título a:**

**“Psicóloga Clínica”.**

**Autora:**

Gabriela Belén Quito Niveló.

**Director:**

Mgt. Juan Sebastián Herrera Puente.

**Cuenca – Ecuador**

**2021**

## **DEDICATORIA**

De manera especial dedico este trabajo a mis abuelitos Fidel Niveló y Margoth Chiriboga, quienes han sido un pilar fundamental en mi vida, que con su apoyo y ejemplo me han enseñado a cumplir las metas que me he propuesto.

Gabriela Belén Quito Niveló.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco en primer lugar a Dios por permitirme culminar esta etapa con salud. De manera especial a mis seres allegados por el apoyo incondicional, a mis profesores que con sus conocimientos me supieron encaminar en la vida académica, a mi tutor Mgt. Sebastián Herrera, por su ayuda, del mismo modo a todos los niños, niñas y adolescentes, y a los padres de familia que colaboraron con la realización de este estudio. También agradezco a las personas que entraron y salieron de mi vida durante este trayecto, dejando una inmensa huella y más aún a las que permanecieron.

Gabriela Belén Quito Niveló.

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar la incidencia de ansiedad en niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años, por el aislamiento durante pandemia Covid- 19. Este estudio se realizó con 240 estudiantes, con acceso a plataformas virtuales. Se utilizó un enfoque metodológico cuantitativo, mediante un modelo investigativo descriptivo, correlacional y transversal. Para fundamentar la misma, se utilizó el test de Ansiedad de Spence (SCAS) que permitió analizar el grado en el que se presenta la ansiedad e identificar los tipos que se manifiestan en niños y adolescentes. La investigación demostró que las dimensiones predominantes son la ansiedad por separación seguida de la ansiedad generalizada y la fobia social, así mismo se indicó que la población infantojuvenil está en el límite de lo normal y lo sub-clínico.

*Palabras clave: Covid-19, Ansiedad, SCAS, dimensión, salud mental, pandemia, aislamiento, niños, niñas, adolescentes.*

## ABSTRACT

The main objective of this research was to analyze the incidence of anxiety in children and adolescents between 8 and 15 years of age during lockdown because of the covid-19 pandemic. This research was performed on 240 students who had access to virtual platforms. A quantitative methodological approach was implemented by using a descriptive, correlational, and cross-cutting research model. For this, the Spence Anxiety Test (SCAS) was used to analyze how deep the anxiety affected and what kind of anxiety was present in children and adolescents. Researches showed that the predominant dimensions are separation anxiety followed by generalized anxiety and social phobia, as well as indicating that the child-young population is at the limit between normal and sub-clinical behavior.

**Keywords:** *Covid-19, Anxiety, SCAS, dimensions, mental health, pandemic, lockdown, children, adolescents.*



**Translated by:**

Gabriela Quito.

---

Gabriela Quito N.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>DEDICATORIA</b> .....	II
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	III
<b>RESUMEN</b> .....	IV
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	VIII
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	IX
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b> .....	X
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I</b> .....	2
<b>Ansiedad y su incidencia en la salud mental: herramientas para trabajarla en los niños, niñas y adolescentes.</b> .....	2
<b>1.1. Conceptos de ansiedad</b> .....	2
<b>1.2. Psicología del desarrollo</b> .....	5
<b>1.3. Tipos de ansiedad infantil</b> .....	6
<b>1.4. Causas de la ansiedad infantil</b> .....	13
<b>1.5. Consecuencias de la ansiedad infantil y su incidencia en la salud mental</b> .....	15
<b>CAPÍTULO II</b> .....	18
<b>Covid 19 y sus efectos en salud mental</b> .....	18
<b>2.1. Covid-19</b> .....	18
<b>2.2. Efectos de la pandemia y salud mental</b> .....	20
<b>CAPÍTULO III</b> .....	26
<b>Metodología de la investigación</b> .....	26
<b>3.1. Objetivo general</b> .....	26
<b>3.2. Objetivos específicos</b> .....	26
<b>3.3. Población y muestra</b> .....	26
<b>3.4. Criterios de inclusión</b> .....	26
<b>3.5. Criterios de exclusión</b> .....	27
<b>3.6. Tipo de estudio</b> .....	27
<b>3.7. Instrumentos</b> .....	27
<b>3.8. Procedimiento de la investigación</b> .....	28
<b>CAPITULO IV</b> .....	29
<b>Resultados</b> .....	29
<b>4.1. Datos Sociodemográficos</b> .....	29
<b>4.2. Tablas y figuras</b> .....	29

<b>DISCUSIÓN</b> .....	36
<b>CONCLUSIONES</b> .....	39
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	40
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	41
<b>ANEXOS</b> .....	47

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1. Datos Sociodemográficos.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabla 2. Ansiedad según el sexo.....</b>	<b>35</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1. Comportamiento de ansiedad total.....</b>	<b>30</b>
<b>Figura 2. Niveles de ansiedad total.....</b>	<b>31</b>
<b>Figura 3. Dimensiones de ansiedad.....</b>	<b>32</b>
<b>Figura 4. Niveles de ansiedad: Dimensiones: Ansiedad por separación, fobia social y problemas obsesivo compulsivos .....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 5. Niveles de ansiedad: Dimensiones: Pánico/Agorafobia, temores de lesiones físicas y ansiedad generalizada. ....</b>	<b>34</b>

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1. Los derechos del participante.....</b>	<b>47</b>
<b>Anexo 2. Escala de ansiedad de Spence (SCAS).....</b>	<b>48</b>
<b>Anexo 3. Infografía para socializar resultados.....</b>	<b>52</b>

## **INTRODUCCIÓN**

En los siguientes capítulos se abordaran diferentes temáticas; el primer capítulo, hablará de conceptos básicos sobre los cuales se fundamenta la investigación, conceptualización de la ansiedad, tipos, causas, consecuencias, estudios y herramientas; el segundo capítulo, será referente al Covid-19, sintomatología, epidemiología y el impacto en la salud mental; el tercer capítulo, hablará acerca de la metodología utilizada para el estudio, las herramientas y la explicación de las mismas; en el cuarto capítulo se evidenciarán los resultados obtenidos en el estudio, el cumplimiento de los objetivos y la aprobación o declive de las hipótesis.

## CAPÍTULO I

### **Ansiedad y su incidencia en la salud mental: herramientas para trabajarla en los niños, niñas y adolescentes.**

El presente capítulo se mencionan los conceptos básicos sobre los cuales se fundamenta el presente trabajo investigativo, comprende los temas sobre la conceptualización de la ansiedad, los tipos de ansiedad característicos de la infancia, las causas tanto biológicas, cognitivas, conductuales y afectivas de la ansiedad, así como las consecuencias de este trastorno en la infancia. Además, se mencionan estudios relacionados en diferentes ámbitos que promueven el entendimiento y el conocimiento de este trastorno en niños.

#### **1.1. Conceptos de ansiedad**

La Palabra ansiedad, proviene del latín "anxietas", que significa congoja o aflicción, y consiste en un estado de malestar psicológico y físico que se caracteriza por sensaciones como inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante la percepción de una posible amenaza física, psicológica y moral (Villacob, 2015).

Desde un enfoque Neurobiológico la ansiedad tiene su base en las zonas del tallo cerebral como núcleos del Rafe y Locus ceruleus los cuales están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia y otras como el Hipocampo y Amígdala que pertenecen al Sistema Límbico que es donde las emociones se modifican. El GABA es un neurotransmisor de acción inhibitoria y a veces cumple la función de ansiolítico y otras de generador de angustia. Del mismo modo el sistema serotoninérgico es importante en este sentido, ya que al estar en constante interacción con la adrenalina y dopamina cumple una función tranquilizante o lo contrario. Así mismo, existen ciertas hormonas que tienen un papel destacado en todo lo relativo al estrés como son el cortisol, ACTH, etc. Lo que en conjunto juega un papel importante al momento de experimentar un cuadro ansioso (Yllá, 2008).

Por otro lado el psiquiatra y profesor estadounidense Aaron Beck (1985) “refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas. Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y a su incapacidad para afrontarlos. Los esquemas cognitivos subyacentes suelen ser idiosincráticos, aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud” (en Villacob, 2015, p.104).

En el año 1926 Sigmund Freud en su trabajo *Inhibición, Síntoma y Angustia* introdujo el término neurosis de angustia e identificó dos tipos de angustia. La primera hacía referencia a la sensación extensa de preocupación o temor que se originaba en un pensamiento o deseo reprimido y se podía curar mediante la intervención psicoterapéutica. Y la segunda se caracterizaba por una sensación turbadora de pánico, acompañada de manifestaciones de descarga autonómica, esta última según Freud, no se derivaba de factores psicológicos sino que era el resultado de la acumulación fisiológica de la libido que se relacionaba con la falta de actividad sexual (Freud, 1926 en Calles 2017, p.127-141).

La definición más explícita en cuanto al diagnóstico de la ansiedad se encuentra en El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- V) define que los trastornos de ansiedad son aquellos que comparten las características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El *miedo* es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la *ansiedad* responde anticipatoriamente a una amenaza futura (American Psychiatric Association, 2014). Del mismo modo, Virues (2005) afirma que la diferencia entre la ansiedad normal de la patológica, es que la última se basa en una valoración irreal/distorsionada de la amenaza real. Cuando la ansiedad se torna severa y aguda, es probable que llegue a paralizar a la persona, procediendo a transformarse en pánico.

Entrando en contexto, los trastornos de ansiedad se distinguen del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá del período de desarrollo apropiado. El trastorno de ansiedad tiene una duración de 6 meses o más. Sin embargo, este criterio temporal se pretende usar como guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad y pudiendo ser la duración más corta en los niños (como en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo). Puesto que los sujetos con trastornos de ansiedad suelen ver el peligro como extremo en las situaciones que temen o evitan. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a perdurar si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (American Psychiatric Association, 2014).

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los criterios diagnósticos usados para definir un trastorno de ansiedad pediátrico pertenecen a la población adulta y son pocas las adaptaciones existentes para niños y adolescentes. Aunque la uniformidad de los criterios diagnósticos de la ansiedad de los adultos con los de los niños y adolescentes promueve la identificación de factores de riesgo previos para la ansiedad crónica, tiene como desventaja que puede llevar a considerar como enfermedad a las diferentes manifestaciones de ansiedad no patológicas, que se presentan típicamente a lo largo del desarrollo calificado como normal (Tayeh, Agámez, & Chaskel, 2016).

La angustia, como la mayoría de los síntomas, se determina jerárquicamente por los niveles de desarrollo, esta organización puede llevar a la asunción errónea de que los niveles de angustia más primitivos serán superados con la edad a medida que el desarrollo prosigue. Sin embargo, los niveles más primitivos de angustia persisten en todas las personas y pueden ser fácilmente activados en situaciones traumáticas o estresantes (Calles, 2017).

Es importante tener en cuenta que las manifestaciones de ansiedad no serán iguales ya que dependen de la etapa del desarrollo en el que se encuentre la persona. En los niños más pequeños, con frecuencia, se presenta como actividad excesiva, comportamientos irritables y de llamada de atención, así también como dificultades en cuanto a la separación o en el momento de ir a dormir. En cambio los adolescentes que poseen la capacidad de describir sus vivencias subjetivas pueden determinarlas usando diferentes términos como miedo, nerviosismo, tensión, rabia e incluso pueden presentar comportamientos disruptivos o antisociales (Ruiz Sancho & Lago Pita, 2005).

Los trastornos de ansiedad en niños se presentan con frecuencia de forma paralela con otros trastornos ansiosos y patologías psiquiátricas. El 39% de los niños y el 14% de los adolescentes cumplen con criterios para más de un trastorno de ansiedad. Los ataques de pánico y el trastorno de ansiedad social son los que tienen mayor índice de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad (Tayeh, Agámez, & Chaskel, 2016).

## **1.2. Psicología del desarrollo**

La evolución y crecimiento del ser humano está estrechamente relacionado con las etapas del desarrollo del ciclo vital, desde el primer año de vida hasta la adultez, donde pueden presentarse cambios de manera progresiva y temporal.

El campo de conocimiento que se encarga de explicar los cambios y transformaciones que se produce en el curso del desarrollo, se denomina Psicología Evolutiva, la misma que contemporáneamente se ha re conceptualizado a Psicología del Desarrollo. Dichos cambios han sido producto de transiciones conceptuales, cambios de perspectivas; tanto en el objeto de estudio como en los métodos, supuestos básicos relativos al desarrollo, cambios evolutivos, etcétera (Urbano & Yuni, 2005).

De la misma forma Cantero, Pérez y Navarro (2012) definen que “La psicología del desarrollo es la disciplina que se ocupa de estudiar los cambios psicológicos que se producen en relación a la edad del individuo, estando mucho más cerca de lo normativo que de lo idiosincrásico” (p.15).

### **1.3.Tipos de ansiedad infantil**

En el DSM-V los trastornos de ansiedad se organizan de acuerdo con el desarrollo, con los trastornos ordenados de acuerdo con la edad típica al inicio de los síntomas. A continuación los trastornos de ansiedad según la American Psychiatric Association (2014):

#### **1.3.1. Ansiedad por separación**

La persona se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de las personas por las que se siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo. Existe miedo o ansiedad constante sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente afecto y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes el sujeto está ligado, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia; a pesar de que estos por lo general se desarrollan en la infancia, pueden expresarse también en la edad adulta (American Psychiatric Association, 2014).

En los niños la prevalencia de este trastorno es del 4% en un periodo de entre 6 y 12 meses, en los adolescentes es del 1.6% anual y en los adultos es del 0.9% al 1.9% anual (American Psychiatric Association, 2014).

Según el DSM-V, gran parte de los niños con este trastorno no padecerán trastornos de ansiedad deteriorantes a lo largo de su vida. El inicio puede ocurrir en edad pre escolar o en cualquier momento antes de los 18 años (American Psychiatric Association, 2014).

Existen ciertos factores de riesgo que pueden ser ambientales, genéticos y fisiológicos. Entre los factores ambientales podemos encontrar situaciones de estrés vital como una pérdida, la muerte o enfermedad de un ser querido, el divorcio de los padres, cambio de colegio, etc. También la sobre protección de los padres puede estar asociada con este trastorno. Entre los factores genéticos y fisiológicos se ha encontrado que en los niños este trastorno puede ser hereditario, siendo las niñas más propensas a padecerlo (American Psychiatric Association, 2014).

### **1.3.2. Mutismo selectivo**

Otro trastorno de esta categoría es el mutismo selectivo, el cual se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay posibilidad de hablar, por ejemplo, en la escuela, a pesar de que la persona habla en otras situaciones de interacción; la falta de habla tiene consecuencias significativas en el progreso académico, pedagógico o laboral, o bien altera la comunicación social normal (American Psychiatric Association, 2014).

Según el DSM-V el mutismo selectivo inicia antes de los 5 años de edad y su curso longitudinal es desconocido. Sin embargo en los criterios diagnósticos la duración de la alteración es de mínimo un mes y no se limita al primer mes de escuela. Los niños con este trastorno suelen hablar con sus familiares inmediatos pero no con sus amigos, primos o familiares más lejanos, para expresarse suelen gruñir, señalar o escribir. La prevalencia del trastorno de ansiedad en niños es de aproximadamente 0,03% y 1% dependiendo de la población, como puede ser la clínica, escolar o general (American Psychiatric Association, 2014).

Entre los factores de riesgo se encuentran factores temperamentales como una afectividad negativa o inhibición conductual, entre los factores ambientales encontramos que

estos niños tienen padres más controladores o protectores así como una historia familiar de timidez, además pueden existir factores genéticos que incidan en la aparición de mutismo selectivo y el trastorno de ansiedad social (American Psychiatric Association, 2014).

### **1.3.3. Fobia específica**

También se encuentra la fobia específica. En este trastorno los individuos muestran miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan; la brevedad específica no es característica de este trastorno, como en otros trastornos de la ansiedad; la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado desproporcionado al riesgo real planteado, es persistente y suelen sentir una mayor activación fisiológica cuando presienten o se exponen a un objeto o situación fóbica; pueden presentarse varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, fobia situacional y a otras circunstancias (American Psychiatric Association, 2014).

La fobia específica se desarrolla por lo general en la primera infancia, entre los 7 y 11 años y duran típicamente 6 meses. Cuando su inicio es en la infancia y adolescencia suelen sufrir altibajos. Sin embargo cuando persisten en la edad adulta rara vez tienen remisión (American Psychiatric Association, 2014).

De acuerdo a los factores que aumentan la vulnerabilidad o la predisposición a desarrollar fobias en general encontramos: Temperamentales, como la afectividad negativa o inhibición conductual; Ambientales, como la sobreprotección de los progenitores, la separación, el maltrato físico y los abusos de índole sexual, así como las exposiciones negativas o traumáticas a la situación u objeto; finalmente puede haber una susceptibilidad genética y fisiológica donde presentan una tendencia singular para el síncope vasovagal (American Psychiatric Association, 2014).

### **1.3.4. Ansiedad Social**

El Trastorno de Ansiedad Social (TAS), es un trastorno relativamente común de esta categoría es la ansiedad social (fobia social), caracterizada porque la persona que la siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita; esto incluye interacciones sociales tales como reuniones con personas desconocidas, situaciones en las que la persona puede ser observada en actividades diarias o las situaciones en las que la persona actúa ante otros; además, incluye la ideación cognitiva lo cual, es la idea de ser evaluado negativamente por los demás, el sentirse avergonzado, humillado o rechazado (American Psychiatric Association, 2014).

Para la American Psychiatric Association (2014), la edad de inicio de este trastorno es de entre 8 y 15 años de edad con una duración típica de al menos 6 meses. En Estados Unidos la prevalencia anual del trastorno de ansiedad en adultos es del 7% aproximadamente y en los niños y adolescentes son comparables a las de los adultos, las cifras son más altas en mujeres. Se considera que la tasa disminuye con la edad.

Existen algunos factores que predisponen a la adquisición de esta patología tales como: temperamentales, inhibición del comportamiento; ambientales, maltrato infantil y adversidad; Genéticos y fisiológicos, como la inhibición conductual, la influencia genética está ligada estrechamente a la interacción gen-ambiente, lo que quiere decir que los niños con alta inhibición conductual son más susceptibles a la influencia ambiental (American Psychiatric Association, 2014).

El TAS tiene mayor comorbilidad con otros trastornos de ansiedad que el TAG, asociándose con frecuencia a fobias específicas en los niños. A su vez, los niños con TAG y TAS son más propensos a presentar otros trastornos afectivos. En cuanto al género, se ha

hallado que la presencia de más de un trastorno de ansiedad durante la infancia y la adolescencia es casi exclusiva en el género femenino (Tayeh, Agámez, & Chaskel, 2016).

### **1.3.5. Trastorno de pánico**

Trastorno de pánico es un trastorno en el cual la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de angustia y se encuentra persistentemente intranquila o preocupada por el temor de tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico (American Psychiatric Association, 2014).

Las crisis de pánico son caracterizadas por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan un nivel máximo en cuestión de minutos, acompañadas de síntomas físicos y/o cognitivos. Las crisis de pánico pueden ser *esperadas*, como respuestas a objetos o situaciones típicamente temidas, o *inesperadas*, ocurriendo la crisis sin razón aparente (American Psychiatric Association, 2014).

Las crisis de pánico tienen la función de marcadores y factores pronósticos de la severidad, el curso y la comorbilidad de trastornos, incluidos, entre otros, los trastornos de ansiedad, por ejemplo, abuso de sustancias, trastornos depresivos y trastornos psicóticos. Por lo tanto, la crisis de pánico puede actuar como un especificador despectivo de cualquier trastorno específico, así como de otros trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2014).

La edad media de inicio de los síntomas de esta patología es de 20 a 24 años, son escasas las apariciones en la infancia. En este trastorno si no se trata el curso normal, puede ser crónico. Sin embargo, la remisión completa se ha dado en pocos casos (American Psychiatric Association, 2014).

### **1.3.6. Agorafobia**

En la agorafobia, las personas se sienten temerosas o ansiosas ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en espacios cerrado, hacer cola o estar en una multitud y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. La persona teme a estas situaciones debido a pensamientos al desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas que resultan incapacitantes o humillantes y en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda (American Psychiatric Association, 2014). La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia. Con frecuencia se presentan síntomas secundarios como los depresivos, obsesivos y fobias sociales.

### **1.3.7. Trastorno de Ansiedad Generalizada**

Una de las patologías más comunes es la del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), las características principales de este trastorno son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos como, inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (American Psychiatric Association, 2014).

En el TAG la duración es de mínimo 6 meses y aparece aproximadamente a los 30 años, las mujeres poseen el doble de probabilidades de presentar esta patología. Rara vez aparece en la infancia o adolescencia y cuando lo hace se denomina temperamento ansioso (American Psychiatric Association, 2014).

El TAG se asocia con mayor continuidad con el trastorno depresivo mayor, y esta relación suele persistir hasta la adultez. Los niños con esta comorbilidad suelen manifestar más síntomas ansiosos y alto compromiso funcional que los que solo presentan TAG. Aproximadamente el 30% de los niños y adolescentes que poseen trastorno por déficit de atención e hiperactividad presentan trastornos de ansiedad comórbidos (Tayeh, Agámez, & Chaskel, 2016).

#### **1.3.8. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos**

Este caso se caracteriza por la aparición ataques de pánico o de ansiedad debida a una intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. Los síntomas causan malestar clínicamente significativos y deterioro en las áreas laborales, sociales y familiares (American Psychiatric Association, 2014).

#### **1.3.9. Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica**

Finalmente, en el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas aparecen como una consecuencia del sufrir alguna afección médica (American Psychiatric Association, 2014).

## **1.4.Causas de la ansiedad infantil**

### **1.4.1. Biológicas y Neurobiológicas**

En cuanto a una explicación neurobiológica abreviada de la ansiedad, se puede decir que existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus (Ordoñez, 2016).

Como se explica por Vinyamata, Horta, Marí & Pérez (2015), el mecanismo básico del miedo que puede convertirse en ansiedad empieza cuando el humano está frente a situaciones de amenaza. Ante esta situación actúa a la defensiva, este comportamiento proviene de las respuestas del sistema nervioso autónomo. El sistema nervioso simpático aumenta la frecuencia cardíaca y aporta sangre a los músculos. Las glándulas suprarrenales liberan adrenalina y noradrenalina, hormonas que aportan más sangre a los músculos, haciendo que los nutrientes que se almacenan en ellos se conviertan en glucosa, el carbohidrato que sirve como fuente de energía para la contracción muscular. Las glándulas suprarrenales secretan la hormona cortisol en la sangre, la cual sirve también como aporte energético en la contracción muscular.

### **1.4.2. Cognitivas y Conductuales**

En lo referente al mecanismo emocional, se sostiene que la amígdala produce y controla las emociones, la mayoría de las respuestas emocionales son aprendidas. La amígdala es un lugar crítico que da lugar al condicionamiento o asociación entre estímulos o situaciones originalmente neutras y situaciones emocionales a las que quedan ligadas (Vinyamata, et al; 2015).

La ansiedad se presenta por una sobrevaloración de la amenaza de los estímulos y una infravaloración de los potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás y se considera que los patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) anteceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales (Reyes, 2010).

La inhibición conductual es definida como la tendencia constante a mostrar comportamientos marcados de retraimiento y miedo ante personas desconocidas, situaciones o eventos (Guerra, Martín, & Arnaiz, 2011).

En un estudio realizado por Ordoñez (2016), acerca de Inhibición Conductual en la infancia, demostraron que los niños identificados como inhibidos entre los 4 y 6 años desarrollan trastornos de ansiedad y Trastorno de Ansiedad Social. Además, muestran una peor adaptación socioemocional y conductual sin diferencias intelectuales ni madurativas.

### **1.4.3. Familiares**

El maltrato es considerado una de las principales causas de estrés y alteraciones que pueden quedar marcadas en el cerebro. La mayoría de adultos que han vivido maltrato en su infancia tienen alto riesgo de padecer depresión, trastornos de ansiedad, adicción a las drogas, conductas violentas y actuar como víctimas o perpetradores en la vida adulta (Güemes-Hidalgo, Ceñal, & Hidalgo, 2017)

La conflictividad grave y persistente entre la pareja de padres genera múltiples patologías en los hijos, desde somatizaciones variadas a malestar psíquico, ansiedad, depresión y trastornos de conducta. Los hijos viven sumergidos en modelos patológicos de convivencia que irán interiorizando como referentes y modelos de comportamiento aceptables de relación con el otro: la violencia como método de disciplina o de resolución de

conflictos, la mentira, el chantaje, el desprecio, etcétera (Güemes-Hidalgo, Ceñal, & Hidalgo, 2017).

La ansiedad en los niños puede estar asociada a patologías presentes en los padres u otros familiares o al estilo educativo de los padres, también, las transiciones en la escuela son un factor de riesgo que se relaciona significativamente con esta patología, como lo son los procesos de selección y admisión al sistema educativo, la competitividad con los compañeros o los altos niveles de autoexigencia académica (Organización de estados Iberoamericanos , 2014)

### **1.5. Consecuencias de la ansiedad infantil y su incidencia en la salud mental**

Güemes-Hidalgo, Ceñal y Hidalgo (2017), afirman que los niños y adolescentes que han vivido situaciones de violencia o maltrato, como consecuencia, pueden manifestar en la escuela con sus compañeros y amigos un comportamiento petulante, provocador, pero en su interior sienten inseguridad, desorientación, sin la contención interna de unas figuras paternas amorosas, cariñosas, del mismo modo, otros niños pueden sumergirse en la inhibición, el miedo ansioso o la depresión culpable.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es un componente integral y esencial de la salud; es un estado de bienestar en el que la persona ejecuta plenamente sus competencias y es capaz de afrontar al estrés de la vida cotidiana, trabajar fructíferamente y cooperar a la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2018)

La salud mental y el bienestar son fundamentales para la aptitud colectiva e individual de interacción y disfrute del ser humano, está determinada por múltiples factores como son los sociales, psicológicos y biológicos. Por el contrario, los problemas de salud mental se asocian a los cambios sociales drásticos, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, estilos de vida poco saludables, violencia, mala salud física y a

violaciones de los derechos humanos. Del mismo modo existen algunos factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona se vuelva vulnerable a presentar trastornos mentales. Hay que tener en cuenta que los trastornos mentales también tienen origen de carácter biológico (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Estudios previos en salud mental, han demostrado que el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones, hacen referencia a los trastornos mentales en las personas de edades entre 10 y 19 años. La mayoría de los trastornos mentales comienzan aproximadamente a los 14 años o antes, en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan adecuadamente. No tratar la salud mental en adolescentes tiene graves repercusiones en la edad adulta, afectando tanto la salud mental como la física, limitando las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Mantener hábitos sociales y emocionales es importantes para la salud mental, alguno de esos puede ser el adoptar pautas de sueño saludables; hacer ejercicio con regularidad; desarrollar habilidades para mantener relaciones interpersonales, hacer frente a situaciones difíciles y resolver problemas; y aprender a gestionar las emociones. Del mismo modo mientras más sean los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes, mayores serán las consecuencias que puedan tener para su salud mental. Algunos factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia son el deseo de una mayor autonomía, la presión para amoldarse a los compañeros, la exploración de la identidad sexual y un mayor acceso y uso de la tecnología (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Los trastornos emocionales surgen habitualmente durante la adolescencia y son más peligrosos a que aparecieran en la edad adulta. Además de la depresión o la ansiedad, los adolescentes con trastornos emocionales también pueden experimentar reacciones excesivas de irritabilidad, frustración o enojo. Los adolescentes comúnmente tienen comportamientos

de riesgo como una manera de responder a una estrategia inútil para hacer frente a la mala salud mental, y además tener efectos muy negativos sobre el bienestar mental y físico.

La ansiedad no tratada tiende a agravarse con el tiempo (Bubrick, 2020), este trastorno figura como la novena causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de 15 a 19 años, y la sexta para los de 10 a 14 años (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Esta patología tanto en grupos infanto-juveniles como en adultos suele ser tratada con medicación compuesta por antidepresivos y ansiolíticos, no obstante, se ha observado que la terapia cognitivo-conductual puede ser igual o incluso más efectiva que el tratamiento psiquiátrico por sí solo, puesto que la terapia brinda a los individuos las herramientas para manejar la ansiedad por ellos mismos y los recursos para mantener y aplicar estas herramientas en el futuro (Bubrick, 2020) es una de las terapias con mayor respaldo y efectividad en el tratamiento de la ansiedad. Incorporar a la terapia cognitivo conductual elementos lúdicos como la terapia de juego en niños ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la ansiedad ya que mediante el juego los niños desarrollan diferentes habilidades sociales asimilar situaciones que resultan conflictivas (López & Delgado, 2016).

La intervenciones basadas en la atención plena o mindfulness para el tratamiento de la ansiedad también han demostrado tener buenos resultados en niños y adolescentes generando una disminución significativa de los síntomas y una mejora en el funcionamiento global; sin embargo, este enfoque de trabajo es relativamente nuevo por lo que presenta algunas limitaciones y requiere de más investigación (Martínez-Escribano, Piqueras, & Salvador, 2017).

## **CAPÍTULO II**

### **Covid 19 y sus efectos en salud mental**

En el siguiente capítulo se abordará la temática referente al Covid-19 y sus repercusiones dentro de la esfera de la salud mental. Como punto de partida, se describe generalidades de la Covid- 19, principal sintomatología, luego se analiza la epidemiología, desde una perspectiva, nacional y local, posteriormente se describe el impacto psicológico que ha sufrido la población tanto adulta como infantojuvenil.

#### **2.1. Covid-19**

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Recientemente se descubrió un coronavirus que causa la enfermedad COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2020).

La COVID-19 es causada por los coronavirus. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos hasta diciembre de 2019, cuando se observó un grupo de pacientes con neumonía de causa desconocida en Wuhan, desencadenando rápidamente una alerta de emergencia sanitaria mundial que se extendió a 46 países el 27 de febrero de 2020 (Wang, Wang, Chen, & Quin, 2020).

El Grupo de Estudio de Coronavirus del Comité Internacional de Taxonomía de Virus reconoce formalmente este virus como una hermana del coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS - CoV) y lo renombró como SARS -CoV-2. El SARS -CoV-2 pertenece a una especie de coronavirus relacionado con el síndrome respiratorio agudo severo y al género Betacoronavirus (Wang, et al; 2020).

El SARS - CoV - 2 es el séptimo miembro de la familia de coronavirus que infecta a los seres humanos. Al igual que el SARS - CoV y el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS - CoV), el SARS - CoV - 2 es responsable de la infección de las vías respiratorias inferiores y puede causar síndromes de dificultad respiratoria aguda (Wang, et al; 2020).

Una persona puede contraer la COVID-19 por contacto con otra que esté infectada por el virus, afirma la OMS (2020), ya que esta enfermedad se transmite principalmente de persona a persona a través de las gotículas que emanan separadas de la nariz o la boca de una persona contagiada al toser, estornudar o hablar. Estas gotículas son parcialmente pesadas, por lo tanto no llegan muy lejos y se desploman rápidamente al suelo. Una persona puede enfermarse de la COVID-19 si inhala las gotículas procedentes de una persona infectada por el virus.

Entre los síntomas usuales de la enfermedad COVID-19 están la fiebre, la tos seca y el cansancio. Entre los síntomas menos frecuentes, leves y de inicio gradual, están los dolores y molestias, la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato y las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies (Organización Mundial de la Salud, 2020).

De acuerdo con la OMS (2021) , hasta el día 9 de febrero de 2021, existen a nivel mundial 106.125.682 casos confirmados de COVID-19, incluidas 2.320.497 muertes. Lo que representa un aumento relativo de 0.33% en casos y un 0.30% de aumento relativo en muertes, en comparación con días anteriores. En la misma línea, en el Ecuador con mayor incidencia acumulada: 258.607 pacientes por 17.08 millones de habitantes aproximadamente, del mismo modo con la muerte total acumulada de 15.013 personas fallecidas. En un artículo redactado por el diario “El Universo” en el mes de diciembre de 2020, afirmó que según los reportes del Ministerio de Salud Pública, el Azuay se convirtió en la provincia con mayor

incidencia de casos por coronavirus después de Galápagos (El Universo, 2020). Por último, en el mismo mes de diciembre, la Coordinación Zonal 6 de Salud, manifiesta que la ciudad de Cuenca presenta un total de 9.758 infectados desde el inicio de la pandemia (El Mercurio, 2020).

Hasta el momento, el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) ha tomado alrededor de 915.638 muestras para RT-PCR COVID-19 de las cuales 259.783 son casos confirmados con pruebas PCR; 789 casos hospitalizados se encuentran estables y 474 se encuentran con pronóstico reservado y el 85.33% (220.398) de casos son pacientes recuperados confirmado con PCR positiva (Ministerio de Salud Pública, 2020).

En el Ecuador la incidencia de casos por Covid-19 es de 48.45% en mujeres y de 51.55% en hombres, en los grupos de edades de 0 a 19 años hay mayor incidencia en mujeres mientras que de 20 años en adelante la incidencia pertenece al grupo masculino (Ministerio de Salud Pública, 2020).

## **2.2. Efectos de la pandemia y salud mental**

La crisis desencadenada por la pandemia que estos momentos sacude al mundo, no es solamente una crisis sanitaria, sino, una crisis multimodal que ha repercutido en la esfera económica, laboral y social (Palacio Ortiz , Lodoño Herrera, Nanclares-Márquez, Robledo-Rengifo, & Quintero, 2020), por lo cual el estudio sobre trastornos psiquiátricos no puede obviar estos aspectos inexorables al ser humano.

En primera instancia, hay que nombrar el impacto psicológico generado en el personal de salud, puesto que esta parte de la sociedad ha estado al frente de la batalla contra el enemigo invisible. Se ha encontrado que el personal sanitario expuesto al aislamiento ha

presentado mayores índices de irritabilidad, trastornos del sueño, ansiedad y dificultad de concentración (Vall Catello, 2020).

Estudios reportan que, en un comienzo, la población general en China experimentó estrés por el brote del SARS-CoV-2 (Huarcaya-Victoria, 2020), sin embargo, las medidas de protección para evitar la propagación del virus se convirtieron en factores de riesgo para desarrollar otros problemas psicológicos. Huarcaya-Victoria (2020) explica que la cuarentena aumenta la probabilidad de problemas mentales debido al distanciamiento entre personas, por lo cual se sugiere integrar medidas que aminoren el impacto como parte de la planeación de la misma (García & Cuéllar-Flores, 2020). Otros análisis sugieren que la falta de información adecuada sobre la duración y condiciones de la cuarentena, el temor al contagio y la escasez de insumos básicos de alimentación y salud figuran como elementos determinantes del surgimiento de problemas de índole mental que pueden persistir en el tiempo (Vall Catello, 2020).

Tomando en consideración la actual pandemia de COVID-19, se observa que los individuos con niveles elevados de ansiedad relacionados a la salud son susceptibles de interpretar algunas sensaciones o fenómenos corporales inofensivos como pruebas de que han contraído el virus, a la vez, la cuarentena hace más difícil el acceso a servicios de salud incluidas las intervenciones psicológicas, por lo cual los niveles de ansiedad aumentan significativamente (Huarcaya-Victoria, 2020). Además, investigaciones recientes sugieren que, en un 54% de la población en general expuesta al confinamiento, se observan cambios importantes del comportamiento aún meses después del fin de cuarentena, que corresponden a conductas de evitación por temor al contagio (Vall Catello, 2020), estas conductas que un comienzo se llevarían a cabo por protección, a futuro podrían ser consideradas respuestas mal adaptativas que lleguen a interferir con el funcionamiento normal del individuo.

Hasta el momento, no se dispone de estudios que examinen que aspectos se asocian a menores niveles de malestar o estrés psicológico en niños y niñas expuestos a la cuarentena (Ron & Cuéllar-Flores, 2020), sin embargo, estudios en población adulta evidencian que las cuarentenas de larga duración se asocian con un incremento en la prevalencia de estrés postraumático (Hawryluck, et al., 2020), tomando en cuenta lo citado anteriormente, la incertidumbre sobre el tiempo de duración de la cuarentena y las consecuencias sociales y económicas que esta pueda tener influenciaría de manera negativa a la salud mental.

### **2.3. Efectos de la pandemia Covid-19 y salud mental de niños**

En cuanto a la salud mental infantil, estudios recientes demuestran que los niños que habían tenido que estar en cuarentena, presentaban puntuaciones medias de estrés postraumático 4 veces mayores a diferencia de quienes no habían sido puestos en cuarentena (Ron & Cuéllar-Flores, 2020). La psiquiatra Abigail Huertas (2020) señala que además de la amenaza invisible que representa esta pandemia, para los niños se suman otros factores como la pérdida de rutinas escolares-sociales y también situaciones como la pérdida de trabajo de los padres, por ende, un desequilibrio en la economía del hogar; la muerte de un ser querido; que algún familiar cercano haya tenido que aislarse en casa o haber sido hospitalizado debido a la enfermedad por SARS-CoV-2. Además, otro factor de riesgo para la generación de trastornos mentales infantiles es la presencia de una patología de esta naturaleza en los padres, se ha reportado que una cantidad considerable de padres en cuarentena ha presentado síntomas suficientes para diagnosticar un trastorno como consecuencia de una situación traumática (Vall Catello, 2020).

Una encuesta reciente llevada a cabo por la Universidad del País Vasco (2020) sobre las consecuencias del confinamiento en niños de entre 3 y 12 años, evidencia que una cuarta parte de las familias no disponen de un espacio exterior en sus hogares, que un 20% de los

niños casi no realizaba actividad física y una cuarta parte de los niños pasaba un promedio de 6 horas frente a una pantalla.

En el caso de la población adolescente, investigaciones anteriores pueden brindar información relevante que ayude a predecir ciertos aspectos que podrían repetirse como es el caso de un estudio con adolescentes y estudiantes universitarios durante el brote de H1N1, el cual expone que no existen diferencias significativas en cuanto al riesgo de aparición de problemas generales de salud mental entre quienes han sido expuestos al confinamiento de quienes no (Wang, et al., 2011), de igual manera, otro estudio llevado a cabo en Canadá durante el brote de SARS en 2003 sugiere que los adolescentes en cuarentena presentan dificultades para cumplir las normas de esta y más probabilidades de romperla (DiGiovanni , Conley, Chiu, & Zaborski, 2004).

Entendido lo anterior y la complejidad que representa esta crisis multimodal, la pregunta que surge tanto en padres como en educadores y profesionales de la salud mental es: ¿Qué se puede hacer para mitigar los efectos del confinamiento en la salud mental infantil?

A pesar de que en la literatura reciente sobre el tema se pueden encontrar numerosas recomendaciones de expertos, estas no han sido contrastadas por otros estudios (García & Cuéllar-Flores, 2020). Sin embargo, se ha propuesto un resumen de las recomendaciones con mayor aquiescencia para disminuir o prevenir el impacto negativo de la cuarentena en población infantil basado en las sugerencias expuestas por la Organización Mundial de la Salud (2020), The National Child Traumatic Stress Network (2020), entre otros (García & Cuéllar-Flores, 2020).

Entre las recomendaciones se mencionan: el proporcionar información clara y comunicarla de manera comprensiva para la edad del niño sobre las medidas de protección para reducir la propagación del virus; explicarles lo que sucede y el propósito de estar

confinado; mantener, en medida lo posible, las rutinas diarias; permitir a los niños el uso de internet, monitorizando el tiempo que dedican a las redes sociales y el contenido de estas para evitar que reciban mensajes confusos o información falsa; promover el contacto virtual con amigos, maestros y familiares para mitigar los sentimientos de aislamiento (The National Child Traumatic Stress Network, 2020).

No se debe olvidar que cada individuo tiene necesidades distintas y resulta imprescindible incluir enfoques y guías para distintos tipos de población. Hume y otros autores (2020) proponen una guía para niños y adolescentes con alteraciones en neurodesarrollo o problemas de salud mental entre las cuales están el asegurarse de que el equipo médico, psicólogos y psiquiatras del niño o adolescente se involucren con los padres para ayudarlos a controlar condiciones preexistentes; se sugiere a los padres contactar a un profesional de la salud mental si su hijo o hija presenta signos de ansiedad y depresión grave como intentos o ideación autolítica, irritabilidad o agresividad, síntomas de pánico, trastornos del sueño, miedo a estar solo o retraído; ofrecer oportunidades para la expresión emocional; mantener las rutinas anteriores y crear nuevas.

En concordancia con lo expuesto por García y Cuellar-Flores (2020) hace falta un esfuerzo por ampliar el campo de investigación sobre las consecuencias de la pandemia en la salud mental infanto-juvenil puesto que gran parte de la información disponible en la actualidad se centra en población adulta, de esta manera se podrán planear medidas adecuadas y diferenciadas para cada necesidad sin dejar de lado a nadie por su edad o condición. Conjuntamente, estas recomendaciones deberían ir acompañadas de medidas políticas que aseguren el bienestar de la población en general en pro de su salud mental, Vall Catello (2020) menciona las siguientes: proveer a la sociedad del máximo de información posible, certera y adecuada sobre las condiciones de la cuarentena y las medidas de protección; garantizar el abastecimiento de insumos básicos de alimentación, educación y

salud, incorporar ayudas públicas para el fomento de la economía; y proveer al personal sanitario de ayuda psicológica.

## **CAPÍTULO III**

### **Metodología de la investigación**

En el presente capítulo se explica la metodología empleada en este trabajo de investigación, en la cual se exponen los objetivos, el alcance de la investigación, el tipo de estudio y las herramientas usadas para la recolección y evaluación de datos.

#### **3.1. Objetivo general**

Analizar la incidencia de ansiedad en niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años, por el aislamiento durante pandemia Covid- 19 mediante el test de Ansiedad de Spence.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Analizar el grado en el que se presenta la ansiedad en los niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años, por el confinamiento durante la pandemia.
- Identificar los tipos de ansiedad en los niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años, durante el aislamiento.
- Socializar los resultados obtenidos y proporcionar herramientas efectivas a los padres para la preservación de salud mental de niños, niñas y adolescentes.

#### **3.3. Población y muestra**

El estudio fue realizado 240 estudiantes; 72 hombres (30%) y 168 mujeres (70%) de entre 8 y 15 años, del grupo de hombres el 70.8% eran adolescentes de entre 12 y 15 años y del grupo de mujeres el 84.5% correspondía a este grupo etario.

#### **3.4. Criterios de inclusión**

- Niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años.
- Niños, niñas y adolescentes que tengan acceso a plataformas virtuales.

### **3.5. Criterios de exclusión**

- Niños, niñas y adolescentes que estén fuera del rango de edad de 8 a 15 años.
- Niños, niñas y adolescentes de los cuales sus padres no estén de acuerdo con la participación.
- Niños, niñas y adolescentes que no tengan acceso a recursos tecnológicos.

### **3.6. Tipo de estudio**

El diseño de la presente investigación fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal con un enfoque metodológico cuantitativo. Tuvo un alcance exploratorio y descriptivo.

### **3.7. Instrumentos**

Como instrumento para determinar el nivel ansiedad en niños, niñas y adolescentes, se utilizó La Escala de Ansiedad Infantil de Spence (1997). Esta medida consta de 44 ítems, de los cuales 38 reflejan síntomas específicos de ansiedad y 6 se relacionan con ítems de relleno positivos para reducir el sesgo de respuesta negativa. De los 38 ítems de ansiedad, 6 reflejan ansiedad por separación (+5, +8, +12, +15, +16, +44), 6 fobia social (+6, +7, +9, +10, +29, +35), 6 problemas obsesivo compulsivos (+14, +19, +27, +40, +41, +42), 6 pánico / 3 agorafobia (+13, +21, +28, +30, +32, +34, +36, +37, +39), 6 ansiedad generalizada / síntomas de ansiedad excesiva (+1,+3,+4, +20, +22, +24) y 5 ítems se refieren a temores de lesiones físicas (+2, +18, +23, +25, +33). Los elementos se asignan de forma aleatoria dentro del cuestionario. A los niños se les pide que califiquen en una escala de 4 puntos que incluye nunca (0), a veces (1), a menudo (2) y siempre (3), la frecuencia con la que experimentan cada síntoma. Las instrucciones dicen: "Por favor, coloque un círculo alrededor de la palabra que muestre la frecuencia con la que le sucede cada una de estas cosas. No hay respuestas correctas e incorrectas". Hay seis elementos de relleno redactados positivamente (Spence, 1997). Se transformó la puntuación bruta a una puntuación T con el fin de lograr una comparación intradimensiones y además para poder establecer un pre diagnóstico clínico.

### **3.8. Procedimiento de la investigación**

#### **3.8.1. Socialización y Aplicación de las Escalas**

Para los instrumentos de evaluación se utilizaron encuestas de tipo online, las cuales se difundieron mediante redes sociales, usando la estrategia muestral de bola de nieve.

#### **3.8.2. Análisis de Datos**

El procesamiento de información fue realizado en el programa SPSS 25 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2019, los resultados se muestran mediante medidas de tendencia central y dispersión, además la clasificación de niveles se presenta mediante frecuencias porcentuales. Para la comparación según sexo se aplicó el estadístico U-Mann Whitney pues el comportamiento de datos resultó no normal ( $p < 0.05$ ).

#### **2.8.3. Obtención de resultados**

Consiguiente a la obtención de los datos mediante el programa SPSS V25, realizó el análisis de datos para adquirir los resultados finales, respondiendo a las preguntas de la investigación, así como concordancia con los objetivos planteados. Los resultados finales se encuentran expresados en el capítulo IV, en el apartado de figuras y tablas.

## CAPITULO IV

### Resultados

En este capítulo se muestra la interpretación de los resultados finales obtenidos mediante el análisis de datos en el programa SPSS V25. El análisis descriptivo se plasmó en tablas y figuras.

#### 4.1. Datos Sociodemográficos

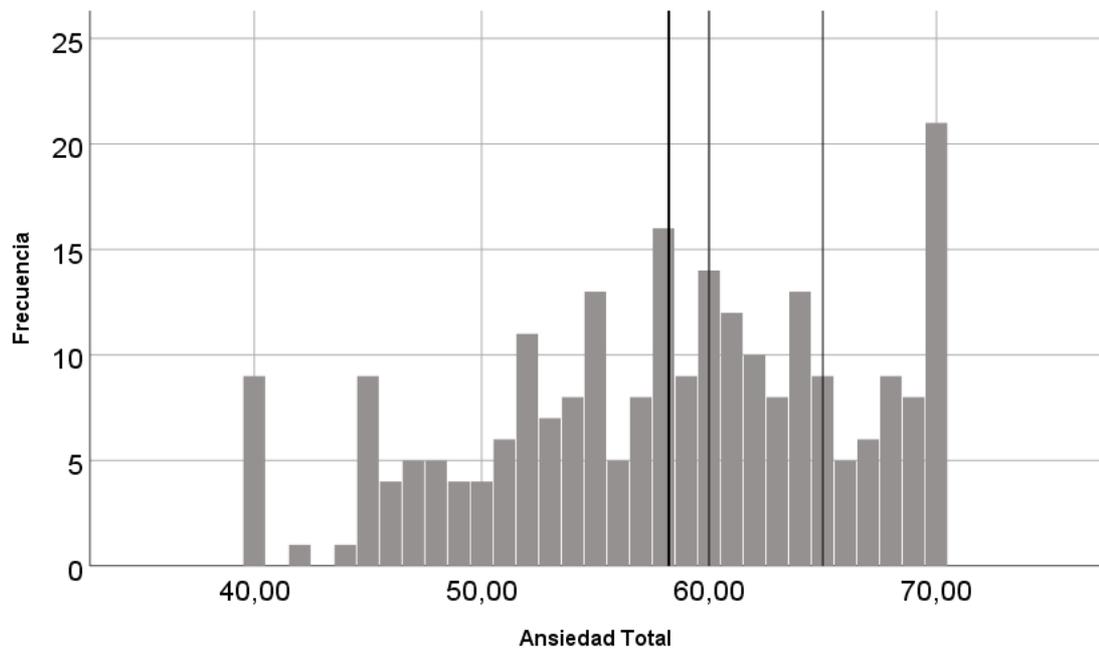
El estudio fue realizado con 240 estudiantes; 72 hombres (30%) y 168 mujeres (70%) de entre 8 y 15 años, del grupo de hombres el 70.8% eran adolescentes de entre 12 y 15 años y del grupo de mujeres el 84.5% correspondía a este grupo etario tal como se puede observar en la Tabla 1. Se obtuvo también la información de que el 77.9% de estudiantes si habían tenido contacto con sus amigos en este tiempo de aislamiento social, además el 28.3% no ha podido realizar sus hobbies o deportes de forma normal, el 55.8% si los realizado, pero en menor cantidad y el 15.8% restante si los ha realizado con normalidad.

#### 4.2. Tablas y figuras

*Tabla 1. Datos Sociodemográficos.*

Edad	Hombres (N=72)		Mujeres (N=168)	
	n	%	n	%
De 8 a 11 años (niños)	21	29.2	26	15.5
De 12 a 15 años (adolescentes)	51	70.8	142	84.5

La ansiedad total presente en los estudiantes, medida en escala de puntuación T (40-70), Se puede observar en la figura 1, en ella se visualiza una ligera tendencia hacia altas manifestaciones de ansiedad con una media de 58.2 mostrando una baja dispersión de datos (DE= 8.0), lo que implica un comportamiento homogéneo en todos los estudiantes.



*Figura 1. Comportamiento de ansiedad total*

El 52.1% de niños y adolescentes mostraron niveles normales de ansiedad mientras que el 47.9% restante alguna anomalía; se detectó que el 8.8% necesitaban una intervención inmediata, pues registraron PT=70, lo que implica el límite más alto de ansiedad en el test, además el 15.4% presentaban  $PT \geq 65$  lo que implica indicadores de trastornos y el 23.8% pertenece a un nivel subclínico  $60 \leq PT < 65$ ; sin embargo para poder determinar un diagnóstico es necesario complementar con: entrevistas y diagnósticos individuales. Ver figura 2.

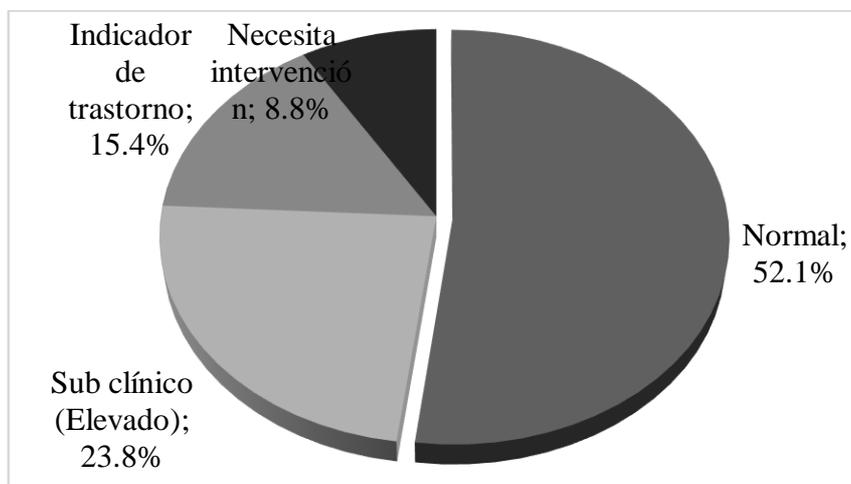
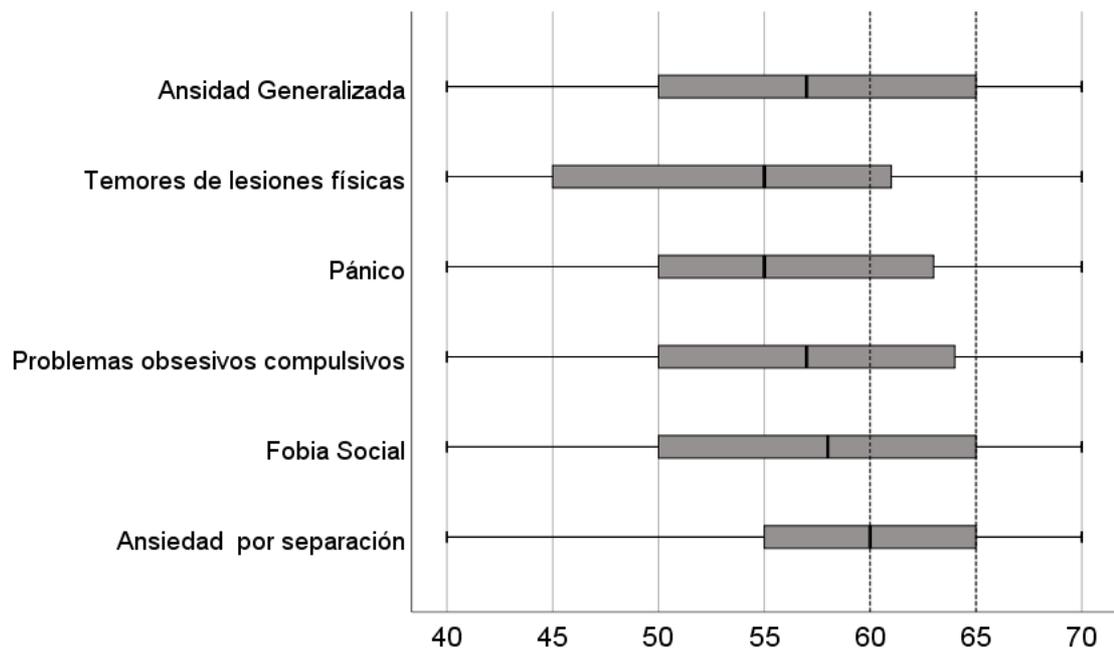


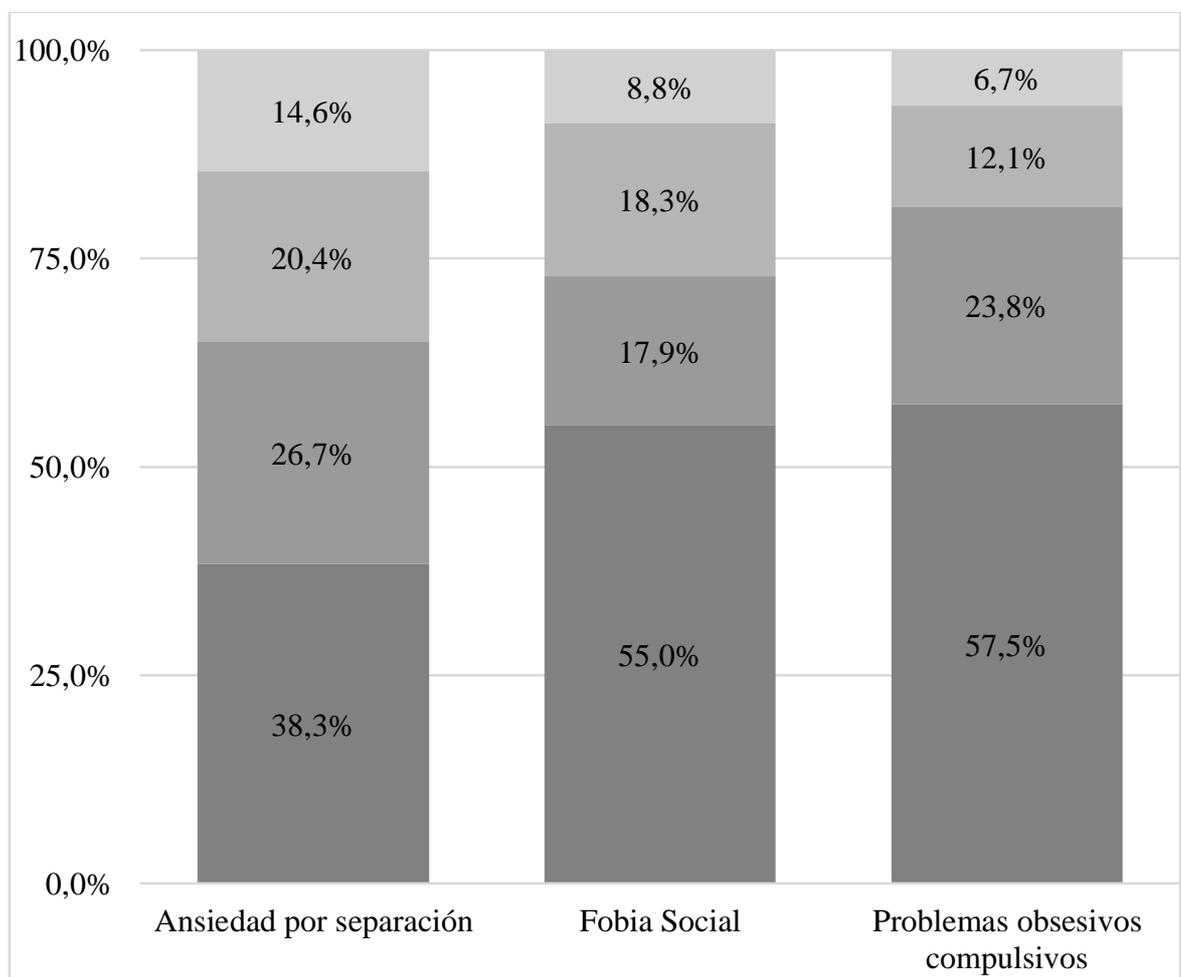
Figura 2. Niveles de ansiedad total

En la figura 3, se pueden observar mediante diagramas de cajas y bigotes las 6 dimensiones de ansiedad evaluadas. La ansiedad por separación resultó ser la dimensión predominante (M=60.3; DE=7.3), con una puntuación equivalente al límite entre una ansiedad normal y la etapa subclínica, seguida por la fobia social (M=57.3; DE=8.4) y la ansiedad generalizada (M=57.3; DE=8.9). La dimensión más débil resultó los temores por lesiones físicas (M=54.1; DE=8.8), así también el pánico/ agorafobia (M=55.8; DE=9.0) y los problemas obsesivos compulsivos (M=55.9; DE=9.0) a pesar de que en promedio se encontraban dentro del intervalo considerado como normal tenía una ligera tendencia hacia un estado alto de ansiedad; todas las dimensiones presentaron bajas dispersiones de datos (CV < 16%) revelando que todos los estudiantes tenían un comportamiento parecido.



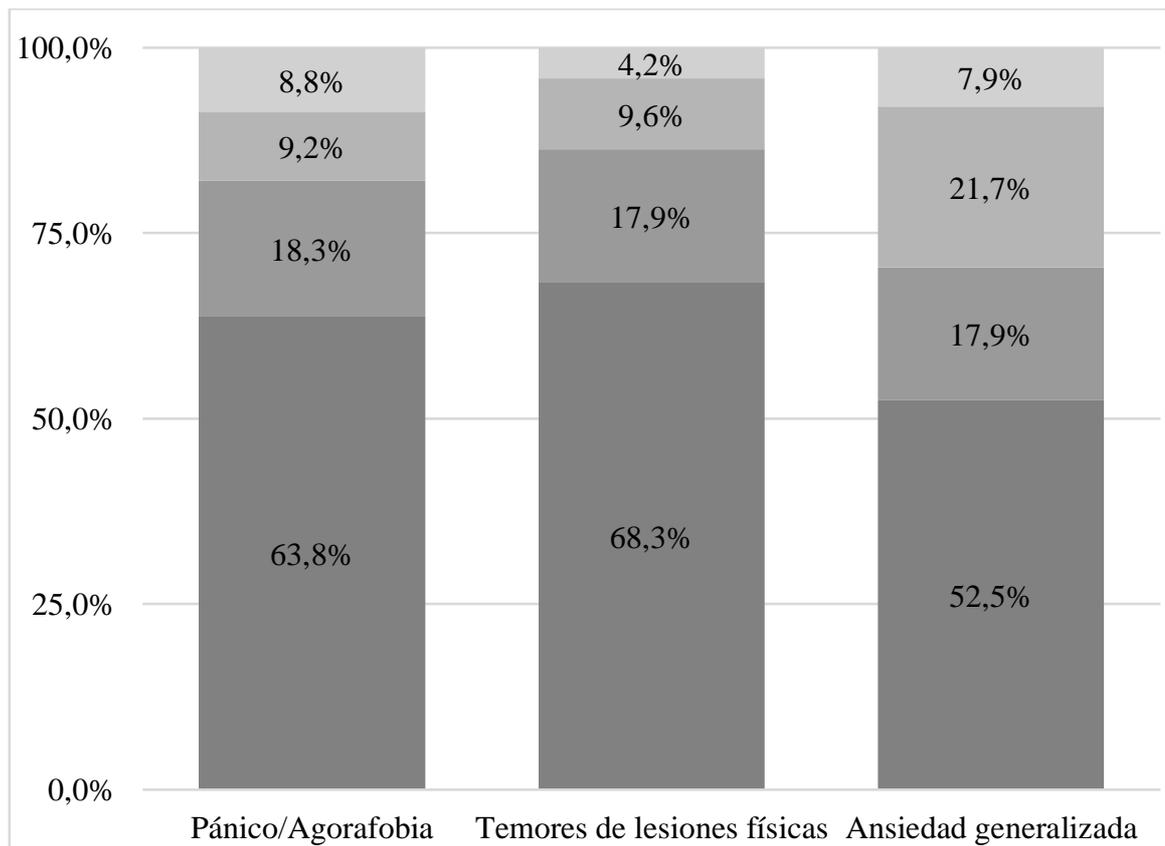
*Figura 3. Dimensiones de ansiedad*

Considerando los puntos de corte (según PT) estipulados por la autora del instrumento, se encontró que el 14.6% de niños necesitaban una intervención (PT=70) en ansiedad por separación, el 8.8% en fobia social y el 6.7% en problemas obsesivos compulsivos como se puede observar en la figura 4; el 61.7% de estudiantes tenían puntuaciones elevadas de ansiedad por separación, mientras que la fobia social estuvo presente de alguna manera en el 45% de estudiantes y los problemas obsesivos compulsivos en el 42.5%, los detalles a continuación.



*Figura 4. Niveles de ansiedad: Dimensiones: Ansiedad por separación, fobia social y problemas obsesivo compulsivos*

Finalmente, se encontró que alrededor del 32% de estudiantes tenían niveles atípicos de pánico y temores de lesiones físicas; mientras que en ansiedad generalizada estos niveles estaban presentes en el 47.5% de los estudiantes; se encontró además una condición extremadamente elevada en el 8.8% de estudiantes en pánico, el 4.2% en temores de lesiones y el 7.9% de la ansiedad generalizada. Ver detalles en figura 5.



*Figura 5. Niveles de ansiedad: Dimensiones: Pánico/Agorafobia, temores de lesiones físicas y ansiedad generalizada.*

Adicionalmente, se encontró que las mujeres eran quienes presentaban puntuaciones T superiores a los hombres, sin embargo únicamente la fobia social como dimensión resultó significativamente mayor ( $p < 0.05$ ), la suma de todas las dimensiones (Ansiedad total) reveló también que la condición de ansiedad era mayor en las mujeres. Ver tabla 2.

*Tabla 2. Ansiedad según el sexo.*

<i>Ansiedad según sexo</i>	Hombres		Mujeres		P
	Media	DE	Media	DE	
Ansiedad por separación	58.58	8.3	61.05	6.8	0.107
Fobia Social	54.86	8.3	58.35	8.3	0.005*
Problemas obsesivos compulsivos	54.35	9.7	56.6	8.6	0.077
Pánico	54.1	8.8	56.53	9	0.063
Temores de lesiones físicas	53.17	9	54.57	8.7	0.223
Ansiedad Generalizada	56.44	9	57.67	8.8	0.253
Ansiedad Total	56.24	8	59.09	7.9	0.009*

## DISCUSIÓN

En concordancia a los hallazgos obtenidos en la presente investigación y en conformidad con estudios previos relacionados, el presente trabajo de investigación muestra la incidencia de ansiedad en niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años, por el aislamiento durante pandemia Covid- 19. A continuación se exponen los resultados contrastados con otras investigaciones.

Como pudo observarse en el presente trabajo investigativo, los participantes mostraron una ligera tendencia hacia altas manifestaciones de ansiedad con una media de 58.2, este hecho puede explicarse por lo manifestado Huarcaya-Victoria (2020) quien explica que la cuarentena aumenta la probabilidad de problemas mentales debido al distanciamiento entre personas, además, es imprescindible recalcar que existen múltiples factores de riesgo que pueden precipitar o agravar cualquier cuadro ansioso en niños especialmente en estos momentos de incertidumbre. Como se mencionó anteriormente, la alteración de las rutinas diarias, la inestabilidad económica en el hogar provocada por la crisis mundial, la presencia de patologías mentales en los padres, entre otros (Huertas, 2020), son factores que se deben tomar en cuenta al momento de evaluar la presencia de alteraciones mentales en niños y adolescentes.

Los resultados de esta investigación también indicaron que casi la mitad de los participantes, es decir, el 47.9% presentó alguna anomalía; mientras que el 8.8% necesitaban una intervención inmediata y el 15.4% presentó  $PT \geq 65$  lo que sugiere la presencia de indicadores de trastornos; en investigaciones similares se menciona que los niños y jóvenes con un problema psiquiátrico preexistente podrían presentar un agravamiento de sus síntomas (Palacio Ortiz , Lodoño Herrera, Nanclares-Márquez, Robledo-Rengifo, & Quintero, 2020), razón por la cual se podría explicar el porcentaje de individuos que necesitan una intervención inmediata y que presentan anomalías mentales o de comportamiento e

indicadores de otros trastornos. Durante estos últimos meses la investigación sobre la prevalencia de trastornos mentales en niños debido al aislamiento ha sido escasa, no obstante, existe evidencia de que el estrés postraumático es 4 veces mayor en niños que habían tenido que estar en cuarentena, a diferencia de quienes no habían sido aislados (Ron & Cuéllar-Flores, 2020).

Otro hallazgo relevante fue que el 61.7% de estudiantes tenían puntuaciones elevadas de ansiedad por separación, de los cuales, un 14.6% necesitaban una intervención inmediata, se ha observado que en los niños con esta afección puede surgir la necesidad de estar más apegados a sus padres o cuidadores durante esta pandemia y presentar dificultades para volver a la escuela o al colegio (Palacio Ortiz , Lodoño Herrera, Nanclares-Márquez, Robledo-Rengifo, & Quintero, 2020) también, el haber tenido un familiar cercano contagiado, que haya sido hospitalizado o puesto en aislamiento es un factor de riesgo para presentar este tipo de trastornos (Huertas, 2020), otro factor que puede incidir en la aparición del trastorno de ansiedad por separación en niños es el vivir o presenciar situaciones de violencia intrafamiliar (Mas Camacho, et al., 2020).

El 45% de los participantes en la presente investigación presentó puntuaciones elevadas al medir la dimensión de fobia social, de los cuales el 8.8% requerían de intervención, además, se observó que las mujeres presentaron puntuaciones T significativamente mayores que los hombres. Investigaciones recientes al respecto señalan que los pacientes con fobia social pueden presentar recaídas o un retroceso debido a la evitación de la exposición durante el confinamiento (Palacio Ortiz , Lodoño Herrera, Nanclares-Márquez, Robledo-Rengifo, & Quintero, 2020).

En la presente investigación se observaron puntuaciones elevadas en el 42.5% de los participantes con respecto a problemas obsesivos compulsivos, de los cuales, el 6.7%

necesitaba intervención. Se ha observado que los síntomas característicos del trastorno obsesivo compulsivo pueden intensificarse debido a una reacción adaptativa del niño, en aquellos individuos con temor a las enfermedades los cuadros ansiosos pueden verse intensificados, ya que existe un miedo excesivo al contagio (Palacio Ortiz , Lodoño Herrera, Nanclares-Márquez, Robledo-Rengifo, & Quintero, 2020).

## CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos se puede concluir que existe una ligera tendencia hacia altas manifestaciones de ansiedad con una media de 58.2. El 47.9% de los participantes presentó alguna anomalía; mientras que el 8.8% necesitaban una intervención inmediata y el 15.4% presentaron  $PT \geq 65$  lo que sugiere la presencia de indicadores de trastornos.

En cuanto a las dimensiones de ansiedad evaluadas en esta investigación se encontró que la ansiedad por separación resultó ser la dimensión predominante, seguida por la fobia social ( $M=57.3$ ;  $DE=8.4$ ) y la ansiedad generalizada, ya que, se encontró que el 61.7% de estudiantes tenían puntuaciones elevadas de ansiedad por separación, mientras que la fobia social estuvo presente de alguna manera en el 45% de estudiantes y los problemas obsesivos compulsivos en el 42.5%. Se evidenció que un 14.6% de niños necesitaban una intervención ( $PT=70$ ) en ansiedad por separación, el 8.8% en fobia social y el 6.7% en problemas obsesivos compulsivos.

Además, se observó que existen diferencias significativas ( $p<0.05$ ), al evaluar la dimensión de fobia social entre hombres y mujeres, siendo estas últimas quienes presentaron puntuaciones T superiores a los hombres. Adicionalmente, se halló que 77.9% de estudiantes si habían tenido contacto con sus amigos en este tiempo de aislamiento social y que el 28.3% no ha podido realizar sus hobbies o deportes de forma normal.

## **RECOMENDACIONES**

4. Socializar los resultados en el ámbito académico y con los padres de los niños y adolescentes que participaron del presente trabajo de investigación.
5. Diseñar programas psicoeducativos y de prevención para la aparición de problemas mentales debido al aislamiento en población infantil, mediante la creación de infografías que sean difundidas por internet.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Panamericana.
- Bubrick, J. (2020). *Child Mind Institute*. Obtenido de Child Mind Institute:  
<https://childmind.org/article/tratamiento-del-comportamiento-para-ninos-con-ansiedad/>
- Calles, R. (2017). Revisión histórica de las teorías psicodinámicas explicativas de los trastornos de ansiedad. *Norte de Salud Mental*, 15(57), 127-141. Obtenido de [file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-RevisionHistoricaDeLasTeoriasPsicodinamicasExplica-6381269%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-RevisionHistoricaDeLasTeoriasPsicodinamicasExplica-6381269%20(1).pdf)
- Cantero, M. P., Pérez, N., & Navarro, I. (2012). Historia y conceptos de la Psicología del Desarrollo. En *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez* (pág. 15). Alicante, España: Editorial Club Universitario.
- DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors Influencing Compliance with Quarantine in Toronto. *BIOSECURITY AND BIOTERRORISM: BIODEFENSE STRATEGY, PRACTICE, AND SCIENCE*, 265-272. Obtenido de <https://scihub.st/https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bsp.2004.2.265>
- El Mercurio. (2020). Azuay es la segunda provincia con mayor aumento de casos de coronavirus en el país. *El Mercurio*. Obtenido de [https://ww2.elmercurio.com.ec/2020/12/07/azuay-es-la-segunda-provincia-con-mayor-aumento-de-casos-de-coronavirus-en-el-pais/?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=feed&utm\\_campaign=Feed%3A+elmercurio+%28El+Mercurio+-+Cuenca+EC%29](https://ww2.elmercurio.com.ec/2020/12/07/azuay-es-la-segunda-provincia-con-mayor-aumento-de-casos-de-coronavirus-en-el-pais/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+elmercurio+%28El+Mercurio+-+Cuenca+EC%29)

- El Universo. (2020). Después de Galápagos, Azuay es la segunda provincia con mayor aumento de casos de coronavirus en Ecuador. Obtenido de <https://www.eluniverso.com/larevista/2020/12/07/nota/8075284/despues-galapagos-azuay-es-segunda-provincia-mayor-aumento-casos/>
- García, A., & Cuéllar-Flores, I. (22 de abril de 2020). *Elsevier public health emergency collection*. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.04.015
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M. J., & Hidalgo, M. I. (2017). Santander: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. En *Pediatría Integral* (Vol. 21). SEPEAP. Obtenido de [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/01/Pediatria-Integral-XXIII-8\\_WEB.pdf#page=5](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/01/Pediatria-Integral-XXIII-8_WEB.pdf#page=5)
- Guerra, P., Martín, E., & Arnaiz, A. (2011). La inhibición conductual: El estado de la investigación. *Revista de Psicología*, 1(1), 88-101.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogoroski, S., Galea, S., & Styra, R. (2020). doi:10.3201/eid1007.030703.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 327-334.
- Huertas, A. (2 de junio de 2020). Los efectos del confinamiento en la salud mental de niños y adolescentes. (B. Portinari, Entrevistador)
- Hume, K. W. (2020). *Autism Focused Intervention Resources & Modules*. Obtenido de Autism Focused Intervention Resources & Modules: <https://afirm.fpg.unc.edu/supporting-individuals-autism-through-uncertain-times>
- Leralta, O., Jimenez-Pernett, J., Rodríguez, A., Toro, S., & Gomez, D. (14 de mayo de 2020). *Escuela Andaluza de Salud Publica* . Obtenido de Escuela Andaluza de Salud Publica

: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/del-confinamiento-a-la-desescalada-efectos-en-infancia-y-adolescencia/>

López , G., & Delgado, J. (2016). *construcción y la validación de un manual lúdico para el tratamiento cognitivo conductual de niños y niñas*. Obtenido de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/6461/1/39919.pdf>

Martínez-Escribano, L., Piqueras, J., & Salvador , C. (2017). Eficacia de las intervenciones basadas en la atención plena (mindfulness) para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes. *Psicología Conductual*, 455'463. Obtenido de <https://search.proquest.com/openview/1f6de177c8d6dc54f29b3f1d9f26b581/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>

Mas Camacho, M. R., Acebo del Valle, G. M., Gaibor González, M. I., Chávez Chacán, J., Núñez Aguiar, F. d., González Nájera, L. M., . . . Gruezo González, C. A. (Enero de 2020). Violencia intrafamiliar y su repercusión en menores de la provincia de Bolívar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23-28. Obtenido de Revista Colombiana de Psiquiatría: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745018300490?via%3Dihub>

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Boletines epidemiológicos coronavirus por semanas*. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/Boletin-196\\_Nacional\\_MSP.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/Boletin-196_Nacional_MSP.pdf)

Network, T. N. (2020). *Parent/Caregiver Guide to Helping Families Cope With the Coronavirus Disease 2019*.

Ordoñez, A. (2016). Estudio longitudinal sobre la Inhibición Conductual en la infancia, sus factores asociados y su relación con el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Obtenido de <http://150.214.170.229/handle/10953/732>

Organización de Estados Iberoamericanos. (2014). Entornos escolares saludables. Prevención de riesgos psíquicos y promoción de la salud mental. *Revista Iberoamericana de Educación*, 47.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Helping children cope with stress during the 2019-nCoV outbreak*. Ginebra. Obtenido de <file:///C:/Users/HP/Downloads/9789240003910-eng.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus covid-19*. Obtenido de [https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=Cj0KCQiA34OBBhCcARIsAG32uvPFFoOmSEAQxE63IkwsY38Bpgrb-I7trcM\\_Ec0NDYGPhKEmXNcAwYoaAsvjEALw\\_wcB](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=Cj0KCQiA34OBBhCcARIsAG32uvPFFoOmSEAQxE63IkwsY38Bpgrb-I7trcM_Ec0NDYGPhKEmXNcAwYoaAsvjEALw_wcB)

Organización Mundial de la Salud. (2020). Salud mental del adolescente. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Panel de la OMS sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Obtenido de <https://covid19.who.int/>

Palacio Ortiz, J. D., Lodoño Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero, C. P. (17 de julio de 2020). *Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19*. doi:10.1016/j.rcp.2020.05.006

- Reyes, A. (2010). Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. *Biblioteca Virtual en Salud*. Obtenido de <http://sncpharma.com/wp-content/uploads/2018/01/Trastorno-ansiedad.pdf>
- Ron, A. G., & Cuéllar-Flores, I. (2020). Impacto psicológico del confinamiento en la población infantil y como mitigar sus efectos: revisión rápida de la evidencia. *Anales de pediatría*, 57-58. doi:10.1016/j.anpedi.2020.04.015
- Ruiz Sancho, A. M., & Lago Pita, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones. Obtenido de [https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad\\_0.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf)
- Tayeh, P., Agámez, M., & Chaskel, R. (2016). Trastornos de Ansiedad en la infancia y la adolescencia. Obtenido de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Urbano, C., & Yuni, J. (2005). Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital. Córdoba, Argentina: Brujas. Obtenido de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MN9AiGaJPmAC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Urbano,+C.+A.,+%26+Yuni,+J.+A.+\(2005\).+Psicolog%C3%ADa+del+Desarrollo:+enfoques+y+perspectivas+del+curso+vital.+C%C3%B3rdoba,+Espa%C3%B1a:+Editorial+Brujas.&ots=llEs\\_Ip54h&sig=nUHT4f](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MN9AiGaJPmAC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Urbano,+C.+A.,+%26+Yuni,+J.+A.+(2005).+Psicolog%C3%ADa+del+Desarrollo:+enfoques+y+perspectivas+del+curso+vital.+C%C3%B3rdoba,+Espa%C3%B1a:+Editorial+Brujas.&ots=llEs_Ip54h&sig=nUHT4f)
- Vall Catello, J. (2020). Efectos del confinamiento sobre la salud mental. *elperiódico*. Obtenido de <https://www.elperiodico.com/es/opinion/20200423/articulo-judit-vall-confinamiento-salud-mental-7938356>
- Villacob, K. (2015). Formación de esquemas maladaptativos tempranos y su relación con los trastornos ansiosos. *Tejidos Sociales*, 1, 100-107. Obtenido de <file:///C:/Users/HP/Downloads/1445-1551-1-PB.pdf>

- Vinyamata, E., Horta, A., Marí, R., & Pérez, A. (2015). *Neurociencia Afectiva* (primera digital ed.). Barcelona: Editorial UOC.
- Virues, R. (2005). Estudio Sobre Ansiedad. *RevistaPsicológicaCientífica.com*, 7(8). Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- Wang, Y., Wang, Y., Chen, Y., & Quin, Q. (2020). Las características epidemiológicas y clínicas únicas de la neumonía emergente por el nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19) implican medidas de control especiales. *Journal of Medical Virology*, 92(6). Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25748>
- Wang, Y., Xu, B., Zhao, G., Cao, R., He, X., & Fu, S. (2011). Is quarantine related to immediate negative psychological consequences. *General Hospital Psychiatry*, 75-77. Obtenido de <https://sci-hub.st/https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834310002070>
- Yllá, L. (2008). Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. *Avances en Salud Mental Relacional*, 7(3). Obtenido de <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=algunos-aspectos-psicodinamicos-de-los-trastornos-de-ansiedad>

## ANEXOS

### *Anexo 1. Los derechos del participante*

Si eres niño o adolescente entre 8 y 15 años, te invitamos a participar en nuestro estudio. Te pedimos que dediques unos minutos para contestar las siguientes preguntas que nos permitirán información sobre tu estado actual durante la pandemia Covid-19 y conocer sobre los efectos de esta en la salud mental de jóvenes.

Primero te pedimos que tu papá o mamá nos den su consentimiento para tu participación contestando la primera pregunta.

Si tienes más de 14 años también pedimos tu consentimiento

El cuestionario es completamente anónimo y no necesitas proporcionar ninguna información personal de identificación.

Tu participación es completamente voluntaria y tu negativa no le traerá ninguna repercusión.

Eres libre de abandonar el estudio en cualquier momento.

Yo Padre/ Madre estoy de acuerdo que mi hijo participe en la encuesta

Si

No

Anexo 2. Escala de ansiedad de Spence (SCAS).

Marca con una "X" dentro del paréntesis la opción que muestre con qué tan seguido te pasan estas cosas a ti. No hay respuestas buenas o malas.

- |                                                                    |           |             |                  |             |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------------|-------------|
| 1. Hay cosas que me preocupan                                      | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 2. Me da miedo la obscuridad                                       | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 3. Cuando tengo un problema siento feo en el estómago              | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 4. Siento temor                                                    | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 5. Sentiría temor si me quedara solo(a) en casa                    | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 6. Me da miedo presentar un examen                                 | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos      | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres                    | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 9. Tengo miedo de hacer el ridículo enfrente de la gente           | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela             | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad           | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 12. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |
| 13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna | Nunca ( ) | A veces ( ) | Muchas veces ( ) | Siempre ( ) |

14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
15. Me da miedo dormir solo(a)  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
16. Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
17. Soy bueno en los deportes  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
18. Me dan miedo los perros  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
20. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
21. De repente empiezo a temblar sin razón  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
23. Me asusta ir al doctor o al dentista  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a)  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
25. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
26. Soy un(a) buen(a) niño(a)  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
28. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )

30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques)  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
31. Me siento feliz  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
32. De repente me siento muy asustado(a) sin razón  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
33. Me dan miedo los insectos o las arañas  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
34. De repente me siento mareado(a) o que me voy a desmayar sin razón  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
35. Me da miedo tener que hablar frente a mis compañeros de clase  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
36. De repente mi corazón late muy rápido sin razón  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
37. Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada que temer  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
38. Me gusta como soy  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
39. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños)  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
40. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden)  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
42. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
43. Me siento orgulloso(a) de mi trabajo en la escuela  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa  
 Nunca ( )                      A veces ( )                      Muchas veces ( )                      Siempre ( )
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?    SI ( )                      NO ( )  
 Escribe lo que es \_\_\_\_\_

---

¿Qué tan seguido te da miedo esto?

Nunca ( )

A veces ( )

Muchas veces ( )

Siempre ( )



# ¿CÓMO SE TRATA LA ANSIEDAD?

## FÁRMACOS

Tanto en grupos infanto-juveniles como en adultos suelen administrarse antidepresivos y ansiolíticos



## TERAPIA

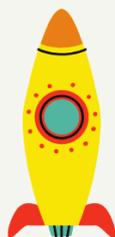
- Cognitivo conductual.
- Basada en la atención o Mindfulness.
- Terapia de juego.



## EN CUANTO A LA EMERGENCIA SANITARIA



- Proporcionar información clara y comprensiva para la edad del niño o adolescente.
- Mantener las rutinas diarias e incorporar actividades lúdicas.
- Monitorizar el tiempo que dedican a las redes sociales y el contenido de las mismas.
- Promover el contacto virtual con amigos, maestros y familiares.



## ACTIVIDADES PARA REALIZAR EN CASA

- Juegos simbólicos y tradicionales.
- Puzzle de figuras y letras .
- Pintura con crayones y acuarelas.
- Lectura de cuentos e interpretación de los mismos.
- Juegos geométricos de números y caminos.

