

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN LA FUNDACIÓN HOMI

MARÍA YANIRA VILLALBA UGARTE

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ, SEPTIEMBRE DE 2016

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN LA FUNDACIÓN HOMI

MARÌA YANIRA VILLALBA UGARTE

Trabajo de grado para la obtención del título de Psicóloga

Ps. Msc. IVONNE ALEJO CASTAÑEDA

Asesora

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ, SEPTIEMBRE DE 2016

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del Jurado**

---

**Firma del Jurado**

**Bogotá, septiembre de 2016**

## **Agradecimientos**

A Dios por ser mi luz y fuerza para lograr cada objetivo y llegar hasta el fin de la meta. A mi asesora Ivonne Alejo Castañeda, por sus conocimientos, orientación, acompañamiento, creer y guiar mi proyecto.

A los niños hospitalizados y sus familias participantes de este estudio, por compartir sus experiencias de vida, a la fundación HOMI, por su colaboración y apoyo durante el proceso.

## **Dedicatoria**

Este proyecto de grado, se lo dedico principalmente a Dios por guiarme con amor y entrega en mi formación como psicóloga, por darme fuerza, sabiduría, disciplina y pasión necesaria para lograr los objetivos superando las dificultades y poder culminar con satisfacción este proceso.

A mi padre por su apoyo, comprensión, y ayudarme con los recursos necesarios para culminar esta etapa tan importante de vida. Pero sobre todo por darme todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi empeño, mi perseverancia para conseguir mis objetivos.

A los niños que en situaciones tan difíciles como lo es la enfermedad y la hospitalización continúan siendo seres maravillosos llenos de amor y entrega, lo que me lleva a confirmar mi pasión por esta valiosa profesión como lo es la psicología.

"La risa inocente de un niño es música de bellísimas armonías, es luz, es consuelo, es dicha; lo hace olvidar a uno por un momento de que existen tantas miserias en el mundo" José Ignacio Barberi.

## **Tabla de contenido**

Resumen, 1
Justificación, 2
Planteamiento del problema, 6
Pregunta de investigación, 7
Objetivos, 10
Objetivo General, 10
Objetivos específicos, 10
Marco Conceptual, 11
Conceptualización de ansiedad, 11
Teorías de la ansiedad, 16
Ansiedad en niños y adolescentes, 28
Factores que inciden en la ansiedad, 31
Hospitalización y enfermedad en el niño y adolescente, 38
Alteraciones psicosociales de la enfermedad y la hospitalización en niños y el adolescente, 40
Estudios relacionados con la ansiedad en niños en situación hospitalaria, 44
Metodología, 48
Tipo de investigación, 48
Participantes, 48
Criterios de inclusión, 49
Criterios de exclusión, 49
Instrumento, 49
Procedimiento, 51

Categorías o variables de estudio, 52

Resultados, 54

Características sociodemográfica de los participantes de estudio, 54

Resultado del instrumento STAIC, aplicado a los niños/niñas y adolescentes, por análisis de los seis factores, 57

Resultados del instrumento STAI aplicado a las madres/cuidadoras de los pacientes, 63

Resultados sobre los factores psicosociales asociados a la ansiedad en los niños y adolescentes hospitalizados, 64

Discusión, 66

Conclusiones, 74

Referencias, 74

Apéndices, 83

## **Lista de tablas**

- Tabla 1. Tipo de ansiedad y sus características, 14
- Tabla 2. Principales trastornos de ansiedad y sus características en niños y adolescentes, 15
- Tabla 3. Síntomas Psicofisiológicos de la Ansiedad, 17
- Tabla 4. Síntomas de ansiedad en niños y adolescentes, 29
- Tabla 5. Miedos comunes en la infancia, 30
- Tabla 6. Acontecimientos vitales familiares y escolares en niños y adolescentes, 37
- Tabla 7. Factores de riesgo ambientales en la ansiedad infantil, 38
- Tabla 8. Significado de la enfermedad y hospitalización para el niño/adolescente, 41
- Tabla 9. Características de los niño/adolescentes y madres/cuidadoras, 54
- Tabla 10. Características de la hospitalización, 55
- Tabla 11. Composición y nivel socioeconómico familiar de los participantes, 56
- Tabla 12. Factor 1 (A/R) Temor, 58
- Tabla 13. Factor 2 (A/E): Tranquilidad, 58
- Tabla 14. Factor 3(A/R): Preocupación, 59
- Tabla 15. Factor 4 (A/R): Evitación, 60
- Tabla 16. Factor 5 (A/R): Somatización, 61
- Tabla 17. Factor 6 (A/R): Ira y Tristeza, 58
- Tabla 18. Comparativo puntuaciones entre Ansiedad Estado/Rasgo en los participantes, 62
- Tabla 19. Puntuaciones Ansiedad E/R en madres y cuidadoras de los pacientes, 63



## **Lista de Figuras**

Figura 1. Modelo de los trastornos de ansiedad de Barlow, 27

## **Lista de Apéndices**

Apéndice A. Ficha Sociodemográfica para la caracterización de los participantes

Apéndice. B. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) Niños y Adolescentes. (Adaptación colombiana).

Apéndice C. Descripción en la revisión de factores

Apéndice D. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) Adultos

Apéndice E. Consentimiento Informado

## Resumen

El presente estudio descriptivo exploratorio tuvo como objetivo identificar factores psicosociales asociados a la ansiedad en niños y adolescentes hospitalizados en la Fundación HOMI. La muestra estuvo conformada por 12 pacientes pediátricos niños/niñas y adolescentes de 9 y 14 años de edad y sus madres y cuidadoras principales. Se aplicó un instrumento que midiera ansiedad estado y ansiedad de rasgo, en niños y adolescentes se utilizó el STAIC estandarizado para la población Colombiana, y para madres y cuidadoras se utilizó el STAI, a fin de identificar síntomas y respuestas ansiosas. Se realizó una entrevista semiestructurada a las madres y cuidadoras, se aplicó ficha sociodemográfica para la caracterización de la población e indagar variables psicosociales que pudieran influir en las respuestas ansiosa en los niños, adolescentes y sus acompañantes durante la hospitalización. No se hallaron niveles de ansiedad estado y rasgo significativos en los niños y adolescentes dado que únicamente el 33,3 % (4) pacientes del total de la muestra estudiada (n=12) presentaron síntomas en algunos de los factores que miden ansiedad de estado y rasgo. Por su parte, en las madres y cuidadoras de la muestra estudiada, se identificó ansiedad estado en el 41,6% (5), mientras que ansiedad rasgo obtuvieron puntuaciones mínimas. Otro 41,6% (5) presentaron componentes ansiosos significativos para ansiedad de estado y ansiedad rasgo. Y en relación a los factores psicosociales ninguna de las variables sociodemográficas abordadas en el presente estudio muestra relación estadísticamente significativa con los porcentajes de los síntomas ansiosos en los niños y adolescentes. Sin embargo se hallaron factores de riesgo como predominio de las familias monoparental y sobre carga en el cuidador, número de hijos significativo, falta de vivienda propia, dificultades económicas y bajo nivel de escolaridad en las madres y cuidadoras.

**Palabras Clave:** Ansiedad, Ansiedad estado, Ansiedad rasgo, Ansiedad infantil, hospitalización infantil.

## Justificación

La hospitalización extrae al niño de su medio habitual para ponerlo en otro desconocido, alterando su vida cotidiana y la de la familia; en ocasiones, interrumpe de forma breve o prolongada su escolaridad, restringe su tiempo libre y su vida social. Por tanto el niño experimenta una ruptura con su medio, lo que define un estado emocional particular que puede o no favorecer la recuperación de su enfermedad (Méndez & Ortigosa, 2000 referidos por Silva, 2012). Aguilera y Whetsell (2007), señalan que la percepción que tienen los niños de la hospitalización excede sus capacidades de comprensión para poder afrontarla, lo que los lleva en ocasiones a estados ansiosos.

De igual manera la enfermedad y la hospitalización de los niños, altera significativamente la vida de los padres y cuidadores, repercutiendo en la estructura y dinámica familiar, Quesada, et al. (2014) señalan que ante esta situación factores en la familia como la estabilidad emocional, la economía, la autonomía, la situación laboral, la dinámica interna, las actividades, las relaciones sociales y el comportamientos de sus miembros en la familia se ven afectados y requieren ser estructurados o modificados según los requerimientos de paciente. Es así como los padres sufren un impacto emocional durante la alteración de los procesos de salud y la hospitalización de su hijo, por lo que también requieren ser acompañados y asistidos.

Dentro de las respuestas emocionales que los niños y adolescentes experimentan durante el proceso de hospitalización se encuentra la ansiedad, a lo que señala Cerdan, et al. (2002; Fernández & López, 2006 citados por Banda et al. 2011) los niños hospitalizados presentan una serie de respuestas de ansiedad que interfieren de forma negativa en su comportamiento durante la estancia hospitalaria y que está en función del tiempo de hospitalización. De acuerdo con Lazarus (1976 citado por Virues, 2005), la ansiedad es un fenómeno propio a todas las personas, que bajo condiciones normales mejora el rendimiento y la adaptación al medio, su función es movilizar al individuo frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de manera que haga lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Por su parte, González, et al., (2009) argumentan que desde muy pequeños los niños experimentan angustias y reacciones de miedo ante un suceso temible. Estas expresiones de miedo están relacionadas con

el proceso de maduración emocional, social e intelectual del niño que al superar cada etapa del ciclo evolutivo, los miedos o temores van desapareciendo

En algunos estudios en ansiedad con niños hospitalizados, Alfaro y Atria (2009), en su investigación sobre los factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado en Chile en el año 2009, estiman que alrededor de un 25% de los niños se han hospitalizado una vez, de los cuales, cerca del 30% de los niños hospitalizados presentan síntomas ansiosos o depresivos durante la hospitalización. Banda, et al. (2011), realizaron un estudio para determinar los niveles de ansiedad rasgo/estado en pacientes pediátricos hospitalizados en dos Instituciones de Salud, con una muestra de 40 participantes por hospital. Aplicaron el Inventario (STAIC), en cuanto a los niveles de Ansiedad- estado, en el primer hospital un 45% y en el segundo hospital un 40% de los pacientes pediátricos presentaron características. Para los niveles de Ansiedad-Rasgo, en el primer hospital un 55% y en el segundo hospital un 60% de los pacientes presentaron características en este tipo de ansiedad. Encontraron que los porcentajes más significativos son en Ansiedad-Rasgo, que sería la expresión de la inadecuación en el ambiente hospitalario de los pacientes pediátricos.

En otro estudio Aguilera y Whetsell (2007), investigaron la relación del nivel de ansiedad y el evento de la hospitalización en una población en niños de 7 a 11 años de edad, los autores observaron diferencias en la ansiedad a través del tiempo siendo más alto durante la hospitalización y más bajo después de egresar del hospital. Encontraron correlación negativa entre la edad y los niveles de ansiedad de los niños después de la hospitalización, sugieren que probablemente se deben a que los niños de mayor edad poseen mejores recursos para afrontar y superar las situaciones que producen ansiedad.

En Colombia son escasos los estudios que den a conocer los estados emocionales que experimentan los niños y adolescentes ante la hospitalización. Se desconoce en términos psicológicos lo que piensan y sienten los pacientes pediátricos frente al proceso de la hospitalización. Siendo la ansiedad una de las respuestas que con mayor frecuencia presentan los niños ante este suceso adverso, es conveniente conocer su incidencia y consecuencia en los niños durante el tratamiento y hospitalización. A si mismo, se debe tener en cuenta otros factores a nivel psicosocial, que pueden incidir o aumentar esta respuesta en los pacientes pediátricos, dado que no solo la enfermedad, tratamientos médicos y el entorno hospitalario alteran los estados

emocionales y comportamentales de los niños, existen otras causas de tipo familiares, educativas y sociales que pueden contribuir a elicitare comportamientos ansiosos en los niños hospitalizados.

En torno a las políticas de salud pública, en el Plan decenal, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció cuatro prioridades para la atención integral en salud de los niños Colombianos a saber: cero tolerancia a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable, lograr calidad y humanización de la atención integral en salud, enfatizar en la familia y comunidad como determinantes de la salud y el fortalecimiento de la rectoría en salud. En ese sentido la humanización de la salud en los pacientes pediátricos es un tema de sumo interés para el hospital fundación HOMI, desde el año 1999 el Comité de Humanización Hospital de la Misericordia viene cuestionando sobre los efectos emocionales negativos que conlleva la hospitalización en los niños, niñas y sus familias, de ahí la importancia de introducir medidas especiales para “humanizar” la atención que se les brinda a los niños y niñas hospitalizados. En este sentido el HOMI realiza un trabajo multidisciplinario, promoviendo una cultura de compromiso y amor por los niños con una atención integral y trato humano hacia los pacientes. A sí mismo, se toma a la familia como un factor fundamental, que tienen un lugar y una función en el proceso de acompañamiento y recuperación de los niños hospitalizados. Dentro de las situaciones que genera mayor ansiedad en los niños durante la hospitalización, es el hecho de ser separados de sus figuras significativas, de ahí la importancia de movilizar a los padres y cuidadores a participar de manera activa en el cuidado de sus hijos dentro del hospital, considerando también que estas figuras necesitan acompañamiento y orientación en el proceso.

Para el hospital Fundación HOMI, es conveniente realizar este tipo de estudio, dado a la alta complejidad pediátrica en los servicios que presta a la comunidad, donde los pacientes pediátricos hospitalizados presentan diversas enfermedades tanto agudas como crónicas por lo cual los niños manifiestan una serie de reacciones emocionales frente a la hospitalización. Conocer la percepción que tienen los niños ante la hospitalización e identificar los factores a nivel psicosocial que intervienen en las respuestas ansiosas de los pacientes pediátricos, brindara elementos estructurados a investigaciones futuras, que se quieran realizar sobre el estado emocional de los niños hospitalizados, que como ya se señalo es un evento altamente traumático para el niño y su familia. A sí mismo, se puede pensar en establecer estrategias adecuadas de

intervención a nivel psicológico e interdisciplinario, encaminadas a abortar las alteraciones emocionales que suscita la enfermedad y hospitalización tanto en los niños como en los padres y cuidadores, de tal manera que se logre estabilizar o neutralizarlas con el fin de contribuir al mejoramiento y la recuperación en la salud de los niños hospitalizados. De esta forma como lo argumenta Córdoba, Garabito y Medina (2010), la estabilidad en los aspectos psicológicos, nutricionales, sociales y físicos impacta la recuperación integral del niño y la disminución de los días de estancia y de los costos hospitalarios de enorme importancia para los planificadores, cuyo parámetros de evaluación hospitalaria se centra en días de estancia, rotación de camas y costos por paciente, días y mes.

### **Planteamiento del Problema**

El proceso de hospitalización para el niño y la familia resulta altamente preocupante. En el niño la hospitalización genera temor, intranquilidad, inseguridad e incertidumbre a lo desconocido, situación que pone al niño vulnerable, en una etapa donde su adaptación y aprendizaje es continuo así como el fuerte apego a sus figuras más significativas. El niño desconoce su enfermedad sobre todo los más pequeños, no comprenden el dolor que sienten, ni porque lo introducen en un ambiente desconocido, privándolo de su vida cotidiana, alejándolo de todo aquello que le permite desarrollarse y crecer adecuadamente. Además, el medio hospitalario por sus condiciones es pobre en estímulos, sus actividades son monótonas y repetitivas, se olvida con frecuencia las necesidades fundamentales de los niños, su interés por movilizarse, aprender, comunicarse con personas de su misma edad. Ante estas situaciones complejas, en el niño se desencadenan reacciones como el llanto, mutismo, negarse al contacto con personas extrañas, poco colaborar con el personal asistencial, de tal manera que se altera su conducta y comportamiento social al no saber cómo compartir los días con personas desconocidas. Por otro lado la hospitalización y el diagnóstico médico repercuten en la familia en cuanto a la distribución de los recursos, roles e interacción exigiendo un proceso adaptativo a la familia (Córdoba, Garabito & Medina, 2010).

Basada en la experiencia de las prácticas psicológicas efectuadas en las unidades de hospitalización pediátrica de La Fundación HOMI, se destaca la importante y valiosa labor en la recuperación de la salud de los niños colombianos, que día a día realiza su personal asistencial. Esta ardua labor está focalizada en primera medida a cubrir las necesidades físicas de los niños no obstante las necesidades psicológicas también requieren de un adecuado acompañamiento durante este proceso, tanto para el niño hospitalizado como para sus padres o cuidador principal quien realiza el acompañamiento que para el caso de la fundación HOMI, estas figuras permanecen día y noche con el niño hospitalizado. A las alteraciones emocionales y conductuales que como ya se indicó genera la hospitalización y enfermedad en el niño, existen otra serie de factores a nivel familiar y social que llegan a ser fuentes de ansiedad en el niño. Los padres y los cuidadores juegan un papel importante en el cuidado y mejoría del niño durante la hospitalización, por lo que el estado de ánimo que ellos presenten influye decisivamente en el de sus hijos. A la preocupación que le genera entorno al diagnóstico médico de su hijo, hay otra



serie de eventos relacionados con problemas económicos, reestructuración familiar, el escaso cuidado de los otros hijos y poco apoyo familiar, son eventos adversos que afectan significativamente el estado emocional generando estrés y ansiedad en los padres y cuidadores, a lo que se le suma el agotamiento físico por las largas estancias hospitalarias que para algunos diagnósticos resultan frecuentes. De esta manera, no solo la enfermedad y la hospitalización son fuentes de ansiedad en los niños, también cuentan factores genéticos, psicológicos, familiares y ambientales donde opera la vida del niño que inciden en sus estados afectivos y emocionales. A este hecho Barlow (2002) citados por García, Bados & Saldaña, (2012), destacan factores de la vulnerabilidad que inciden de manera determinante en los comportamientos ansiosos, en los que estaría una vulnerabilidad biológica como predisponerte hacia la ansiedad, una vulnerabilidad psicológica, donde el sujeto tiene una percepción del mundo como un lugar peligroso y se siente incapaz de hacerle frente a los eventos amenazantes, que unido a la experiencia de eventos traumáticos y ciertos estilos educativos como padres controladores y poco afectuosos que favorecen un apego inseguro en la infancia, inducen y mantienen los comportamientos ansiosos en los individuos. La ansiedad como respuesta emocional es una manifestación recurrente en los pacientes pediátricos, del hospital Fundación HOMI, situación que fue visible en la prevalencia de síntomas ansiosos y dificultades en la adaptación al entorno hospitalario de los pacientes y sus cuidadores. Por un lado, los niños y adolescentes expresan tristeza, temor y angustia ante los diferentes acontecimientos que trae la enfermedad y hospitalización. El niño reacciona con conductas y comportamientos desadaptativos, como el llanto, mutismo, poca colaboración, conductas regresivas y ansiedad por separación entre otras. Por otro lado, las madres y cuidadoras experimentan temor, ansiedad y angustia, emociones relacionadas con la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamiento médico que sus hijos requieren. Conforme va pasando los días de hospitalización del niño, la madre o cuidadora experimenta agotamiento físico y emocional no solo por el cuidado y atención por su hijo hospitalizado, si no por otra serie de acontecimientos demandantes que ocurren al interior de sus familias. Las diversas situaciones por las que atraviesan las madres y cuidadoras llevan a alterar sus estados emocionales y sus reacciones pueden afectar al niño aun más en su estado emocional y complicar el ajuste y adaptación a la hospitalización.

Lo anterior llevo a plantear la siguiente pregunta. ¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la ansiedad en niños y adolescentes hospitalizados en el hospital Fundación HOMI?

Es importante identificar, detallar y comprender los factores psicosociales que se asocian a los síntomas y respuesta de ansiedad en los niños hospitalizados. La Fundación HOMI cuenta con pacientes pediátricos de larga estancia en sus hospitalizaciones y con problemas de salud agudos o crónicos, que requieren recibir tratamientos médicos o quirúrgicos, el hospital se esfuerza desde cada una de las unidades de servicios y especialidades hacia la recuperación de la salud de los niños en un ambiente lo menos traumático posible para el niño y su familia, no obstante se desconoce en qué condiciones emocionales, comportamentales y psicológicas se encuentran estos pacientes pediátricos. Identificar estas características en los niños, además de los cuidados médicos propios de cada diagnóstico, permitiría al personal asistencial abordar al paciente pediátrico de una manera integral en sus necesidades físicas, psicológicas y sociales, a fin de lograr a una mejor adaptación del niño al entorno hospitalario y una mayor adherencia en los procedimientos y tratamientos médicos que requieren para la recuperación de sus salud.

### **Pregunta Problema**

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la ansiedad en niños y adolescentes hospitalizados en la Fundación HOMI?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Identificar los factores psicosociales asociados a la ansiedad en niños y adolescentes hospitalizados en la Fundación HOMI.

### **Objetivos Específicos**

1. Caracterizar la población de niños y adolescentes que se encuentra hospitalizados en la Fundación HOMI por medio de una ficha de datos sociodemográficas.
2. Identificar síntomas ansiosos en los niños y adolescentes hospitalizados en la Fundación HOMI.
3. Identificar síntomas ansiosos en padres y/o cuidadores principales de los niños y adolescentes hospitalizados en la Fundación HOMI
4. Explorar los factores a nivel familiar, ambiental y social que inciden en las respuestas ansiosas en los niños y adolescentes hospitalizados en la Fundación HOMI

## Marco Conceptual

### Conceptualización de la ansiedad

La ansiedad hace parte de la vida del ser humano y la experimentan los sujetos a razón de circunstancias personales de orden genético, psicológico, familiar, social y ambiental. La ansiedad y el miedo son respuestas emocionales que tiene una persona ante las situaciones adversas que experimentas en su vida, por lo general las personas tienden a vincular y asociar estas dos emociones de manera conjunta en razón a sus experiencias personales. Sin embargo, cada respuesta emocional tiene unas características especiales que las diferencia entre si y que son muy importantes para poder diferenciar una de otra.

Como lo hace notar Mardomingo (2014), el miedo y la ansiedad han desempeñado un papel importante en la evolución de la especie como mecanismo de defensa y alerta frente a los peligros del ambiente, pero cada uno de ellos tiene unos componentes específicos que es importante diferenciar uno del otro. Barlow (1988 citado por Sandín y Chorot, 2009), define el miedo como una alarma primitiva, en respuesta a un peligro presente, con una elevada activación y efecto negativo en el individuo, por su parte la ansiedad o aprensión ansiosa es una combinación difusa de emociones (cognitiva-afectiva) orientada hacia el futuro. El miedo como respuesta fisiológica ante una situación amenazante, tiene función adaptativa para el organismo que permite ponerlo en estado de alerta, en las respuestas ansiosas el individuo también pone en marcha los mismos mecanismos de alerta y defensa (Mardomingo & Gutiérrez, 2010). Sin embargo aunque estas dos emociones tienen reacciones similares, la causa de la preocupación son diferentes, en el miedo la preocupación es evidente ya que las personas pueden decir fácilmente a qué le temen, pero no es muy clara en la ansiedad porque se desconocen las razones de sus temores (Sarason & Sarason 2006).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales {DSM V} (2014), especifica el miedo como una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria con una activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza

futura, está asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos y evitativos.

De esta forma, el fenómeno de la ansiedad, presenta particularidades y características necesarias de detectar al momento de definir su concepto. También es importante diferenciar de ansiedad normal de la ansiedad patológica

Lazarus (1976 citado por Virues, 2005), refiere la ansiedad como un fenómeno propio a todas las personas, que bajo condiciones normales mejora el rendimiento y la adaptación al medio, cuya función es movilizar al individuo frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de manera que haga lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Según Sandín y Chorot (2009), la ansiedad es un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y desagradable. Para las personas que sufren de ansiedad describe Sarason y Sarason (2006), los pensamientos intrusivos están dotados de preocupaciones sobre acontecimientos futuros, interpretados como catastróficos y negativos. Estas preocupaciones intrusivas e interpretaciones exageradas y angustiosas que percibe el individuo, provienen más del sujeto que de lo que realmente sucede en sus vidas. En la opinión de Clark y Beck (2012), la ansiedad es un sistema complejo que implica respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas. A sí mismo, estas respuestas se activan al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan y perciben como aversivas, imprevisibles, incontrolables que amenazan los intereses vitales de un individuo. Incluye otros factores cognitivos además del miedo como la aversividad percibida, la incontrolabilidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad (indefensión) y la incapacidad para obtener los resultados esperados.

En cuanto a la ansiedad normal y ansiedad patológica, para Weems, Bhave y Nagpal (2005 citados por Millan, 2007), la ansiedad normal cumple una función adaptativa de supervivencia presente durante la evolución de las especies que aumenta el estado de alerta y reacción en el organismo, facilitando las reacciones de protección frente a los peligros del medio ambiente. Sin embargo, en otras circunstancias la ansiedad puede transformarse en un trastorno psiquiátrico, lo cual ocurre cuando su intensidad es desproporcionada con relación al estímulo que la desencadena ocasionando cambios profundos en el comportamiento y relaciones interpersonales de la persona que la experimenta. Sandín y Sandín y Chorot (2009), destacan la utilidad biológica adaptativa de la ansiedad, dado que posee la capacidad de anticipar, señalar un peligro o

amenaza para el individuo, permitiéndole estar alerta, sensible al ambiente y motivado a afrontar las situaciones con mejor adaptación. Por otro lado, la ansiedad se convierte en patológica, cuando se anticipa de forma irracional un peligro irreal, como resultado es desadaptativa y genera una fuente de malestar y sufrimiento a la persona. En este estado, la persona se encuentra ante una ansiedad clínica, cuyos síntomas son excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para el paciente llegando a general un trastorno de ansiedad clínicamente diagnosticado.

La ansiedad puede ser cuantificada en niveles que determinan su efecto positivo o negativo en el individuo, un nivel aceptable de ansiedad mejora el rendimiento personal, pero cuando se supera cierto nivel, la ansiedad deja de ser funcional para convertirse en patológica en donde el individuo empieza a experimentar una sensación de malestar y anticipar un peligro irreal, y las emociones manifiestas tienen mayor frecuencia, duración e intensidad que en la ansiedad normal (Carrión & Bustamante, 2008 citados por Tonina, 2010). A este un nivel de ansiedad que se considera normal y útil, se le denomina umbral emocional, cuando la ansiedad supera ciertos límites, supone una merma de la calidad de vida y predispone el desarrollo de trastornos por ansiedad. Puede afectar a personas de todas las edades y sobre todo a aquellas que están sometidas a una tensión constante (González et al. 2009). En la opinión de Pacheco y Ventura (2009), la ansiedad está presente a lo largo del desarrollo del individuo y en las tareas que debe resolver en el proceso de construcción de su persona. Por ello, la ansiedad normal es una respuesta emocional al entorno, que es adecuada al nivel del desarrollo evolutivo y que promueve en el sujeto una respuesta de adaptación al medio.

Continuando con Mardomingo (2014), la ansiedad normal o fisiológica se pone en marcha ante un peligro inmediato y tienen un carácter adaptativo cuya finalidad es proteger al individuo del peligro. La ansiedad patológica por el contrario, se desencadena sin que exista una circunstancia ambiental que la justifique, y si existe, su intensidad y frecuencia son desproporcionadas. En la Tabla 1 se señalan las características que corresponden a cada tipo de ansiedad.

Tabla 1

*Tipo de Ansiedad y sus características*

Ansiedad Normal	Existe un peligro inmediato Tienen carácter adaptativo
Ansiedad Patológica	No existe un peligro inmediato Si existe el peligro la intensidad y la frecuencia son desproporcionados No tiene carácter adaptativo

(Mardomingo2014)

De acuerdo con Weems y Costa (2005 retomado por Mardomingo & Gutiérrez, 2010), “las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían con la edad y, por tanto, con el desarrollo cognoscitivo y emocional del sujeto” (p. 96).

“Las características de la ansiedad dependen de las características personales del individuo, las vivencias que ha tenido, la educación y el ambiente en el que vive. La capacidad intelectual modula la percepción que el sujeto tiene de la vida y la interpretación que hace de los acontecimientos. Las emociones y la memoria aportan el contenido afectivo de la experiencia concreta y, por último, las características temperamentales y la educación recibida influye en cómo la ansiedad se manifiesta en el comportamiento” (Mardomingo & Gutiérrez, 2010, p. 96).

Cuando se hace referencia a la ansiedad patológica o trastorno de ansiedad se tienen en cuenta una serie de particularidades que separa un trastorno del otro, de acuerdo con la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales {DSM V} (2014), los trastornos de ansiedad comparten ciertas características como lo son el miedo, la ansiedad excesiva y las alteraciones conductuales. Sin embargo, se diferencian entre sí por el tipo de objeto o situaciones que producen las respuestas de ansiedad. De tal forma que aunque los trastornos de ansiedad pueden ser semejantes y comórbidos entre sí, el análisis detallado del tipo de situación a la que se teme o se evita pueden ser distinguidos según sea el contenido de los pensamientos o creencias asociados entre un trastorno u otro.



Tayeh, Agámez y Chaskel (2016), encuentran una comorbilidad coincidente en los trastornos de ansiedad en la infancia con otros trastornos de ansiedad y otras patologías psiquiátricas, según estos autores el 39% de los niños y el 14% de los adolescentes cumplen criterios para diagnosticar más de un trastorno de ansiedad. Por tanto el diagnóstico de ansiedad pediátrica requiere del cumplimiento de una serie de criterios especificados determinados por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), la Tabla 2 muestra los principales trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

Tabla 2

*Principales trastornos de ansiedad y sus características en niños y adolescentes*

Trastorno	Característica
Ansiedad por separación	Preocupación excesiva para el nivel de desarrollo a perder o separarse permanentemente de la figura principal de apego, o a eventos que podrían conducir a esta separación.
Ansiedad social	Miedo persistente a una o más situaciones sociales (hablar, comer o beber en público, asistir a reuniones sociales). Predomina el temor a ser evaluado negativamente, a ser avergonzado, humillado y rechazado por otras personas.
Fobia Específica	Miedos marcados, persistentes, excesivos y no razonables. Son desencadenados por la presencia o la anticipación de un objeto o situación específicos (como volar, animales, alturas, sangre, entre otros)
Trastorno de pánico	Episodios de angustia intenso, agudos y de corta duración, con síntomas autónomos marcados. Inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros 10 minutos
Agorafobia	Temor, preocupación excesiva y evitación ante dos o más de las siguientes situaciones: el uso de transporte público, estar en espacios abiertos, estar en lugares cerrados, estar de pie en línea, estar en una multitud, estar fuera de la casa o estar solo.
Mutismo Selectivo	Falla consistente para hablar en situaciones sociales en las que existe la expectativa de que hable (en el colegio), a pesar de tener un adecuado desarrollo y uso del lenguaje en casa, con la familia, o en otros lugares o situaciones.
Ansiedad generalizada	Preocupación persistente, excesiva e incontrolable sobre varios aspectos. La preocupación se centra en la aprobación, la competencia, los eventos futuros y otras situaciones nuevas o poco familiares.

La ansiedad como respuesta emocional en las personas a situaciones adversas y la ansiedad psicopatológica, ha sido un tema abordado desde múltiples perspectivas teóricas, que dan cuenta de la etiología, naturaleza, componentes, síntomas y respuestas a esta conducta, que son convenientes conocer, para poder realizar una adecuada evaluación, diagnóstico y tratamiento a las alteraciones patológicas que se presentan en los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes.

### **Teorías de la ansiedad**

De acuerdo con Sarason y Sarason (2006), las investigaciones han desarrollado una serie de teorías que pretenden identificar y explicar las causas de una conducta anormal o desadaptativa, indicando que los pensamientos, sentimientos percepciones y habilidades; combinados entre sí, influyen en los estados mentales y la conducta dentro de lo adaptativo e inadaptativo de las personas. Dentro de las perspectivas teóricas se retoma la biológica, la conductual, la cognitiva, la sociocognitivas y el enfoque interaccional. Los principios sobre la adquisición y el mantenimiento de la ansiedad basados en modelos conductuales y cognitivos, combinan el aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información.

El enfoque biológico especifica los componentes a nivel psicofisiológicos, neurofisiológicos y neuroendocrinos que intervienen en la ansiedad.

Aspectos Psicofisiológicos. Clark y Beck (2012), consideran que la ansiedad se conforma con elementos de dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano. Las respuestas fisiológicas o defensivas, son automáticas y normalmente ocurren en presencia de una amenaza o peligro, estas respuestas se observan tanto en animales como en humanos en situaciones que les suscita miedo y por tanto hay una activación automática, que prepara al organismo para enfrentar el peligro ya sea huyendo o confrontarlo. Las características conductuales implican respuestas de abandono o evitación y brusquedad de seguridad. Las variables cognitivas son las interpretaciones internas que el sujeto hace de la ansiedad y por último el dominio afectivo que se deriva de la activación cognitiva y fisiológica conjunta y constituye la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa, en la Tabla 3 los autores especifican estos síntomas psicofisiológicos.

Tabla 3.

*Síntomas Psicofisiológicos de la Ansiedad**Síntomas fisiológicos*

Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; respiración entrecortada, respiración acelerada; dolor o presión en el pecho; sensación de asfixia; aturdimiento, mareo; sudores, sofocos, escalofríos; náusea, dolor de estómago, diarrea; temblores, estremecimientos; adormecimiento, temblor de brazos o piernas; debilidad, mareos, inestabilidad; músculos tensos, rigidez; sequedad de boca.

*Síntomas cognitivos*

Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; miedo al daño físico o a la muerte; miedo a “enloquecer”; miedo a la evaluación negativa de los demás; pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; percepciones de irrealidad o separación; escasa concentración, confusión, distracción; estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; poca memoria; dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

*Síntomas conductuales*

Evitación de las señales o situaciones de amenaza; huida, alejamiento; obtención de seguridad, reafirmación; inquietud, agitación, marcha; hiperventilación; quedarse helado, paralizado; dificultad para hablar.

*Síntomas afectivos*

Nervioso, tenso, embarullado; asustado, temeroso, aterrorizado; inquieto, asustadizo; impaciente, frustrado.

---

(Clark y Beck, 2012)

Otros autores, refieren solo tres sistemas de respuesta que son: subjetivo o cognitivo, fisiológico o somático y motor o conductual, estos componentes están implícitos en todas las emociones (Sandín & Chorot, 2009). Lang (1968 citado por Vidma, 2008), es uno de los primeros teóricos en proponer el triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) con importantes implicaciones clínicas. Indicando, que la forma en que las tres dimensiones se estructuran y relacionan en los diferentes trastornos, puede clarificar en qué consiste cada trastorno y como se ha desarrollado, y así poder determinar la evaluación y el tratamiento que debe ser coherente con el tipo de respuesta dominante que mantiene el paciente.

Componente Fisiológico-Somático. De acuerdo con Mardomingo (2014), “los síntomas somáticos de la ansiedad pueden afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas, desde el sistema cardiovascular al respiratorio, digestivo, piel, endocrino y neurovegetativo” (p, 56). Según Barlow (2002; Bellack & Lombardo, 1984 citados por Martínez et al., 2012), cuando una persona experimenta ansiedad, ocurre un aumento en la activación y funcionamiento de los sistemas: Nervioso Autónomo, Nervioso Somático y Nervioso Central. Los cambios biológico en el incremento del Sistema Nervioso Autónomo, se refleja en lo externo (sudoración, dilatación de pupila, temblor, incremento de la tensión muscular y palidez facial) e interno (aceleración cardiaca, disenso de salivación, aceleración respiratoria). Algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación y respiración etc.) y otra funciones involuntarias (palpitaciones, vomito, temblor).

“la activación del SNS es la respuesta fisiológica más prominente en la ansiedad y provoca los síntomas de hiperactivación como la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, el aumento de fuerza en los músculos esqueléticos, el aumento del ritmo cardíaco y de la fuerza en la contracción y dilatación de los pulmones para aumentar el aporte de oxígeno, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, el cese de la actividad digestiva, el aumento del metabolismo basal y el aumento de secreción de epinefrina y norepinefrina desde la médula adrenal” (Bradley 2000, citado por Clark & Beck, 2012 p, 42).

Componente Subjetivo-Cognitivo. Son todas aquellas experiencias internas relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva que hace el individuo, de los estímulos y estados asociados a la ansiedad. Por lo cual, la persona experimenta un estado emocional desagradable como miedo, pánico, inquietud, reocupación, aprensión, obsesiones y pensamientos intrusivos (Sandín & Chorot, 2009).

Barlow, (2002 citado por Martínez, et al., 2012), identifica que en la ansiedad normal la respuesta cognitiva se manifiesta en pensamientos y sentimientos de miedo, preocupación, temor y amenaza. Y en la ansiedad patológica el sujeto experimenta pensamientos o imágenes catastróficas de un problema que puede ocasionarle ataques de pánico.

Componente Motor-Conductual. Son los componentes observables de la conducta que implican variables como la expresión facial, movimientos, postura corporal y la respuesta fundamental de escape (huida) y evitación (Sandín & Chorot, 2009). Para Tobal y Vindel (2002 citados por Martínez, et al., 2012), con el aumento en las respuestas fisiológicas y cognitivas se producen cambios en las respuestas (directas e indirectas) motoras. Las respuestas motoras directas incluyen: temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias, reducción de la precisión motora, del tiempo de reacción, de aprendizaje y ejecución de tareas complejas, de igual manera una disminución de la destreza para la discriminación perceptiva y de la memoria a corto plazo. Las respuestas motoras indirectas son las conductas de escape o evitación como consecuencia de la ansiedad y que no están bajo un total control voluntario por parte de la persona.

Martínez, et al. (2012), de acuerdo con la teoría de Lang, los tres sistemas de respuesta se relacionan entre sí y ninguno de los tres es considerado prioritario para las respuestas complejas de ansiedad. De tal forma que cada sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) son muy importantes para medir y evaluar las respuestas de ansiedad. Continuando con Barlow (2002 citados por Martínez et al., (2012), la Teoría Psicofisiológica, permite evaluar cada componente de respuesta a la ansiedad, relacionarlos entre sí, para luego proporcionar un marco de referencia, a partir del cual, se logre comprender las diferencias en las respuestas de ansiedad a través de los tres sistemas de respuestas del individuo.

Aspectos Neuroendocrinos. El incremento en los estados de ansiedad está dado por el aumento de tiroxina, cortisol, catecolaminas y ciertas hormonas hipofisarias (prolactina, vasopresina, hormona del crecimiento). El sistema hipotálamo-hipofiso-suprarrenal se ha relacionado con la ansiedad y con el estrés manifestándose un incremento de activación en el eje: hipersecreción de cortisol sistémico. La activación cortico-suprarrenal se asocia con cierto grado de especificidad a las situaciones incontrolables. Los estados de hiperactivación catecolaminérgica tienden a vincularse más a situaciones de amenaza de pérdida de control y emociones subyacentes (ansiedad) (Sandín, 2009).

Aspectos Neurobiológicos. Con ansiedad se produce una activación noradrenérgica (hiperactividad del locus coeruleus): La estimulación eléctrica del locus coeruleus induce respuestas de ansiedad y ataques de pánico, la estimulación de receptores beta centrales y el

bloqueo de receptores alfa-2 producen también respuestas de ansiedad y pánico. A partir del efecto ansiolítico de las benzodiazepinas, se ha resaltado el posible papel de una alteración del sistema GABA en la etiología de la ansiedad (Sandín, 2009). Los factores biológicos ejercen una influencia significativa en la conducta de los organismos aun que son importantes a la hora de encontrar las causas de la ansiedad no son determinantes en sus diagnóstico, se requiere la percepción de otros modelos teóricos.

La teoría conductual de acuerdo con Virues (2005), señala que todas las conductas son aprendidas y se asocian a estímulos favorables o desfavorables, de ahí que la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado. Los sujetos que la experimentan han aprendido erróneamente a asociar estímulos neutros con acontecimientos traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que el individuo tome contacto con dicho estímulo, se desencadena la angustia asociada a la amenaza. De igual manera refiere Vidma (2008), la conducta es principalmente aprendida, su desarrollo y mantenimiento obedece a sus modalidades de aprendizaje.

En el condicionamiento clásico de Watson & Rayner (1920 citados por Sandín, 2009), la respuesta automática que un organismo da ante un estímulo, se trasfiere a un estímulo nuevo por medio de una asociación entre los dos estímulos. Es así como, cualquier situación o estímulo inicialmente neutro (EN), puede adquirir la propiedad de crear respuestas condicionadas de miedo (RC), por su asociación con estímulos nocivos traumáticos. En el caso de la ansiedad; la repetición de la asociación entre los estímulos condicionados (EC) y los estímulos incondicionados (EI), incrementara la fuerza de la respuesta condicionada (RC) de miedo. Las reacciones de miedo fóbico se favorecen cuando la intensidad de miedo inducido por los estímulos incondicionados (EI) es elevada. De igual manera otros estímulos neutros similares a los a los estímulos condicionados (EC) pueden elicitar reacciones de miedo, siendo estas mayores a mayor semejanza con los estímulos condicionados (EC). Mower (1939, 1960 citados por Sandín, 2009), presenta un modelo Bifactorial Mediacional, el autor explica como los dos modelos de condicionamiento Clásico y Operante son dos formas de aprendizaje estrechamente relacionadas pero esencialmente diferentes. Relaciona el desarrollo del componente emocional del miedo en términos del condicionamiento pavloviano, y el componente de evitación de miedo al condicionamiento instrumental con un principio de reforzamiento negativo. Su paradigma es la

evitación activa, donde el sujeto aprende a escapar del estímulo que le produce miedo y a evitar así el estímulo incondicionado. El modelo se desarrolla en dos fases; en la primera fase, mediante de un proceso de condicionamiento clásico (CC) se establece una respuesta condicionada de miedo que adquiere propiedades de impulso secundario, capaz de motivar una respuesta de escape, en la segunda fase, hay un proceso de evitación activa, el sujeto no aprende a evitar un castigo (EI), si no que el sujeto aprende a escapar de la exposición del estímulo (EC) que le avisa de la proximidad de un evento aversivo. A las respuestas de evitación o escape al (EC), le sigue la reducción del miedo, por lo que la respuesta de evitación/escape queda reforzada negativamente.

En la Teoría Cognitiva Virues (2005), señala que la ansiedad es el resultado de cogniciones, donde el individuo etiqueta mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinada. Estas situaciones pueden producir sensaciones físicas molestas a las cuales las personas interpretan como señales de alarma y amenaza para su salud física o psíquica, lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenado la ansiedad. De la misma manera Vidma (2008) refiere que la base de los trastornos de ansiedad, son los modelos de aprendizaje simbólico de los estímulos y las respuestas que con el tiempo dan lugar a estructuras complejas de información almacenadas en la memoria. De acuerdo con Sarason y Sarason (2006), las perspectivas cognitivas hacen referencia a la forma en que las personas adquieren, almacenan, modifican e interpretan la información que se genera en su interior y de los estímulos del medio ambiente, y como la utilizan para resolver los problemas.

La Teorías Cognitivas basadas en el procesamiento de la información de Lang (1979), Beck (1976) y Bower (1981, 1987), se fundamentan en la creencia de que existen estructuras cognitivas relacionadas con los trastornos de ansiedad, el énfasis de estas orientaciones están relacionados con las estructuras cognitivas de la memoria (redes proporcionales, redes semánticas y esquemas). En el enfoque de Lang (1979, citado por Sandín, 2009), basado en el Procesamiento Bioinformacional de Imágenes y Emoción, el autor rechaza la idea de que las imágenes son proyecciones mentales gráficas representadas por el cerebro de forma icónica o análoga, por el contrario sugiere que toda información e imágenes mentales son codificadas por el cerebro de manera abstracta y uniforme, de tal forma que las imágenes emocionales son estructuras proporcionales y no representaciones sensoriales. La imagen emocional son

proposiciones codificadas semánticamente, que hace el individuo acerca de los estímulos como por ejemplo (las arañas son peligrosas). Estas proposiciones son unidades de información que construyen relaciones lógicas entre conceptos, se agrupan en la memoria en unidades superiores o redes (proporcionales, asociativas o emocionales), una vez que se asocian estas redes en su conjunto constituyen la estructura asociativa o memoria de la emoción con un programa afectivo. Así que, la información sobre la ansiedad y otras emociones es almacenada a largo plazo en redes asociativas o redes emocionales. En la orientación teórica sugeridas por Beck y Bower (s.f) consideran que en los pacientes con algún trastorno de ansiedad, existe una estructura cognitiva disfuncional que le lleva a producir ciertos sesgos en los aspectos del procesamiento de la información (atención y codificación, interpretación y razonamiento, recuperación) así como el desarrollo de un proceso emocional alterado. De acuerdo con el modelo de Beck (1976, retomado por Sandín, 2009) existen esquemas disfuncionales que desarrollan y mantienen la ansiedad. Un esquema es una estructura cognitiva permanente que representa el conocimiento organizado del individuo en un área específica y que ejercen influencia importante sobre el afecto, los sentimientos y las respuestas conductuales de los individuos por tanto una conducta desadaptada es el resultado de las disfunciones del sistema cognitivo (Beck 1979, citado por Sarason & Sarason, 2006). En las personas con trastornos de ansiedad Beck y Emery (1985, retomados por Sandín, 2009), encuentran que existe un sesgo sistemático para el procesamiento selectivo de la información pertinente al peligro personal, como resultado de una activación selectiva del esquema asociado representado en la memoria a largo plazo. Por su parte Bower (1981, 1987, citado por Sandín, 2009), propone la Teoría de la Red Asociativa en la cual señala que las emociones están representadas en la memoria en unidades o nodos en forma de red asociativa (red semántica), por lo cual cada emoción posee en la memoria un nodo, que reúne conjuntamente muchos otros aspectos de la emoción conectados al nudo por puntos asociativos. Los nodos están relacionados con la información en la memoria asociativa y serían todas aquellas situaciones agradables o desagradables para elicitar una emoción.

Spielberger (1972, 1989 citado por Ries et al. 2012), realiza una diferencia entre ansiedad como un estado emocional y ansiedad como un rasgo de la personalidad dando origen así a su Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo. La ansiedad estado, “es un estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión,



aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones junto a cambios fisiológicos” (Ries et al. 2012, p.9). Estas sensaciones subjetivas y conscientemente percibidas de manera transitoria, varían en intensidad y fluctúan en un cierto plazo de tiempo (Spielberger 1973 citado por Aguilera & Whetsell, 2007). La ansiedad rasgo es conceptualizada como un comportamiento predispuesto del individuo a percibir un amplio número de situaciones o circunstancias como amenazantes a pesar de no ser objetivamente peligrosas, a las cuales responde con una elevación desproporcionada de la ansiedad estado. Las personas con ansiedad rasgo se caracterizan por un estado de ansiedad estable donde gran parte del tiempo perciben diferentes situaciones de manera amenazante. Existen diferencias individuales estables en las personas con disposición a la ansiedad rasgo, generadas a partir de experiencias en la infancia y la relación padres e hijos, centradas en torno a situaciones de castigo (Spielberger 1966 referido por Burgos & Gutiérrez, 2013). Ries et al. (2012), indican una dificultad para evidenciar la conducta en la ansiedad-rasgo, por lo cual se debe inferir por la frecuencia con la que la persona experimenta aumentos en su estado de ansiedad. Por tanto, los individuos con elevados estados de ansiedad-rasgo experimentan un mayor rango de situaciones como amenazantes y estarían con mayor predisposición de sufrir de forma más frecuente ansiedad-estado. La interacción entre los dos tipos de ansiedad explica porque las características de ansiedad estado varían entre individuos ante una misma situación y en una misma persona, donde experimenta ansiedad en una situación pero en otra.

La Teoría Socio-cognitiva otorgan un el papel importante al aprendizaje por observación y moldeamiento. Es así como las creencias interiorizadas, las percepciones y los objetivos tienen influencia en el efecto que las experiencias asociadas con el condicionamiento y refuerzo tienen en la conducta y en los pensamientos. La ansiedad puede estar relacionada con las experiencias de moldeamiento, por ejemplo una fobia puede representar un miedo que se observó en uno de los padres. El moldeamiento no solo ilustra la conducta manifiesta posible si no que además contribuye a la formación de conceptos, actitudes y necesidades. En la teoría del aprendizaje social se reconoce dos aspectos importantes en el desarrollo de la conducta, por un lado son las experiencias anteriores del individuo, que incluyen distintos tipos de eventos asociados a condicionamientos y moldeamientos y por otro lado la manera en que el individuo analiza e interpreta las experiencias pasadas (Sarason & Sarason 2006). Bandura (1973,1986 citado por

Durand & Barlow, 2007), refiere que los organismos pueden aprender con solo observar lo que le sucede a alguien en una situación determinada. Este tipo de aprendizaje requiere de una integración simbólica, de las experiencias de los demás con juicios de lo que podría pasarle a uno mismo. Para el autor la conducta, los factores cognitivos y las influencias ambientales confluyen para producir la complejidad del comportamiento del individuo, por otra parte el contexto social es decisivo en el aprendizaje ya que gran parte de lo que las personas aprenden depende de las interrelaciones con otras personas.

El enfoque Interaccional, según Sarason y Sarason (2006), la forma en que piensa y se comportan las personas depende de la interacción de varios factores que combinados dan dirección a los diferentes acontecimientos en la vida de las personas. La manera en que las situaciones de la vida influyen en la conducta de la persona depende de una combinación de vulnerabilidad, resiliencia, condiciones y características personales, que una vez interaccionadas o combinadas entre sí, producen la conducta individual. De tal manera que el enfoque permite especificar y relacionar los factores personales, ambientales y biológicos que originan las conductas desadaptadas o trastornos particulares. En la opinión de Durand y Barlow (2007) el modelo señala una interacción entre los genes y el ambiente. Los autores especifican el modelo; por un lado bajo los términos de *diátesis-estrés*, donde (*diátesis*) es la genética del individuo, por la cual hereda ciertos rasgos o comportamientos los cuales ante un suceso vital tipo (*estresor*) ambiental, pueden activarse y manifestarse en condiciones de tensión y hacer a un individuo susceptible o vulnerable a desarrollar un trastorno, y por otro lado está el modelo genes-ambiente recíprocos, donde las personas podrían presentar una tendencia determinada en forma genética a crear factores de riesgo ambientales que propicien el trastorno.

La vulnerabilidad a la ansiedad es una característica personal que influye significativamente en el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Como lo hace notar Clark y Beck (2012), es un factor de riesgo de característica endógena, estable que permanece latente hasta ser activada por un suceso precipitante. Los constructos de vulnerabilidad son causas contribuyentes a la psicopatología que pueden interactuar y combinarse con otras vías etiológicas que están presentes en los niveles genéticos, biológicos y evolutivos. En modelo cognitivo, la vulnerabilidad a la ansiedad se conceptúa como predisposición a malinterpretar situaciones como amenazantes, peligrosas y carentes de seguridad dejando al individuo en un estado de defensa percibida.

Brown y Barlow (2009, citados por Osma et al. 2014), sugirieron un modelo de triple vulnerabilidad para los trastornos de la ansiedad, según este modelo los tres factores de vulnerabilidad serían:

-Vulnerabilidad biológica generalizada. Se relaciona con los factores genéticos y plantea, que la comorbilidad observada entre los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo se debería a las dos dimensiones de temperamento genéticamente establecidas; el neuroticismo/afecto negativo y la extraversión /afecto positivo (Osma et al. 2014). Por su parte Sandín, Chorot y Valiente (2012), señalan que la vulnerabilidad biológica generalizada, implica la contribución genética no específica en el desarrollo de la ansiedad y el afecto negativo. Esta vulnerabilidad suele expresarse en términos como neuroticismo, afecto negativo, inhibición conductual u opresión ansiosa. Eysenck y Eysenck (1975 citados por Clark & Beck, 2012), especifican el neuroticismo como una predisposición hacia la emocionalidad, en la que el individuo neurótico es excesivamente emocional, ansioso, agobiado por preocupaciones, con estados anímicos cambiantes y con una tendencia a reaccionar excesivamente ante una serie de estímulos. Los individuos con neuroticismo alto o individuos introvertidos, son más propensos a desarrollar ansiedad, ya que el sistema límbico sobre-reactivo les lleva adquirir más fácilmente respuestas emocionales condicionadas ante los estímulos activadores. Por otro lado, la afectividad negativa es un estado anímico donde el individuo presenta una predisposición general en la emocionalidad negativa, por lo cual los individuos con alta afectividad negativa son más propensos a experimentar elevados niveles de emociones negativas, con manifestaciones en nerviosismo, tensión y preocupación, así como la tendencia de presentar una autoestima baja y a rumiar sobre errores pasados, frustraciones y amenazas Watson y Clark (1984 citados por Clark & Beck, 2012).

-Vulnerabilidad psicológica generalizada. Continuando con (Osma et al. 2014) este segundo factor está relacionado con la poca percepción de control sobre los eventos aversivos y experiencias emocionales. Señala López (2014) que la vulnerabilidad psicológica generalizada, aparece mediante el aprendizaje temprano y se relaciona con una vulnerabilidad a percibir una elevada sensación de impredecibilidad e incontrolabilidad, ante los acontecimientos. Esta vulnerabilidad es complementaria a la vulnerabilidad biológica y puede desarrollarse a través de experiencias que llevan al individuo a generar un sentido de incontrolabilidad, el cual podría ser

el núcleo del afecto negativo y sus estados de ansiedad y depresión (Sandín, Chorot & Valiente, 2012).

-Vulnerabilidad psicológica específica. De acuerdo con Sandín, Chorot y Valiente (2012), son aquellas experiencias de aprendizaje, que se asocian los estados de ansiedad determinadas situaciones vitales y actúan como predisponente para el desarrollo de los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, fobia específica y fobia social). Para Osma et al. (2014) son todos aquellos eventos o circunstancias particulares y estresantes que daría el inicio, curso y mantenimiento de los trastornos emocionales. Según Clark & Beck, (2012), “un suceso, situación o circunstancia vital que se evalúe como amenaza potencial para la propia supervivencia o intereses vitales puede activar una vulnerabilidad subyacente que llevará al individuo a un estado de ansiedad” (p. 201).

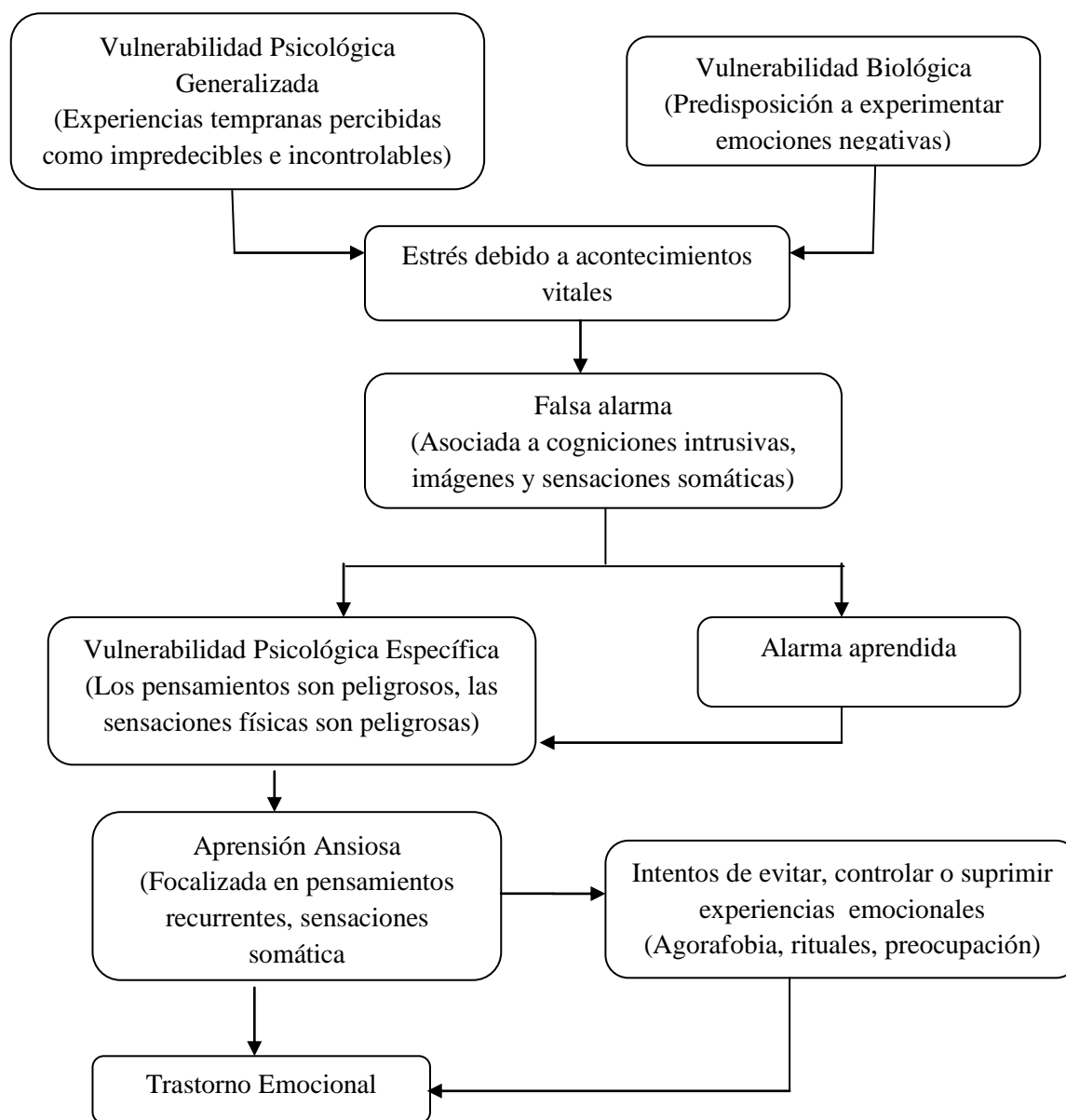


Figura 1. Modelo de los trastornos de ansiedad. Barlow, (2002)

Las teorías desde los diferentes enfoques nos permiten conceptualizar y comprender la naturaleza de ansiedad. Para abordar la ansiedad en niños y adolescentes las teorías expuestas son de gran importancia porque nos permiten lograr una mayor comprensión y abordar el tema con mayor presión.

### **Ansiedad en niños y adolescentes**

Desde muy pequeños los niños experimentan angustias y reacciones de miedo ante un suceso temible. Estas expresiones de miedo están relacionadas con el proceso de maduración emocional, social e intelectual del niño que al superar cada etapa del ciclo evolutivo, los miedos o temores van desapareciendo (González et al. 2009).

Frente a la ansiedad desproporcionada, los niños experimentan, sensaciones intensas de temor y aprensión hacia acontecimientos infortunados que pudieran suceder como: temor a daño o muerte de uno de los padres, miedo hacer daño a un ser querido, pavor de perder el control y cometer actos como votarse por la ventana, preocupación por saber si se han hecho las cosas bien o mal e ideas repetitivas y obsesivas siempre presentes. Las manifestaciones clínicas de ansiedad en el niño dependen de la edad y del desarrollo cognitivo y emocional. Es así como en niños pequeños los síntomas ansiosos se encuentran relacionados con la inquietud motriz, trastornos del sueño, pérdida del apetito y llanto inmotivado. A medida en que se va desarrollando el lenguaje y la capacidad de expresar emociones y sentimientos, el niño puede expresar con mayor claridad sus angustias, miedos y temores. En la etapa escolar, surgen dificultades de atención y concentración, problemas de memoria y lentitud del pensamiento. Y en la adolescencia confluye la despersonalización, que son los sentimientos de extrañeza consigo mismo y la desrealización donde el mundo circundante se percibe como si no existiera (Mardomingo, 2014). La Tabla 4 describe las principales manifestaciones de ansiedad en niños pequeños, niños mayores y adolescentes.

Pacheco y Ventura (2009), indican que en los estadios del desarrollo infantil, la ansiedad se asocia al temor de perder el afecto o a la aprobación de los progenitores, es así como el niño experimenta angustia al separarse físicamente de la persona con quien está vinculado. La ansiedad a la separación “es el trastorno que aparece de forma más precoz, y consiste en la angustia intensísima que experimenta el niño al separarse de su padres o de las personas que lo cuidan, angustia que siempre es desproporcionada a la edad y a la a situación y que puede llegar hasta el pánico” (Mardomingo 2014 p 67). Desde la posición de Mayes, Gillian y Stout-Sosinsky (2007 citados por Pacheco & Ventura, 2009), la ansiedad por separación es un fenómeno normal, esperable y obligatorio del desarrollo infantil, ya que le permite al niño desarrollar paulatinamente su capacidad de estar a solas. Cuando el niño en un nivel de desarrollo esperado

no es capaz de separarse apropiadamente de la persona significativa, genera una angustia excesiva y puede desarrollar un trastorno de ansiedad por separación.

Tabla 4

*Síntomas de ansiedad en niños y adolescentes*

Niños pequeños	Niños mayores y adolescentes
Inquietud motriz	Angustia
Llanto inmotivado	Temores irreprimibles
Pérdida del apetito	Dolor torácico
Trastornos del sueño	Obsesiones
Negativa a separarse de los padres	Rituales
Dolores abdominales	Inhibición motriz
Cefaleas	Sentimientos de despersonalización
Temores Irreprimibles	Sentimientos de desrealización
Dudas	

(Mardomingo y Ramón2010)

El miedo del niño a la separación de sus figuras más significativas, es uno de los temores más arraigados en la especie humana, y son frecuentes en edades de uno a seis años. A sí mismo, el comportamiento de los padres ante la separación de su hijo es fundamental para la evolución del miedo, ya que si los padres experimentan ansiedad cuando se separan de sus hijos, es posible que puedan transmitirles ese temor. Existen claras diferencias en los miedos en relación a las edades de los niños. En los primeros años son frecuentes los temores a animales, ruidos fuertes, oscuridad, monstruos, brujas y fantasmas, y en la adolescencia están presentes los temores a equivocarse, a no tener la razón, al fracaso escolar y hacer el ridículo. De tal forma, que a medida que el niño va creciendo los temores infantiles evolucionan de miedos físicos y fantasiosos a miedos sociales (Méndez, 2013). Los miedos más comunes en la infancia se relacionan en la Tabla 5.

Tabla 5  
*Miedos comunes en la infancia*

Edad	Miedos
0-2 años	Predominan: pérdida del sostenimiento, ruidos fuertes, desconocidos, separación de los padres
3-5 años	Remiten: Pérdida del sostenimiento, desconocidos Persisten: ruidos fuertes, separación Predominan: oscuridad, animales, daño físico
6-8 años	Remiten: ruidos fuertes Persisten: separación, oscuridad, animales, daño físico Predominan: monstruos y tormentas
9-12 años	Remiten: separación, oscuridad, monstruos Persisten: animales, daño físico, tormentas Predominan: escuela, muerte
13-18 años	Disminuye: tormentas Persisten: animales, daño físico, escuela, muerte Predominan: apariencia física, relaciones sociales

(Méndez, 2013)

Mardomingo(2014),señala que el trastorno de ansiedad a la separación, se caracteriza por que el niño pone resistencia a hacer todo aquello que implique separarse de los padres como: ir al colegio, salir a jugar a la calle, ir a un campamento o excursión, quedarse dormidos fuera de casa. A causa de que experimenta un miedo irracional a que pueda suceder algo malo con la madre o el padre, a que puedan morir, tener un accidente o enfermar. De igual manera la muerte es un tema que genera temor, también puede sentir angustia ante animales, mostros y cualquier situaciones que puedan considerarla como peligrosas para su propia integridad y la de su familia. Por otra parte la adolescencia como lo refiere Mardomingo (2005), es una etapa en la que se descubre el mundo y la realidad de forma progresiva, y el contacto social con los demás es una de las claves de ese descubrimiento. Cuando se presenta la fobia social, se altera este proceso, dado que el adolescente experimenta miedo, vergüenza, sentido del ridículo, ataques de pánico cuando se ve enfrentado a situaciones como hablar en público, entablar nuevas relaciones, asistir a una celebración, acontecimiento social y en general todo aquello que implique contacto social y el ser visto por otros.



De esta manera, se tienen que, las respuestas de ansiedad que experimentan los niños y adolescentes ante las diversas situaciones de la vida, obedecen a una serie de predisponentes combinados como lo son los factores genéticos, personales familiares, sociales y ambientales, que pueden llevar de respuestas ansiosas esperadas a trastornos patológicos. Un factor importante a tener en cuenta en el estudio de la ansiedad infantil, son las condiciones propias del desarrollo del niño y adolescente,

### **Factores que inciden en la ansiedad**

#### Factores Genéticos

Para Sandín (2009), existe predisposición en el individuo que incide en el desarrollar de los trastornos de ansiedad en general, los factores hereditarios podrían desempeñar un papel importante en la adquisición de la ansiedad. Por su parte Mardomingo (2014) refiere que la ansiedad es innata y aprendida, como en el caso de los niños con miedo excesivo e inadecuado a su edad (miedo a la oscuridad, a los ruidos, a quedarse solo) que por lo general cuentan con antecedentes de padres miedosos que expresan y transmiten a sus hijos esos comportamientos temerosos. Repee (2016), argumenta la transmisión genéticamente de los trastornos de ansiedad, indicando estimaciones donde alrededor del 40% de la varianza en los síntomas de la ansiedad y en los trastornos de ansiedad esta mediado por factores genéticos. Crowe et al, (1983 citados por Mardomingo, 2005) observaron el componente genético en familiares de primer grado de personas que sufrían ataques de pánico, los cuales tienen un mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad que los familiares de sujetos sanos. Para Gregory y Eley (2007 referidos por Repee, 2016) indican que alrededor del 30 % al 40 % de varianza en los síntomas y trastornos se pueden atribuir a la heredabilidad en gemelos. A sí mismo el trastorno de ansiedad se asocia a un factor muy amplio como el neurotismo general.

Tayeh, Agámez y Chaskel (2016), revisaron investigaciones recientes relacionadas con la genética de los trastornos de la ansiedad y encontraron que:

“En cuanto a los genes específicos, los estudios recientes se han enfocado en un polimorfismo de la región promotora del gen transportador de la serotonina (5-HTT), consistente en inserción o delección de 44-bp. Los individuos con la forma corta del gen (ss o sl) han demostrado presentar mayor neuroticismo, conductas

evasivas hacia el peligro y ansiedad que los individuos homocigotos para la variante larga. Un polimorfismo del número de repeticiones tándem en el segundo intrón del gen transportador de la serotonina (5-HTT) también se ha asociado con aumento del riesgo de trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo” (p.9).

Los estudios sobre si los trastorno de la ansiedad se heredan o se aprenden es un tema de competencia de la psiquiatría. Lo que sí se puede afirmar es que “la predisposición genética y de carácter familiar se complementa con la existencia de determinadas circunstancias ambientales que potencian y facilitan el desencadenamiento del trastorno”. (Mardomingo, 2005 p. 130).

### Factores psicológicos

Un componente fundamental que favorece la aparición de los trastornos de ansiedad en las personas es su temperamento definido por Chess y Thomas (1996 citados por Pelaz et, al. 2008) como un estilo de comportamiento en la persona de origen biológico que influye en el desarrollo del individuo. Los niños desde muy pequeños manifiestan rasgos temperamentales que son modulados por la educación y el ambiente dando origen al carácter y a la personalidad del individuo, la diferencias comportamentales entre unos niños y otros se manifiestan cuando surgen situaciones de estrés, la reactividad ante el estrés es probablemente una característica individual con una fuerte carga genética Mardomingo (2014). De manera que ciertas características temperamentales en la niñez tienden a permanecer a lo largo del tiempo. Rapee (2016), destaca que el temperamento ansioso en el niño está caracterizado por la inhibición del comportamiento, el retraimiento, la timidez y el temor. Las características de la inhibición del niño incluye: retraimiento frente a lo nuevo, poca confianza con extraños y pares, no sonrío y mantienen mucha proximidad con sus figuras de apego. Por lo que se puede señalar que la inhibición es una manifestación temprana de un trastorno de ansiedad.

Retomando nuevamente la teoría de la vulnerabilidad, como predisponerte de ansiedad en el individuo, Barlow (2002; Sibrava y Borkovec, 2006 citados por García, Bados & Saldaña, 2012), destacan factores de la vulnerabilidad que inciden de manera determinante en los comportamientos ansiosos de las personas. Por una parte la vulnerabilidad biológica como predisponente hacia la hipersensibilidad neurobiológica genéticamente determinada hacia el

estrés. Y por otra parte, la vulnerabilidad psicológica, donde el sujeto tiene una percepción del mundo como un lugar peligroso y a su vez se siente incapaz de hacerle frente a los eventos amenazantes. También la experiencia de eventos traumáticos y ciertos estilos educativos como padres controladores y poco afectuosos favorecen un apego inseguro en la infancia, por tanto inducen y mantienen comportamientos ansiosos.

Desde el punto de vista de Barlow (s.f retomado por Navarro 2007), provenir de familias que son nerviosas, tensas y demasiado estrictas, y las experiencias infantiles de rechazo y abuso hacen más vulnerable al niño a aquellas presiones que experimenta durante la adolescencia y la edad adulta. Como resultado la persona puede generar tendencias personales hacia el pesimismo, la irritabilidad, la impulsividad, la desconfianza y la infelicidad.

Otros componentes a tener en cuenta son los estilos de crianza parentales y la calidad del vínculo afectivo, que vienen hacer determinantes en los comportamientos ansiosos de niños y adolescentes.

La familia es decisiva en el desarrollo socioafectivo del niño. Durante la infancia el niño toma de su familia modelos, valores, normas, roles y habilidades, que más adelante se relacionaran con el manejo y resolución de conflictos sociales y la regulación emocional. En este sentido, los estilos o pautas de crianza, juegan un papel fundamental en la salud y desarrollo del niño, cuando son adecuadas proporcionan el desarrollo de habilidades sociales y conductas prosociales en la infancia que van a perpetuarse en la edad adulta. Las prácticas de crianza se conceptualizan como las formas, los modos o las maneras en que los padres orientan el desarrollo del niño, transmitiéndole una serie de cuidados, valores y normas que facilitan su incorporación al grupo social. En esta tarea, los padres deben enfrentar una serie de conflictos y estresores en sus funciones, que pueden influir de alguna manera en las características de sus hijos y el ajuste social. Es así como la presencia de alteraciones como el estrés, la depresión, la agresividad y la aseidad en los padres afecta significativamente los estilos de crianza y la relación con los hijos (Cuervo, 2010).

Darling y Steinberger (1993, citados por Franco et al. 2014), en los estilos de crianza los padres ponen de manifiesto una serie de comportamientos. “Estos comportamientos incluyen tanto las conductas con las que desarrollan sus propios deberes de paternidad (prácticas parentales), como cualquier otro tipo de comportamientos: gestos, cambios en el tono de voz,

expresiones espontáneas de afecto, etc.” (p.1). Por su parte Vega (2006 referido por Navarrete, 2011), señala que el control y exigencia, la existencia o no de normas y disciplina, el grado de exigencia, el afecto y la comunicación hacia los hijos son dimensiones que caracterizan las prácticas de crianza en los padres y de estas se conceptualizan cuatro estilos de crianza:

**Estilo Democrático:** Los padres tratan de dirigir las actividades de sus hijos en forma racional teniendo en cuenta la edad y las características individuales y particulares del niño.

**Estilo Indiferente:** Los padres no establecen control disciplina y exigencias en la disciplina, y persiste una ausencia emocional y rechazo en la relación con los hijos.

**Estilo Permisivo:** Los padres permiten que sus hijos dirijan sus propias actividades, los padres se doblegan frente a los requerimientos y caprichos de los niños. Los hijos tienen el control de la familia.

**Estilo autoritario:** Los padre imponen de manera inflexible las normas y disciplina sin tener en cuenta la edad, las características individuales y las diferentes circunstancias de la vida de sus hijos.

De acuerdo con Ramírez (2005), los padres con estilos autoritarios, manifiestan altos niveles de control y exigencias de madurez hacia sus hijos pero con bajos niveles de comunicación y expresiones afectivas. A si mismo existe un predominio de las normas, obediencia estricta, constantemente los padres están controlando y evaluando los comportamiento y las actitudes de sus hijos, de acuerdo con los patrones fijos preestablecidos. Desde el punto de vista de Cuervo (2010), los estilos autoritarios y castigadores ocasionan un desarrollo emocional disfuncional con pocas estrategias y competencias emocionales en el niño para la adaptación en distintos contextos a lo largo de la vida. El estilo del vínculo o del apego, tiene una importante incidencia en las conductas ansiosas, según Sroufe (2000 citado por Farkas et al.2008) la búsqueda de vinculación es una necesidad biológica, primaria y universal de los seres humanos que tiene sus orígenes en la infancia, la calidad en los vínculos permite el desarrollo socioemocional y mental del niño. Es así como en momentos de ansiedad, temor, miedo o estrés, el ser humano recurre a sus figuras más significativas para calmarse.

También el apego o vínculo es un factor significativo que incide en el afecto y relaciones que establecen los niños consigo mismos y las demás personas. El apego es definido por Bowlby (1983 citado por Repetur, 2005) como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el

logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo”. (p. 4). Y el vínculo conceptualizado de igual manera por Bowlby (1988 citado por Repetur, 2005) como “un lazo afectivo que una persona o animal forma entre sí mismo y otro, lazo que los junta en el espacio y que perdura en el tiempo”. (p. 5). Continuando con Farkaset, al. (2008) el vínculo y el apego se presentan en base a unos modelos operativos que tienen que ver con las creencias y expectativas sobre la disponibilidad física y psicológica del cuidador y su nivel de responsabilidad, así como si el sujeto es merecedor de atención y cariño. Estos modelos se clasifican en cuatro categorías:

**Apego seguro o autónomo:** Los padres se muestran cercanos a sus hijos o hijas sensibles a sus necesidades, y favorecen el contacto con ellos cuando lo necesitan y a la vez estimulan y permiten la autonomía.

**Apego inseguro, ansioso- ambivalente o preocupado:** Los padres se muestran ambivalentes e imprevisibles ante la necesidad de contacto con sus hijos, lo cual llevaría a desarrollar con mayor probabilidad en los infantes un patrón de apego ansioso-ambivalente.

**Apego inseguro evitativo o rechazante:** Los padres se muestran insensibles y tienden a evadir el contacto con los hijos cuando ellos lo requieren.

**Apego desorganizado o no resuelto:** Los padres se muestran desorientados y confusos en la manera en que se desarrollan con sus hijos.

De esta manera, los estilos autoritarios en las pautas de crianza y los estilos de apego inseguro, ansioso- ambivalente o preocupado en el desarrollo de la infancia, pueden ser un detonante en el desarrollo de comportamientos ansiosos en los niños y adolescentes, a lo cual hace notar Ramírez (2002 citado por Cuervo, 2012) donde las prácticas de crianza inadecuadas, el afecto negativo, los castigos, el control autoritario y énfasis en el logro de los padres hacia sus hijos, incrementan la probabilidad de que los niños presenten problemas internos y externos en su comportamiento. También Newcomb et al. (2007 citados por Franco et. al 2014) aseguran que un ambiente familiar disfuncional con conflictos maritales, sobreprotección, autoritarismo, apego hostil, escasez de afecto y percepción negativa de la crianza, genera un ambiente propicio para el desarrollo de ansiedad en el niño. Por tanto la familia es fundamental en la socialización y desarrollo del niño como lo señala Henao, Ramírez y Ramírez (2007 citado por Cuervo, 2010)

“la combinación de costumbres y hábitos de crianza de los padres, la sensibilidad hacia las necesidades de su hijo, la aceptación de su individualidad; el afecto que se expresa y los mecanismos de control son la base para regular el comportamiento de sus hijos. Destacan la importancia de la comunicación en las pautas de crianza” (p. 115).

### Factores familiares y ambientales

En la opinión de Rapee, (2016) son las familias quienes transmiten los trastornos de ansiedad, los padres ansiosos aumentan el riesgo de ansiedad en los hijos, al ser formados dentro de sus propios miedos y estrategias de afrontamiento. Como lo hace notar González et al. (2009) unos padres con miedos y preocupaciones desproporcionadas sobre situaciones cotidianas, presentarán a su hijo a través del vínculo, su particular interpretación del mundo como un lugar peligroso frente al que es conveniente desarrollar conductas defensivas. La vivencia transmitida por el adulto influirá de manera significativa en la forma en que el niño responde a la ansiedad, ya sea de modo normal o patológico. Según la interpretación que los padres y adultos hacen de la ansiedad, influirá como modelo de imitación para la planificación de la conducta futura del niño.

Los acontecimientos vitales y estresantes en las personas, disminuyen las defensas inmunológicas del organismo facilitando así la marcha de enfermedades médicas y psiquiátricas. Mardomingo (2014) relaciona los acontecimientos vitales, con aquellas situaciones que generan un cierto grado de estrés en la persona y requiere de un proceso de adaptación. En los niños y adolescentes se presentan una serie de acontecimientos adversos que involucran directamente a su familia y escuela, que por la magnitud e importancia en la vida psíquica, emocional y social del niño, pueden generar altos niveles de ansiedad. Los acontecimientos familiares y escolares se agrupan en cuatro categorías especificadas en la Tabla 6.

Por su parte Clark y Beck (2012) especifican que diversas situaciones como, la reducción significativa de la calidad de vida, el impacto negativo sobre la productividad laboral, académica, relaciones sociales, economía personal, funcionamiento de la persona, y sobre los acontecimientos vitales, los traumas y las adversidades continuas serían factores de riesgo, que podrían predecir si la persona desarrolla o no un trauma de ansiedad. No obstante un acontecimiento vital concreto por sí solo no produce una patología determinada, también los

factores genéticos y las características de la personalidad del individuo son fundamentales para ello. Sin embargo es el medio ambiente el responsable en ciertos casos de que los genes se expresen y por tanto el individuo sufra una un trastorno o enfermedad determinada (Mardomingo, 1998 citado por Mardomingo, 2014).

Tabla 6

*Acontecimientos vitales familiares y escolares en niños y adolescentes*

De pérdida y separación	Muerte de uno de los padres Abandono del hogar de uno de los padres Separación o divorcio de los padres Separación del niño de los padres Muerte de un hermano
Acontecimientos relacionados con la interacción familiar	Alcoholismo Enfermedad psiquiátrica Enfermedad grave padres o hermanos Nuevo matrimonio de uno de los padres Discusiones Nacimiento de un hermano
Acontecimientos escolares	Déficit de rendimiento escolar Cambio de colegio Suspensión de la escolarización Problemas con los profesores Comienzo de la escolarización
Acontecimientos que implican un cambio de situación	Incorporación de la madre al trabajo de tiempo completo Cambio de nivel económico Pérdida del trabajo del padre Traslado a un domicilio nuevo

(Mardomingo, 2014)

Dentro de los factores ambientales que potencializan y desencadenan los trastornos de ansiedad en los niños se encuentran: el alcoholismo del padre, la depresión de la madre y el empleo de violencia como métodos educativos en la familia. La Tabla 7 señala estos factores ambientales. A sí mismo el nivel socioeconómico es un factor que influye en la prevalencia de los trastornos de ansiedad, síntomas ansiosos en clases desfavorecidas con exposición a medios violentos son factores de riesgo para la prevalencia de la ansiedad en los niños. Es así como los mecanismos neurobiológicos de ansiedad se ponen en marcha y llegan a crónificarse por la acción de circunstancias externas del medio ambiente en que vive el sujeto y por la acción de vivencias internas (Mardomingo, 2014). Otro factor a tener en cuenta al momento de evaluar y

diagnostica los trastornos de ansiedad es la cultura del individuo que como destaca Barlow (2002 citado por Clark & Beck, 2012), la existencia de la ansiedad en las personas, son experiencias subjetivas modeladas por factores específicos de cada cultura. Para Van Ommeren (2002 citado por Clark & Beck, 2012), comparar la prevalencia de ansiedad en diferentes culturas es complicado, dado a los sistemas de clasificación estándar que se basan en conceptualizaciones y experiencias americanas de la ansiedad que pueden carecer de validez diagnóstica en otras culturas.

Tabla 7

*Factores de riesgo ambientales en la ansiedad infantil*

---

Clase socioeconómica desfavorecida

Agresividad y violencia en la familiar y en el medio social

Inhibición conductual y social como con características temperamentales

Depresión familiar

Alcoholismo

Actitud excesivamente permisiva de los padres

Expectativas desmesuradas que cargan sobre el hijo una responsabilidad excesiva y agobiante

---

(Mardomingo, 2014)

Lo anteriormente expuesto, permite comprender la ansiedad como una respuesta biológica, personal y social, que opera en la manera como se relaciona y se asumen los diferentes acontecimientos a lo largo de la vida una persona. La hospitalización y la enfermedad misma, es uno de los acontecimientos más adversos para la persona que la padece y su familia, en ocasiones puede sobrepasar sus capacidades de afrontamiento y generar alteraciones en la conducta de las personas.

### **La Hospitalización y enfermedad en niños y adolescentes**

Alfaro y Atria (2009), definen la hospitalización como un período de tiempo requerido para el restablecimiento de la salud óptima, física y psicológica, en el que es necesario que el paciente permanezca recluido en un hospital, con el fin de recibir los tratamientos y cuidados necesarios para su recuperación. En este proceso las percepciones, sentimientos y necesidades son muy



variados entre las personas que las experimentan, por lo que depende entonces del ciclo vital en que se encuentre el paciente. En la infancia la hospitalización puede tener repercusiones negativas, por la poca capacidad de asimilación y comprensión de la situación.

De acuerdo con Méndez y Ortigosa (2000 citados por Silva, 2012), la hospitalización coloca al niño en una situación de crisis y vulnerabilidad. Por una parte se altera la vida del niño y la de su familia de forma drástica, ya que se interrumpe de forma breve o prolongada su escolaridad, restringiendo su tiempo libre y su vida social. Esta ruptura con su medio, define un estado emocional particular que puede o no favorecer la recuperación de su enfermedad. Por otro lado, la condición de hospitalización lo lleva a depender de personas extrañas (médicos, enfermeras) el niño debe aceptar normas especiales, nuevos hábitos de vida en su alimentación y su sueño, y en ocasiones enfrenta la súbita separación de su familia. Para Méndez (2013), la hospitalización infantil es una situación que genera estrés al niño y su familia, el impacto es mayor para aquellos niños que han sufrido anteriores experiencias hospitalarias negativas, los niños relacionan la hospitalización con procedimientos médicos dolorosos y atemorizantes como: operaciones quirúrgicas, punciones lumbares y la inducción de la anestesia que es un aspecto muy temido por los niños y padres.

En cuanto a la enfermedad como lo señala Ojeda y Alba (2012) ocasiona cambios en el estilo de vida del niño, al no poder continuar con sus actividades diarias. Estos cambios incluyen la pérdida de actividades sociales y físicas, así mismo la incorporación de procedimientos médicos complejos y periódicos generan una diferencia notable entre el niño enfermo y sus amigos sanos. Por otra parte, las limitaciones que trae consigo la enfermedad en el niño, tendrán un impacto en las interrelaciones de los diferentes miembros de la familia, ya que estos dispondrán de menos tiempo para realizar sus actividades y requieren de una reestructuración familiar para cubrir las demandas del menor.

El ciclo vital del niño es un determinante e importante para conocer las reacciones y consecuencias del niño hacia la enfermedad y hospitalización. En los preescolares, las hospitalizaciones restringen las actividades que son fundamentales para la etapa de la iniciativa y el egocentrismo donde necesita vivir nuevas experiencias. En la etapa escolar, aun que el niño asume la enfermedad, la falta de escolarización y de interacción con los compañeros provoca desajustes en la autoestima. En la adolescencia, la enfermedad afecta su autonomía a nivel físico,

sexual y la interacción con los demás. Los niños y adolescentes que padecen una enfermedad crónica tienen mayor riesgo de presentar alteraciones en el comportamiento principalmente durante el primer año de enfermedad, afectando áreas desempeño académico, funcionamiento psicológico y funcionamiento social (Ojeda & Alba 2012).

De acuerdo con Rodríguez (2009), el principal síntoma psicológico que experimenta el niño a la enfermedad y hospitalización, se caracteriza por un sentimiento inconsciente de temor o peligro, sin capacidad de identificar las amenazas que explique la razón de dichos acontecimientos. A nivel fisiológico se observa en el niño excitaciones y dolores orgánicos como: trastornos cardiovasculares, alteraciones respiratorias, síntomas gastrointestinales, temblores, vértigos, sudores, cefaleas. A nivel psicomotor surgen algunas alteraciones en el niño como la incapacidad de permanecer en reposo y de concentrar su atención de forma estable.

Autores como Cerdan et al. (2002; Fernández y López, 2006 citados por Banda et al. 2011) refieren que los niños hospitalizados presentan una serie de respuestas de ansiedad que interfieren de forma negativa en su comportamiento durante la estancia hospitalaria y que está en función de la duración de la estancia hospitalaria. A partir de los dos primeros días crece rápidamente y tiende a mantenerse en los días posteriores. Para Alfaro y Atria (2009), la ansiedad que los niños experimentan frente a la hospitalización, por un lado está asociada a la edad del niño, tiempo y frecuencia de las hospitalizaciones, ausencia parental durante la hospitalización, estrés parental, cambios fundamentales en la vida cotidiana del niño y su familia y por el otro a la enfermedad y el tratamiento requerido.

### **Alteraciones psicosociales de la enfermedad y la hospitalización en el niño y el adolescente**

La niñez y la adolescencia se caracterizan por una mayor vulnerabilidad, la hospitalización y la enfermedad afectan significativamente el adecuado desarrollo del niño y adolescente, generar síntomas a nivel biológico, psicológico y social, que pueden complicar la adherencia a los tratamientos médicos y por tanto su recuperación. En las reacciones emocionales y comportamentales que experimentan los niños durante este proceso, intervienen varios factores como lo son: los personales, los familiares, los relacionados con la enfermedad, equipo de salud y hospital.

*Factores Personales.* Son todos aquellos aspectos relacionados con la etapa de desarrollo en que se encuentre el niño o adolescente; el desarrollo cognitivo, emocional, social, las capacidades intelectuales, relaciones de afecto, el tipo de familia y sus interacciones (Alfaro & Atria, 2009). De acuerdo con Rajmil, et al. (2001 citado por Naranjo, 2011) cada etapa del desarrollo provee herramientas, habilidades, preocupaciones y necesidades, que van a influir en la manera de reaccionar del niño a la hospitalización. En relación a lo que significa la hospitalización para el niño con respecto a la edad se encuentra que: los niños pequeños, presentan menos estrategias de afrontamiento, no comprenden la realidad, presentan sentimientos de culpabilidad y tienen reacciones de regresión de capacidades ya adquiridas, como el control de los esfínteres. En la etapa preescolar, el llanto es más frecuente, se sienten agredidos e interpretan la hospitalización como un castigo por algo malo que hicieron, viven con mayor ansiedad la experiencia de separación de sus figuras de apego. En la etapa escolar, se presenta temores por la naturaleza de la enfermedad, preocupación por la separación de su grupo de pares. En la etapa adolescente señala Alfaro y Atria (2009), se produce ansiedad por la pérdida de la independencia, control e identidad, manifiesta preocupación por la pérdida de intimidad, conoce la causa de la enfermedad y es capaz de explicarla, en esta etapa son importantes una serie de factores como la protección de sus partes íntimas, dificultad para expresar con claridad sus sentimientos, temor a no ser comprendido, pérdida de autonomía y volver a ser tratado como niño. En la tabla 8 se resaltan algunos conceptos que el niño y adolescente tienen de la enfermedad y hospitalización.

Tabla 8

*Significado de la enfermedad y hospitalización para el niño/adolescente*

Lactante	Cambio de rutina y ambiente familiar que supone un problema la separación de los objetos deseados No comprende la situación Dependen de sus figuras de apego
Pequeños	Miedo a la separación y al abandono Miedo al dolor o lesión corporal La enfermedad es una situación puntual La enfermedad es un castigo por hacer algo inadecuado Presentan detención o regresiones (control de esfínteres)

Edades escolares	Temor a la naturaleza de la enfermedad Preocupación por la separación del grupo de pares La enfermedad es de causa externa que se localiza en el cuerpo
Adolescencia	Perdida de independencia, control e identidad Sentimientos de frustración a causa de las limitantes de libertad Sentimientos de aislamiento Baja autoestima por deterioro físico a causa de los tratamientos Es capaz de explicar la enfermedad

---

*Factores relacionados con la enfermedad.* Naranjo (2011) plantea que la naturaleza y características de la enfermedad son variables que inciden en la forma en que el niño y su familia experimentan la enfermedad y la hospitalización. Entre estos aspectos se encuentra: la amenaza a la muerte, el tipo de enfermedad si es aguda o crónica, la gravedad del pronóstico, el tiempo de evolución y el grado de discapacidad que produce en el niño. Por su parte García y Barra (2005) refieren que “la hospitalización tiene un significado de amenaza vital, vivido con una mayor intensidad por el niño ante procesos agudos graves, cirugías, ingreso a unidad especial como la Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) y ante enfermedades crónicas de mal pronóstico” (p 3).

En cuanto al tipo de enfermedad señala Tarragó (2012) que en las enfermedades agudas que son relativamente benignas, las repercusiones emocionales son más leves y aun que el niño tiene episodios de regresión y dependencia de sus padres, una vez recupera su salud, volverá al nivel de funcionamiento personal anterior a la enfermedad. Lo que no ocurre con las enfermedades graves y prolongadas (diabetes, cardiopatía, insuficiencia renal) donde ocurren alteraciones en el funcionamiento físico y emocional del niño, mostrándose totalmente vulnerable y dependiente las modificaciones de la familia son intensas, los padres se muestran abatidos, preocupados por sentimientos de muerte de su hijo enfermo, pueden mostrarse colaboradores con el médico o por el contrario negarse y rechazar la enfermedad. Otros factores que pueden hacer más intensas las reacciones psicológicas del niño ante la enfermedad, son las exposiciones a manifestaciones desagradables que pueda tener de la enfermedad como deformidad, pérdida de autonomía, inmovilización y reacciones en los padre como la culpa, pena, depresión, ansiedad, agotamiento, tensión marital y agobios financieros(Wiener & Dulcan 2006).

*Factores relacionados con la familia.* El impacto social que ocasiona la enfermedad en el niño, afecta no solo al paciente sino también a la familia. Quesada et al. (2014), refieren que la

enfermedad en el menor afecta factores en la familia como: estabilidad emocional, economía, autonomía, situación laboral, dinámica interna, actividades, relaciones sociales, comportamientos de sus miembros. La enfermedad en el niño supone una ruptura general de su esquema de vida como alejarse de su colegio, amigos, lugares de interés, situación que resulta más estresante para el niño cuando el diagnóstico lo obliga a permanecer hospitalizado. Los padres sufren un impacto emocional durante la enfermedad y la hospitalización de su hijo, por lo que también requieren ser preparados. Tras el diagnóstico de la enfermedad y el ingreso a la hospitalización como lo señala Naranjo (2011), se altera los roles y la dinámica familiar, surgen sentimientos intensos de incredulidad, rabia, temor y culpa. En la opinión de Mosteriori (1999 citado por Grau & Espada, 2012), las madres por lo general es quien se queda en el hospital con el niño y toma las decisiones con el cuerpo médico, el cuidado de la casa es asumido por otro miembro de la familia, los hermanos del niño hospitalizado por su parte, experimentan sentimientos de culpa y pueden llegar a sentirse desplazados, considerando la atención del hermano como favoritismo dado que los padres muchas veces reducen la atención a aquellos hijos que no están enfermos olvidando sus necesidades.

Montero, Jurado y Méndez (2014), consideran a los cuidadores principales como personas vulnerables ante las demandas que implica el compromiso de cuidar a una persona enferma, desencadenando en el cuidador problemas físicos, alteraciones emocionales, familiares, sociales y de salud. La carga del cuidador se define como todas aquellas reacciones emocionales que se experimentan ante la vivencia de cuidar; y los cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida en general de los cuidadores.

*Factores relacionados con redes sociales, el equipo de salud y Hospital.* Continuando con García y Barra (2005), las redes sociales están conformadas por persona y grupos como parientes, amigos compañeros del colegio, comunidad religiosa, instituciones de salud, las cuales desempeñan diferentes roles y son muy importantes como factor modulador y protector para el niño y su familia en situaciones como la enfermedad y hospitalización. Por su parte el equipo médico y de salud ocupa un papel importante en la red de apoyo, asumiendo el cuidado del menor y la relación con su familia. Para Alfaro y Atria (2009), existen muchos agentes que provocan alteraciones emocionales en los niños durante la hospitalización empezando por la infraestructura del hospital como: el ambiente físico (temperatura, ventilación, seguridad,

iluminación, infraestructura), comodidad, horarios de visitas, número de pacientes por sala, sistemas de entretenimiento y recreación, información adecuada y preparación para procedimientos. La percepción que tiene el niño del personal de salud es negativa debido a que ellos se encuentran vinculados con la enfermedad y sus consecuencias.

De acuerdo con Fernández (2008), la organización institucional según sea las normas de funcionamiento, influye de forma positiva o negativa en la hospitalización del niño. Por eso es importante la calidad en los servicios técnicos e interpersonales que se manejan en el hospital. Equipar de manera apropiada los sitios de internación pediátrica, generando espacios con mayor confort permitiendo la recreación y la educación. Por otra parte el manejo de la información es un punto central del médico y del equipo asistencial, brindar una adecuada información al niño sobre su estado y hospitalización, le permitirá tranquilizarlo, dado que los procedimientos médicos provocan miedo, malestar y dolor en el niño, si no se le explica la manera de realizar y aplicar los procedimientos médicos, suelen resultar estas prácticas más aterradoras para el niño. De esta manera, el niño y su familia requiere de un acompañamiento permanente durante este proceso, a lo que argumenta Velásquez (2014), la preparación psicológica de un niño hospitalizado es un proceso complejo donde se tienen en cuenta diferentes aspectos multidimensionales, como los ámbitos personal, familiar, educativo, recreativo y social del paciente, incluyendo, además, el proceso de adaptabilidad a la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización. Para ello, se requiere no solo de la participación del psicólogo clínico, sino también de un equipo de profesionales y personal de apoyo que trate directamente al paciente y a los padres.

### **Estudios relacionados con la ansiedad en niños en situación hospitalaria**

En este apartado se abordan investigaciones orientadas al estudio de las respuestas emocionales de los niños asociadas con la hospitalización, en especial la ansiedad a partir de la evaluación de ansiedad estado-rasgo en edades escolares y adolescencia.

Banda et al. (2011), realizaron un estudio descriptivo transversal y correlacional, para determinar los niveles de ansiedad rasgo/estado en pacientes pediátricos hospitalizados en dos

Instituciones de Salud de Cd. Mante y Tamaulipas. La recolección de datos se realizó mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC), la media de edad de los pacientes fue de 11.22 años, con mayor porcentaje en el sexo masculino. El motivo de ingreso más frecuente fue el quirúrgico con un promedio de tres días de estancia. Se obtuvo una confiabilidad de los instrumentos de 0.72 de alfa de Cronbach; el análisis estadístico se realizó en el paquete SPSS V.15. En lo que se refiere a los niveles de Ansiedad-Estado (A-E) por hospital, en el IMSS el 45% de los pacientes presentaron características de A-E y en el Hospital General el 40% de los pacientes pediátricos. En los niveles de Ansiedad-Rasgo (A-R) en el IMSS poco más de la mitad de los niños hospitalizados presentaron ansiedad 55% y en el Hospital General el 60% de los pacientes. Al analizar los ítems de A-E y A-R, los investigadores identificaron los más significativos en Ansiedad-Rasgo, que son la expresión de la inadecuación en el ambiente hospitalario de los pacientes pediátricos.

González, et al. (2009) realizaron un estudio observacional, prospectivo y longitudinal con la intención de conocer el nivel de ansiedad en niños y sus cuidadores en un servicio de urgencias. Estudiaron los niveles de ansiedad en niños entre 9 y 14 años y acompañantes que demandan atención sanitaria en un servicio de urgencias hospitalarias, con una muestra compuesta de un total de 105 casos. Además del cuestionario socio-demográfico, aplicaron el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad estado-rasgo en niños (STAIC) y el Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de adultos a los acompañantes. Como resultado no hallaron niveles elevados de ansiedad estadísticamente significativos, ni en los niños, ni en sus cuidadores durante su paso por la urgencia. Un nivel de ansiedad elevado como rasgo de personalidad, no está relacionado con la visita a urgencias ni en los niños ni en sus cuidadores ante situaciones de no urgencia. Ni tampoco se encuentra un nivel de ansiedad-estado elevado que justifique la visita al servicio de urgencia debido a una situación percibida como urgente.

Aguilera y Whetsell (2007) realizaron un estudio descriptivo y correlacional para investigar la relación del nivel de ansiedad y el evento de la hospitalización a una muestra de (n=155) en una población mexicana de niños de 7 a 11 años de edad, hospitalizados por problemas de salud agudos y crónicos, y para recibir tratamiento médico o quirúrgico. El muestreo fue probabilístico, sistemático con inicio aleatorio. La medición se realizó con el cuestionario STAIC. En los resultados observaron diferencias en la ansiedad a través del tiempo

siendo más alto durante la hospitalización y más bajo después de egresar del hospital. Encontraron correlación negativa entre la edad y los niveles de ansiedad de los niños después de la hospitalización. A si mismo infieren la probabilidad de que los niños de mayor edad poseen mejores recursos para afrontar y superar las situaciones que producen ansiedad y por último se observó que sólo la edad tiene efecto significativo en la variabilidad mostrada del nivel de ansiedad con o sin admisión previa. Los autores además de su investigación revelas otras investigaciones como:

Kain et al. (1997), quienes efectuaron un estudio de tipo prospectivo longitudinal en 163 niños de 2 a 10 años de edad, a partir de las mediciones repetidas del nivel de ansiedad en el preoperatorio de cirugía ortopédica (dos semanas, 6 meses y un año).Aplicaron una regresión múltiple ( $R^2 = 0,42$ ,  $F_3 = 8,2$ ,  $p = ,001$ ). Los niños mantuvieron una relación significativa del nivel de ansiedad a través del tiempo; 54% de los niños presentaron alteraciones de conducta asociadas a ansiedad a las dos semanas, el 20% mantuvo efectos de ansiedad a los 6 meses, y el 7,3% al año aún presentaba efectos de ansiedad.

La Montagne, Hepworth y Salisbury (2001) examinaron las respuestas de ansiedad en74 niños de 8 a 17 años ( $M = 13,5$ ,  $DE = 2,1$ años) a través del tiempo en la admisión para tratamiento médico-quirúrgico y en el posoperatorio. Encontraron un incremento en el nivel de ansiedad en los niños, del momento preoperatorio al posoperatorio. Teichman, Ben y Lerman (1986) estudiaron las respuestas de ansiedad en los niños hospitalizados, reportando un elevado nivel de ansiedad como efecto de la hospitalización con duración variable después del egreso. Por su parte Thompson (1999), estudió las respuestas de ansiedad en 43 niños de 8 a 12 años durante y después de la hospitalización, por intervención quirúrgica electiva para lo que se utilizó el STAIC en relación con la edad, el sexo, las admisiones previas, el tiempo de hospitalización y la información previa recibida. El índice global de ansiedad obtenido por el STAIC fue de 26 de 55 puntos de la escala total de 20 a 60 puntos, para los varones se obtuvo una media de36, 91 ( $DE = 6,34$ ). El coeficiente de correlación de Pearson aplicado a las variables demográficas no reportó relación significativa con el nivel de ansiedad del niño hospitalizado.

La ansiedad que experimentan los niños y adolescentes y los diversos factores que inciden en ella durante la enfermedad y hospitalización, es un tema que merece ser estudiado a profundidad, si bien las diferentes teorías ponen de manifiesto el origen de los trastornos de la



ansiedad también brinda herramientas importantes para abordar esta problemática. Sin embargo no serían suficientes si no se abordara otros factores como lo son lo genético, lo personal, lo familiar, lo ambiental que van a dar cuenta de cómo el individuo desde su infancia adquiere y desarrolla conductas ansiosas. De esta manera la hospitalización y la enfermedad por sí solas no constituyen los factores en las respuestas ansiosas que los niños puedan tener en los periodos de hospitalización.

## **Metodología**

### **Tipo de Investigación**

El presente estudio es de tipo descriptivo - exploratorio de corte cuantitativo. Como lo hace notar López (2011) los métodos de investigación cuantitativa se basan en procedimientos prácticos para la búsqueda del conocimiento y estadísticos en el procesamiento de la información. Se fundamentan en estudios dirigidos a explicar, predecir, indagar y verificar las causas de los problemas que se presentan.

Los estudios exploratorios determinan tendencias e identifican contextos y situaciones de estudio, son fundamentales cuando lo que se quiere es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o desconocido. El valor de este tipo de estudio, es que permite con la información obtenida, identificar conceptos y variables promisorias sobre nuevos problemas y así establecer prioridades para investigaciones futuras más completas. Con respecto a los estudios descriptivos, estos buscan detallar con exactitud dimensiones, propiedades, características y perfiles de las personas, comunidades, fenómenos, sucesos o situaciones que son sometidas a un análisis. Su objetivo es medir o recoger información de uno o más atributos sobre los conceptos o las variables del fenómeno de interés a estudiar, sin preocuparse por indicar como se relacionan (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

### **Participantes**

Para este estudio se realizó un muestreo intencional, donde fueron seleccionados 12 pacientes pediátricos; niños/niñas y adolescentes de 9 y 14 años de edad, en género 50 % masculino y 50% femenino, que fueron admitidos en unidades hospitalarias (medicina interna, casita de nacho, especialidades quirúrgicas y hospitalización pediátrica) de la Fundación HOMI. Los niños fueron hospitalizados por problemas de salud agudos o crónico, y para recibir tratamiento médico o quirúrgico en las unidades. Así mismo, se tuvo en cuenta para el estudio a los padres y cuidadores principales, que realizan el acompañamiento durante la estancia hospitalaria.

La muestra escogida para este estudio es no probabilística, que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) en las muestras no probabilísticas o muestras dirigidas los individuos o los casos típicos seleccionados para el estudio, no son representativos de una

población determinada. La elección de los datos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, si no de la decisión e interés del investigador para su tipo de diseño y estudio. Esta muestra, no requieren tanto de una representatividad de elementos de población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos (personas, contextos, situaciones) con ciertas características específicas de gran valor que aportan una riqueza para la recolección y el análisis de los datos. Como no son probabilísticos, no es posible calcular con qué nivel de confianza se hace una estimación, por tanto no se puede generalizar los datos obtenidos, los resultados se aplican nada más a la muestra en sí o a muestras similares en tiempo y lugar pero con mucho cuidado.

### **Criterios de Inclusión**

Niños y adolescentes hospitalizados con una estancia superior a 10 días, ubicados en tiempo, espacio, persona y comprensión de lectura para responder las preguntas del instrumento STAIC.

### **Criterios de Exclusión**

Los niños hospitalizados con diagnósticos oncológicos con los que no se autoriza trabajar y pacientes con daño neurológicos, retardo en su desarrollo para la edad esperada. Por la de la condición médica no es posible aplicar el instrumento.

### **Instrumentos**

Para la presente investigación se emplearon los siguientes instrumentos:

1. Entrevista semiestructurada elaborada por la investigadora donde se indaga al padre o cuidador: 1) la historia personal del niño y adolescente que incluye; desarrollo psicomotor, antecedentes escolares, aspectos de la socialización y afectivos, así como los intereses, habilidades y pasatiempos. 2) dinámica familiar que incluye: relaciones familiares, estilos y pautas de crianza, funcionamiento y comunicación familiar, actividades familiares. 3) situaciones traumáticas y estresantes en la familia, estilos de afrontamiento familiar, actitudes y comportamientos observables en los niños, adolescentes y sus padres/cuidadores.

2. Ficha sociodemográfica. Para caracterizar la población infantil hospitalizada y sus familias, se toma información como: Unidad de atención, información general de identificación del niño hospitalizado (sexo, edad, número de hermanos, escolaridad) y su cuidador principal (sexo, edad, escolaridad, núcleo de convivencia, nivel educativo, lugar de procedencia, estrato socioeconómico, rango de ingresos), información médica (régimen de salud, tiempo de hospitalización, tipo de enfermedad, tiempo del diagnóstico, enfermedades familiares) y factores protectores (apoyo familiar, apoyo social, apoyo económico) (Apéndice A).
3. STAIC Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo para niños. Es un inventario o cuestionario que evalúa ansiedad en niños, fue creado por Spielberger y et al. (1973, 1982) en California. Está compuesto por dos escalas independientes, una para evaluar la Ansiedad de Estado (A-E) con 20 elementos para medir el nivel de ansiedad del niño en un momento determinado, y la otra para evaluar la Ansiedad de Rasgo (A-R) con 20 elementos para identificar como se sienten los sujetos en general (Castrillón & Borrero, 2005). Para este estudio se utilizó STAIC con la adaptación Colombiana que realizaron Castrillón y Borrero (2005), (Apéndice B). En su investigación los autores validaron y estandarizaron el cuestionario STAIC, con la evaluación de 679 niños de ambos géneros, entre 8 y 15 años de edad, escolarizado en 35 instituciones educativas de Medellín. El análisis consistió en evaluar las propiedades estructurales de la prueba a través de la validez de constructo hallada bajo el análisis factorial. El análisis de dichas condiciones arrojó como resultado una agrupación de seis factores, teóricamente distinguibles entre sí con una confiabilidad moderada. También destacaron que el STAIC ajustado con la población de la ciudad de Medellín tiene condiciones para ser aplicado en otras regiones de Colombia con mayor capacidad discriminativa que la prueba de estandarización y adaptación española. (Apéndice C).
4. STAI Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo para adultos. El instrumento evalúa la ansiedad en sus dos dimensiones estado y rasgo. La primera versión fue desarrollada por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1964 y 1970 citados por Burgos & Gutiérrez, 2013). En 1982 se realizó una adaptación Española y desde entonces ha demostrado ser un instrumento útil y eficaz para medir ansiedad en adultos, en diverso ámbitos. El cuestionario está compuesto por

escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos (Estado y Rasgo) independientes de la ansiedad. Consta de un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos). (Apéndice D). información sobre propiedades psicométricas?

5. Consentimiento informado. A través de cual se da a conocer la investigación a los padres y cuidadores de los niños y adolescentes hospitalizados, invitándolos a participar. Los padres y cuidadores que deseen participar aceptan y firman los lineamientos que establece el consentimiento informado de acuerdo a los señalamientos del HOMI y autorizan participar en el estudio. El consentimiento incluye: Nombre del proyecto, objetivos del estudio, procedimientos, confidencialidad, riesgos y retiro voluntario de la investigación (Apéndice E).

## **Procedimiento**

### *Fase 1. Selección de la muestra*

Una vez recibida la aprobación de la investigación por el Comité de Ética de investigación de la Fundación HOMI, se procede a ubicar los pacientes en las diferentes unidades de hospitalización y se selecciona la muestra del estudio.

### *Fase 2. Presentación y consentimiento informado*

Se aborda a los padres y cuidadores principales de los niños en cada habitación de la respectiva unidad de hospitalización. Se les explica el propósito de la investigación. Se les solicita su participación voluntaria mediante el consentimiento informado, reiterándoles que los datos obtenidos se manejarán de manera confidencial y se aclara que la participación en el estudio no representa un daño o peligro para el niño, tampoco interfiere en su tratamiento médico.

### *Fase 3. Aplicación de los instrumentos.*

Se realiza la entrevista y se diligencia la ficha sociodemográfica. Se interactúa con los niños y adolescentes identificándolos por su nombre, edad y diagnóstico médico. Se les invita a contestar el cuestionario (STAIC), mientras lo realizan se les acompaña y orienta ante cualquier

inquietud relacionada con el instrumento. Así mismo, se le permitió al niño expresar sus sentimientos, encontrando reacciones de enojo, tristeza, inquietud, alegría, tranquilidad e indiferencia. Por último se aplica el STAI a los padres y cuidadores. Estos procedimientos se realizan en las respectivas habitaciones de las unidades pediátricas de hospitalización con un tiempo aproximado de 60 a 80 minutos por paciente.

#### *Fase 4. Calificación de pruebas*

Se tabula las características sociodemográfica de la población. Se calificaron cada una de las pruebas aplicadas a los niños y adultos de manera individual, y se tabula los resultados en una matriz en Excel, posteriormente se realiza un análisis comparativo entre ansiedad rasgo y ansiedad estado.

#### *Fase 5. Organización e interpretación de resultados*

Se organizan los resultados de acuerdo a los objetivos establecidos y se realizan las respectivas interpretaciones de los datos obtenidos.

#### *Fase 6. Elaboración de la discusión y conclusiones del estudio*

Se elabora la discusión de los resultados obtenidos, teniendo en cuenta como referencia las fuentes teóricas, datos relevantes obtenidos en la entrevista, los resultados de las pruebas aplicadas y su respectivo análisis estadístico. Para finalizar se realizan las conclusiones y se establecen las limitaciones y alcances de la investigación.

### **Categorías de Análisis o variables del estudio**

*Ansiedad.* Es una respuesta emocional normal del individuo ante situaciones adversas caracterizada por sentimientos de tensión, aprensión y preocupación, acompañada de una activación del sistema nervioso autónomo. Tiene una utilidad biológica adaptativa, dada la capacidad anticipatoria que tiene para detectar un peligro o amenaza. Sin embargo esta utilidad se convierte en desadaptativa cuando la respuesta de ansiedad se presenta ante situaciones de escaso peligro y ocurre de forma irracional, identificada por un nivel más elevado de ocurrencia, intensidad y duración en los síntomas (Sandín & Chorot, 2009).

*Ansiedad Estado/Rasgo.* Spielberger realizó la distinción entre la ansiedad de estado y ansiedad de rasgo. Definiendo *Ansiedad Estado* como un estado emocional transitorio del individuo, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión, aprensión y actividad aumentada del sistema nervioso autónomo. Por otra parte la *Ansiedad Rasgo* son aquellas diferencias individuales relativamente estables en la tendencia a la ansiedad, los individuos responden a las situaciones de amenaza percibida, con elevaciones en la ansiedad estado y evalúan una mayor cantidad de estímulos como amenazantes (Clark & Beck, 2012).

*Factores Psicosociales.* Barrientos (2005), argumenta sobre la importante función que tienen el medio social en el desarrollo del psiquismo del ser humano, en la interacción de este medio con los componentes biológicos surge el fenómeno psicológico junto con las manifestaciones de salud y enfermedad mental de cada persona, por tanto no es posible concebir al hombre independiente de su medio social y la interacción con él. Es así, como la salud mental su promoción y prevención se relacionan con lo biológico y genética pero principalmente con lo social, que es donde se centra el enfoque de los factores psicosociales y su influencia en los grupos vulnerables. Dentro de los factores psicosociales se encuentra el nivel socioeconómico, la urbanización, la clase social, las condiciones de vida, las creencias, la organización sociopolítica, el sistema de salud y el medio ambiente físico. Para el autor los factores psicosociales son los que inciden en la salud y bienestar del individuo, en la provisión de los servicios de salud y la función de los grupos sociales a los que pertenece.

## Resultados

En el presente apartado se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos a la muestra de participantes de la presente investigación.

### Características sociodemográfica de los participantes de estudio

Para la organización y análisis de los resultados del primer objetivo, se tabuló la información de la ficha sociodemográfica (Apéndice a) aplicada a las madres y cuidadoras principales que acompañan a los niños y adolescentes hospitalizados. Las variables sociodemográficas se encuentran registradas en las tablas que a continuación se presentan y de la siguiente manera: en la Tabla 9 se encuentran las características de los niños, adolescentes y madres/cuidadoras, en Tabla 10 las características de la hospitalización y en la Tabla 11 se muestran las características de la familia y el nivel socioeconómico.

Tabla 9  
*Características de los niño/adolescentes y madres/cuidadoras*

Variable	%
Sexo	
Hombre	50
Mujer	50
Edad	
Niño/Niña 8-12	58
Adolescentes 13-16	42
Escolaridad	
Primaria	33
Bachiller	67
Acompañante	
Madre	83
Abuela materna	17
Edad del acompañante	
20 – 30	8
31 – 40	50
41 – 50	33
51 – 60	8
Escolaridad del acompañante	
Primaria	42
Bachillerato incompleto	8
Bachillerato	42
Universitario	8



La muestra (n=12) estuvo compuesta, por un 50 % hombres y un 50 % mujeres. En edades se obtuvo un 58 % en niños entre 8 a 12 años y un 42% en adolescentes entre 13 a 16 años. En cuanto al nivel de escolaridad, todos los participantes se encontraban escolarizados, el 33% cursan la primaria y el 67% cursan bachillerato, se observó que durante la hospitalización algunos niños y adolescentes de la muestra continúan sus estudios, las madres o cuidadoras llevan actividades académicas al hospital a aquellos niños que se encuentran en capacidad de realizar. El 100% de la persona que acompaña a los niños y adolescentes hospitalizados son mujeres, en un 83% se encuentran las madres y en un 17 % la abuela materna. En las edades de las acompañantes se encontró un 50% entre 31 a 40 años, un 33% entre 41 a 50 años, un 8% entre 20 a 30, y un 8% entre 51 a 60 años. En cuanto al nivel de escolaridad, se encontró el 42% con la básica primaria, el 42% son bachilleres, el 8% no culminó el bachillerato y el 8% alcanzó una carrera universitaria.

Tabla 10  
*Características de la hospitalización*

Variable	%
Unidad de Hospitalización	
Casita Nacho	25
Medicina Interna	33
Hospitalización Pediátrica	8
Especialidades Quirúrgicas	33
Días de Hospitalización	
10 a 20	58
21 a 31	33
50	8
Diagnóstico médico	
Crónico	75
Agudo	25
Tipo de afiliación	
Contributivo	58
Subsidiado	42

La Tabla 10, señala los servicios donde se encontraban los participantes hospitalizados, Casita Nacho con un 25%, Hospitalización Pediátrica con un 8%, Medicina interna y Especialidades Quirúrgicas cada una con un 33%. El tiempo de hospitalización de los pacientes, se encontró entre 10 a 20 días un 58%, entre 21 a 31 días un 33%, y un 8% con 50 días. El diagnóstico médico con mayor prevalencia se encontró el crónico con un 75% y agudo con un

25%, y según el régimen de salud al cual se encuentran afiliados un 58% corresponden al contributivo y un 42% al subsidiado.

Tabla 11  
*Composición familiar y nivel socioeconómico*

Variable	%
Tipo de Familia	
Nuclear	25
Monoparental	50
Reconstituida	8
Extensa	17
Número de hijos	
1	16
2	41
3	8,4
4	25
6	8,4
Tipo de vivienda	
Propia	42
Arrendada	58
Estrato Económico	
1	8
2	75
3	17
Lugar de procedencia	
Bogotá	75
Otro lugar	25
Factores protectores	
Apoyo familiar	100
Apoyo social	83
Apoyo Económico	50

En la Tabla 11, se muestra la composición familiar, un 50% de tipo monoparental, un 25% tipo nuclear, un 17% tipo extensa y un 17% tipo reconstituida. En el número de hijos, incluido el participante se encontró que el 41,6 % de las familias participantes cuentan con 2 hijos, el 25% tienen 4 hijos, el 16,6% es hijo único el niño o adolescente hospitalizado, el 8,4% tienen 3 hijos, así como el 8,4% cuentan con 6 hijos. En el tipo de vivienda se encontró que el 58% de las familias viven en arriendo y el 42% la vivienda es propia y el 75% de estas familias su estrato económico corresponde al 2. En cuanto al lugar de procedencia se encontró que el 75% viven en Bogotá y solo el 25% proceden de otras regiones del país. En factores protectores o apoyo que reciben los pacientes y sus familias se encontró, un 100% de apoyo familiar, a lo que cabe señalar

que pese a la percepción que tienen estas madres sobre el apoyo familiar, se evidencio poca presencia de este, si bien las madres y los niños reciben llamadas constantes, las visitas a los niños en el hospital y remplazo de la madre en el acompañamiento del paciente son escasos. Un 83% de apoyo social en el cual las madres señalan sentirse apoyadas por el hospital y personal asistencial y un 50% de apoyo económico donde incluyen los ingresos que reciben del padre del niño y de algún familiar.

Resultado del instrumento STAIC, aplicado a los niños/niñas y adolescentes por análisis de los seis factores.

Para la organización y análisis de la información del instrumento STAIC, con el que se pretende dar respuesta al segundo objetivo sobre los síntomas ansiosos en los niños y adolescentes hospitalizados, se construyó una matriz en la cual se incluyen los resultados obtenidos, luego se realiza el análisis por factores. Cada factor de análisis está formado por unos ítems a evaluar incluidos en el instrumento o cuestionario de la prueba STAIC (Apéndice B), validación para la población Colombiana efectuada por Castellón y Borrero (2005). Los factores a evaluar incluyen: dos para tipo ansiedad estado (factor temor y factor tranquilidad) y cuatro para tipo ansiedad rasgo (factor preocupación, factor evitación, factor somatización y factor ira y tristeza). El análisis de factores se realiza según la tabla percentilar para el inventario de ansiedad estado – rasgo (Spielberger, 1973) con población Colombiana. Para la conversión a puntuaciones percentiles se tendrá en cuenta que de 85 a 100 son considerados clínicamente significativos. Las tablas especifican las puntuaciones encontradas por participante según los ítems de cada factor y la respectiva conversión percentil en relación, para los tipos de ansiedad.

De esta manera las tablas 12 y 13 señalan las puntuaciones en ansiedad estado en los dos primeros factores temor y tranquilidad.

La Tabla 12, muestra las puntuaciones obtenidas en el primer factor temor. De los datos se puede inferir, que de la muestra el 16,6% (2) de los participantes presentan niveles elevados de ansiedad estado en este factor. Situación que se observa en el participante 5 al momento de aplicar la prueba quien muestra afecto triste. Al indagar por su estado emocional, señala sentirse muy triste no solo por la enfermedad y hospitalización si no por la distancia con su padre. La cuidadora se observa contenida emocionalmente, se encuentra un estilo de crianza autoritario. Por

su parte el participante 10 se observa poca conversadora y distante. La madre manifiesta ser estricta en el establecimiento de las normas en el hogar. El resto de los participantes muestran puntuaciones mínimas para la situación.

Tabla 12

*Factor 1 (A/E): Temor*

Paciente	Me siento angustiado	Me encuentro confuso	Me siento molesto	Tengo miedo	Sumatoria	Percentil
1	2	1	1	1	5	35
2	1	1	2	1	5	35
3	1	1	1	1	4	20
4	1	1	1	1	4	20
5	3	1	3	3	10	96
6	1	1	2	1	5	35
7	1	1	2	2	6	55
8	1	1	1	1	4	20
9	2	1	1	2	6	55
10	3	2	1	3	9	91
11	2	1	1	2	6	55
12	2	1	1	1	5	35

Tabla 13

*Factor 2 (A/E): Tranquilidad*

Paciente	Me encuentro descansado	Estoy relajado	Me siento calmado	Sumatoria	Percentil
1	3	3	3	9	99
2	1	2	2	5	15
3	2	2	3	7	55
4	3	3	3	9	99
5	1	1	2	4	66
6	3	3	3	9	99
7	2	1	2	5	15
8	3	3	2	8	75
9	1	2	2	5	15
10	1	2	2	5	15
11	3	3	3	9	99
12	2	2	2	6	35

Las puntuaciones en el factor tranquilidad tipo ansiedad estado, se refleja en la Tabla 13 donde se evidencia que el 33,3% (4) de los participantes manifiestan sentirse tranquilos y seguros. En las observaciones y entrevista realizada a estos pacientes y cuidadoras, se encontró relaciones significativas, buena comunicación y una sobreprotección de las madres/cuidadoras hacia sus hijos. Alguno de estos pacientes, manifiestan sentirse tranquilos si la madre o abuela estaba siempre con ellos. De igual manera se observaron relaciones cercanas con el personal asistencial. Para la muestra restante, se observa una relación entre tranquilidad y temor durante la hospitalización.

Para la ansiedad tipo rasgo las tablas 14, 15, 16 y 17 señalan las puntuaciones percentilar encontradas para cada participante en los cuatro factores correspondientes; factor preocupación, factor evitación, factor somatización y factor ira y tristeza.

Tabla 14

*Factor 3(A/R): Preocupación*

Paciente	Me preocupan las cosas de la escuela	Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir	Me preocupo demasiado	Sumatoria	Percentil
1	2	2	3	7	70
2	3	2	3	8	90
3	2	3	1	6	45
4	2	2	1	5	25
5	3	3	3	9	99
6	2	1	1	4	9
7	2	3	1	6	45
8	1	2	1	4	9
9	3	2	2	7	70
10	3	3	3	9	99
11	3	2	1	6	45
12	2	2	1	5	25

El factor preocupación, en la Tabla 14 se destaca un 25% de la muestra con puntuaciones elevadas entre 90 y 99 en este factor. Al momento de la aplicación del instrumento, uno de los participantes manifiesta aburrimiento e inconformidad con la habitación de la unidad donde se encuentra, ya que en esta habitación se encuentran varios pacientes lactantes. Es pertinente señalar, que dos de los participantes que puntúan alto en factor preocupación también puntúan

alto en factor temor. Es decir que presentan puntuaciones elevadas en algunos factores de ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Tabla 15

*Factor 4 (A/R): Evitación*

Paciente	Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	Me cuesta quedarme dormido por las noches	Sumatoria	Percentil
1	3	1	2	6	65
2	2	3	3	8	96
3	1	1	1	3	5
4	1	1	1	3	5
5	3	1	1	5	40
6	1	1	1	3	5
7	3	2	3	8	96
8	1	1	1	3	5
9	1	1	1	3	5
10	1	2	2	5	40
11	1	2	2	5	40
12	1	1	2	4	15

La Tabla 15, se muestran las puntuaciones en el factor evitación, el 16,6 % (2) pacientes de la muestra presenta puntuaciones elevadas. En cuanto este factor que es una de las respuestas que tienen el individuo ante la ansiedad que para el caso de estos pacientes se convierte en una estrategia de afrontamiento, en el momento de la aplicación del instrumento se observa a estos adolescentes vulnerables en primer lugar por la escasa adaptación que presentan hacia la hospitalización y en segundo lugar, por el malestar físico como el dolor que les ocasiona la misma enfermedad.

Continuando con los factores tipo ansiedad rasgo, en la Tabla 16 se muestran los niveles significativos de 96 en el factor somatización en un 8,3% (1) de la muestra. Es importante señalar que ante el diagnóstico médico que presenta este participante hay una prevalencia de migraña y cefalea lo cual claramente lo pone en total vulnerabilidad por lo tanto la respuesta somática a la ansiedad son mucho más contundentes. Otro 16,6 % (2) de los participantes manifiestan somatización pero para el estudio no son representativas.

Tabla 16  
*Factor 5 (A/R): Somatización*

Paciente	Noto que mi corazón late más rápido	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	Me cuesta quedarme dormido por las noches	Sumatoria	Percentil
1	1	1	2	4	25
2	2	3	3	8	97
3	2	1	1	4	25
4	2	1	1	4	25
5	2	1	1	4	25
6	1	1	1	3	7
7	1	2	3	6	70
8	1	1	1	3	7
9	3	1	1	5	45
10	2	2	2	6	70
11	1	2	2	5	45
12	1	1	2	4	25

Tabla 17  
*Factor 6 (A/R): Ira y Tristeza*

Paciente	Me encuentro molesto	Siento ganas de llorar	Sumatoria	Percentil
1	1	1	3	20
2	3	2	7	95
3	2	1	6	50
4	1	2	7	50
5	1	1	7	20
6	2	1	9	50
7	2	2	11	80
8	1	2	11	50
9	1	2	12	50
10	1	2	13	50
11	2	1	14	50
12	1	1	14	20

Par finalizar los factores tipo ansiedad rasgo, la Tabla 17 señala las puntuaciones en el factor ira y tristeza, donde un 8,3% (1) participante de la muestra, presenta elevaciones de 95 en este factor, otro participante puntúa 80 y el resto de participantes manifiestan puntuaciones entre 20 y 50. Estos sentimientos encontrados se identifican cuando, por una parte, los niños comprenden que están en el hospital por que requieren de un tratamiento médico para recuperar su salud, se sienten acompañados por sus madres y cuidadoras, sin embargo al pasar los días manifiestan malestar y aburrimiento ante la hospitalización.

Tabla 18  
*Comparación de las puntuaciones entre Ansiedad Estado/Rasgo*

Paciente	Ansiedad Estado		Ansiedad Rasgo			
	Factor Temor	Factor Tranquilidad	Factor preocupación	Factor evitación	Factor somatización	Factor Ira y tristeza
1	35	99	70	65	25	20
2	35	15	90	96	97	95
3	20	55	45	5	25	50
4	20	99	25	5	25	50
5	96	66	99	40	25	20
6	35	99	9	5	7	50
7	55	15	45	96	70	80
8	20	75	9	5	7	50
9	55	15	70	5	45	50
10	91	15	99	40	70	50
11	55	99	45	40	45	50
12	35	35	25	15	25	20

En cuanto al comparativo entre ansiedad estado y ansiedad rasgo, en la Tabla 18 se puede inferir que para la presente muestra (n=12), en los participantes no se reflejan un porcentaje significativo en síntomas ansiosos en ninguno de los dos tipos de ansiedad. En cuanto a ansiedad de estado ante la enfermedad y hospitalización, solo el 16,6% de la muestra manifiesta síntoma ansioso en factor temor, el 33,3% de la muestra refleja sentirse tranquilo por tanto el 50,1% de la muestra participante presenta puntuaciones esperadas para la situación. Para los síntomas de ansiedad rasgo en los resultados obtenidos se encontró que de la muestra participante solo un 8,3 % de la muestra presenta puntuaciones significativas en los cuatro factores que miden ansiedad rasgo, el 16,6% de la muestra solo presenta puntuaciones elevadas en factor preocupación, el 8,3



% en factor evitación y 8,3 % en factor somatización presentan puntuaciones significativas en estos factores, es decir que del total de la muestra el 41, 5% presentan síntomas ansiosos en ansiedad rasgo. En cuanto a la relación entre ansiedad rasgo y ansiedad estado el 16,6% presentan síntomas ansiosos en los dos tipos de ansiedad

Resultados del instrumento STAI aplicado a las madres/cuidadoras de los pacientes.

Para la organización y análisis de la información del instrumento STAI, aplicado a las madres y cuidadoras para indagar sobre los síntomas ansiosos, se construyó una matriz en la cual se incluyen los resultados obtenidos. Para medir la ansiedad en madres y cuidadoras se utilizó la versión española del instrumento STAI (Apéndice D), se aplicó cada una de las escalas de autoevaluación que miden los dos conceptos, 20 ítems para ansiedad estado y 20 ítems para ansiedad rasgo, en las escalas están mezclados los elementos de la escala directa y escala inversa, una vez revisados y transformados estos elementos se obtuvieron las puntuaciones directas que son transformadas en percentiles. Para este estudio todas las puntuaciones corresponden a mujeres.

Tabla 19

*Puntuaciones Ansiedad E/R en madres y cuidadoras de los pacientes*

Madre /Cuidadora		Percentiles	
Paciente	Edad	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
1	56 años	65	10
2	31 años	75	45
3	42 años	95	35
4	49 años	80	85
5	32 años	75	45
6	40 años	30	55
7	35 años	95	99
8	37 años	65	70
9	38 años	85	75
10	45 años	80	80
11	26 años	1	5
12	36 años	75	50

En la Tabla 19 se presentan las puntuaciones obtenidas por las madres y cuidadoras en cuanto a los síntomas ansiosos en ansiedad estado y ansiedad rasgo, se puede señalar que el 41,6% (5) de las madres y cuidadoras presentan puntuaciones elevadas en ansiedad estado que a comparación de las puntuaciones que presentan en ansiedad rasgo son bastante significativas este estado transitorio las madres y cuidadoras manifiestan preocupación y angustia por la enfermedad, tratamiento médico y hospitalización de su hijo, y por otras situaciones familiares que alteran aún más su comportamiento ansioso. Otro mismo porcentaje 41,6% (5) madres y cuidadoras obtuvieron puntuaciones altas en relación a ansiedad rasgo y ansiedad estado siendo estas puntuaciones muy parejas, están madres y cuidadoras manifiestan una tendencia estable en el tiempo, en sus rasgos de personalidad ansiosa. El resto de los participantes el 16,8% (2) pacientes sus puntuaciones no señalan aumentos significativos para ninguno de los estados de ansiedad.

Resultados sobre el objetivo los factores psicosociales asociados a la ansiedad en los niños y adolescentes hospitalizados.

Para la identificación de los factores psicosociales se tuvo en cuenta la en la entrevista y como se proceso la información? Se categorizó información? realizada a las madres y cuidadoras, los resultados de las variables identificados en la ficha sociodemográfica, las observaciones y diálogos realizados con los niños y adolescentes durante la aplicación del instrumento.

En factores personales y comportamentales, a la hora de la aplicación de instrumento los niños y adolescentes se mostraron empáticos y colaboradores, junto a sus madres y cuidadoras quienes están día y noches con ellos, a lo que manifiestan sentirse acompañados y seguros. De otra parte, los adolescentes si manifiestan sentimientos de intranquilidad hacia la enfermedad y tratamiento, sentimientos de frustración y asilamiento y escasa adaptación al medio hospitalario, refieren extrañar a sus amigos, las actividades cotidianas, el colegio y medio social. Los niños y adolescente que se encuentran en capacidad para hacerlo, continúan con sus estudios en cuanto a que sus madres llevan a la habitación trabajos y actividades escolares, las aulas hospitalarias también hacen presencia apoyando el continuo aprendizaje de estos pacientes pediátricos.

Así mismo, en lo relacionado con el contexto hospitalario, los niños, adolescentes, madres y cuidadoras manifestaron sentirse a gusto en la unidad del servicio en donde se encuentran y en

general con todo el servicio que les ofrece el hospital, aunque debe mencionarse que un paciente evaluado en la unidad de pediatría se muestra intranquilo en esta unidad, argumentado que son demasiados pacientes en su habitación y por ser pacientes pequeños lloran la mayor parte del tiempo, situación que aumenta el dolor de su enfermedad. En cuanto a la enfermedad, en algunos pacientes se observa síntomas de dolor y agotamiento llegando a limitarlos e impídeles realizar algún tipo de actividad durante el día.

En cuanto a los factores familiares se observó buenas interacciones y comunicación, entre madres a hijos, conocimiento del diagnóstico médico de sus hijos, colaboración al personal médico y adecuado cuidado de las madres y cuidadoras hacia los niños. En las madres y cuidadoras presentan agotamiento físico y emocional por la enfermedad y hospitalización de su hijo, así como por otras situaciones difíciles que ocurren en su familia. De acuerdo a los datos de la caracterización de la población de estudio, una parte de estas madres son solteras y tienen a su cargo otros hijos aparte del que está hospitalizado y al estar todo el tiempo en el hospital sienten que descuidan a sus otros hijos, así como las labores del hogar o su trabajo que en ocasiones es el único sustento con el que cuentan. Aunque las madres de los menores refieren que tienen familia que las respaldan, se observó escasa red de apoyo, en su mayoría no son remplazadas y tampoco ellas quieren alejaren de sus hijos hospitalizados por mucho tiempo. Se identificó en la mayoría de estas madres y cuidadoras sentimientos y conductas de sobreprotección hacia sus hijos y algunos estilos de crianza autoritarios.

## Discusión

Es importante indicar en primer lugar, que en el presente estudio dado al tamaño de la muestra y siendo esta no probabilística, y en relación al tipo de estudio descriptivo exploratorio no es conveniente compararlo o referenciar los resultados con los estudios previos revisados para esta investigación, debido a que las muestra son mucho más representativas y los diseños son de otro tipo.

Los síntomas ansiosos en niños y adolescentes hospitalizados, así como los expresados por padre o cuidadores quienes realizan el acompañamiento a los pacientes durante es te periodo, fueron abordados desde la Teoría Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (1972, 1989 citado por Ries et al. 2012), en la cual realiza una diferencia entre ansiedad como un estado emocional y ansiedad como un rasgo de la personalidad. Cerdan, et al. (2002; Fernández y López, 2006 citados por Banda et al. 2011) señalan que los niños hospitalizados presentan una serie de respuestas de ansiedad que interfieren de forma negativa en su comportamiento durante la estancia hospitalaria. De otra parte y Ojeda y Alba (2012), destacan el ciclo vital del niño como determinante e importante para conocer las reacciones y consecuencias del niño hacia la enfermedad y hospitalización. En este sentido las categorías utilizadas para evaluar la ansiedad en adultos nos son las más adecuadas para los niños, dado que los niños experimentan eventos vitales propios de su desarrollo y crecimiento, que para sus comportamientos ansiosos hablaríamos de rasgos temperamentales y no de rasgos de personalidad como es el caso de adultos donde ya se encuentra estructurada su personalidad, a este hecho Mardomingo (2014), argumenta que los niños desde muy pequeños manifiestan rasgos temperamentales que son modulados por la educación y el ambiente dando origen al carácter y a la personalidad del individuo. Que se quiere resaltar? Ya se ha descrito la ansiedad y el instrumento en apartados anteriores.

Teniendo en cuenta estos determinantes, se utilizó la prueba STAIC, estandarizada para Colombia por Castrillón y Borrero (2005), que bajo el análisis de los seis factores lograron una mayor capacidad discriminativa en los síntomas ansiosos de esta población. De acuerdo a los resultados obtenidos del instrumento STAIC aplicado a la muestra (n=12), se obtuvo que el 58 % de la muestra corresponde a niños en edades de 8 a 12 años y el 42% a adolescentes entre 13 a

16 años. En los resultados arrojados del análisis por cada factor se encontró en Ansiedad Estado, puntuaciones percentiles significativas de 91 y 96 en el 16,6% de la muestra en el primer factor temor. El factor temor, se caracteriza por un estado emocional transitorio, inestable, confuso y percepción de amenaza significativa. Situación que como lo señala Rodríguez (2009), es uno de los principales síntomas psicológicos de ansiedad como respuesta a la enfermedad y hospitalización. Sin embargo no opera de la misma manera para el resto de participantes, quienes muestran puntuaciones mínimas para la situación. Es importante enfatizar que además del suceso de la enfermedad y hospitalización en estos niños, se identificaron situaciones adversas en el contexto familiar como la separación de la figura paterna, ruptura del núcleo familiar y estilo de crianza autoritario, circunstancias que posiblemente lleguen a vulnerar la vida psíquica, emocional y social del niño y generar altos niveles de ansiedad. En relación a los estilos de crianza autoritarios y castigadores Cuervo (2010), explica que ocasionan un desarrollo disfuncional en el niño, con pocas estrategias y competencias emocionales para la adaptación en distintos contextos a lo largo de la vida.

Para el segundo factor tranquilidad, el 33,3% manifestaron sentirse tranquilos y seguros, este factor está orientado hacia un estado jovial, por tanto los pacientes no manifiestan señales de alerta ante la hospitalización, por el contrario se sienten seguros y confortables ante la situación. Es probable que este estado emocional, esté relacionado con el hecho de que, esta madre o cuidadora que acompaña al niño, es con la que el niño perciben mayor vinculación, durante el estudio estas figuras se observaron muestran cercanas y cuidadoras hacia sus hijos. Se hablaría por tanto de un vínculo o apego seguro que como lo señala Farkas, et al. (2008), cuando hay un apego seguro, los padres se muestran cercanos a sus hijos sensibles a sus necesidades, favoreciendo el contacto con ellos cuando lo necesitan, por tanto en momentos de ansiedad, temor, miedo o estrés, los niños recurren a sus figuras más significativas para calmarse.

Estos niños permanecen acompañados por sus madres y cuidadora principal, quienes realizan una labor importante en el cuidado y protección de sus hijos. Lo cual permite reducir los sentimientos de miedo, angustia o ansiedad que pueden generarles la enfermedad, los procedimientos médicos y el ambiente hospitalario en el niño y por tanto a tener una mayor adaptación a las diferentes situaciones que vive durante la hospitalización.

Para el análisis en Ansiedad Rasgo, se encontró que el 16,6% presentaron puntuaciones significativas en el análisis de estos factores. El primer participante presenta una puntuación percentil elevada superior a 90 en los cuatro factores sintomáticos de este tipo de ansiedad (factor preocupación, factor evitación, factor somatización y factor ira tristeza). Para una mayor comprensión sobre de la presencia de estos cuatro factores en este participante, es importante indicar el estado emocional en que se encuentra al momento de aplicar el instrumento, donde manifiesta desagrado e incomodidad por la habitación de la unidad de servicio donde se encuentra. A este hecho Alfaro y Atria (2009), refieren la existencia de agentes, que provocan alteraciones emocionales en los niños durante la hospitalización, es así como el ambiente físico del hospital (temperatura, ventilación, seguridad, iluminación, infraestructura), la comodidad, los horarios de visitas y número de pacientes por sala, intervienen en el estado de ánimo\*? del niño hospitalizado. El segundo paciente presento puntuación percentil elevadas en el factor evitación (96), en el factor somatización 70 y en el factor ira y tristeza 80. Aunque las puntuaciones en somatización e ira y tristeza nos son clínicamente significativas, a comparación de los otros participantes muestra una mayor puntuación en estos factores. El factor tres (preocupación), se conceptualiza como un estado emocional de alteración anticipatorio sin la percepción de una señal de amenaza identificable. Spielberger (1972, citado por Ries, et al. 2012), destaca los pensamientos molestos y las preocupación es como síntomas que hacen parte de la ansiedad. El cuarto factor evitación, da cuenta de una estrategia de afrontamiento del individuo ante situaciones adversas, esta característica es referida por Lazarus (1976 citado por Virues, 2005), como una de las funciones de la ansiedad, que tiene como fin movilizar al individuo frente a situaciones amenazantes o preocupantes de manera que haga lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. El quinto factor somatización corresponde a las manifestaciones orgánicas que generan preocupación, que como lo refiere Mardomingo (2014), los síntomas somáticos de la ansiedad, afectan todos los órganos y sistemas del individuo, en este caso solo es evidente en un porcentaje pequeño de la muestra evaluada. El sexto factor tipo ansiedad rasgo ira y tristeza, que son aquellos sentimientos encontrados que van desde la iniciativa para cambiar una situación hasta estados emocionales depresivos.

De estas evidencias se tiene que para esta muestra no se hallaron síntomas ansiosos significativos en los niños y adolescentes hospitalizados, en relación a los síntomas en ansiedad

estado y ansiedad rasgo solo el 16,6% (2) pacientes presentan síntomas ansiosos en los dos tipos de ansiedad, y el 16,6% correspondiente (2) pacientes de la muestra, manifiestan síntomas significativos en los factores que miden ansiedad rasgo. El rango de edades de estos participantes que presentaron síntomas ansiosos ante la enfermedad y hospitalización oscila entre 12 y 14 años, caracterizadas por el inicio de adolescencia, para lo que es importante indicar que los factores personales de los niños y adolescentes juegan un papel importante en las manifestaciones emocionales ante la enfermedad y hospitalización. Consideran Alfaro y Atria (2009), que en el adolescente hospitalizado, se produce ansiedad por la pérdida de independencia, control, identidad e intimidad, encuentra dificultad para expresar con claridad sus sentimientos, con temor a no ser comprendido, a perder autonomía y volver a ser tratado como niño. Sin embargo Cerdán et. al. (2002 citados por Banda et al. 2011), argumentan que ante la hospitalización los adolescentes se estresan menos que los niños más pequeños porque tienen más conocimiento de la situación y cuentan con mayor estrategias para afrontarlo.

Para la muestra del presente estudio se encontraron síntomas ansiosos en 33,3% correspondiente a 4 participantes de la muestra (n=12) clínicamente significativo según la estandarización de instrumento STAIC utilizado en los niños y adolescentes hospitalizados. Los resultados hallados en relación a la ansiedad como respuesta emocional en los niños y adolescentes durante la hospitalización en las diferentes unidades evaluadas, no son lo suficientemente contundentes para referir la ansiedad como principal respuesta a este fenómeno. Lo que si ocurre en otros tipo de estudios como el Banda, et al. (2011), cuyo objetivo fue determinar los niveles de ansiedad rasgo-estado en una muestra de 80 pacientes pediátricos, en edades de 7 a 15 años hospitalizados en dos instituciones 40 participantes por cada hospital, con una estancia de tres días o más. A través de la aplicación del STAIC adaptado para la población española, encontraron que en lo referente al porcentaje de menores que presentaron ansiedad-estado encontraron un 38,2 % en la primera institución y un 29,4% en la segunda institución con manifestaciones en este tipo de ansiedad. Al medir los niveles de ansiedad rasgo, encontraron que en uno de los hospitales un poco más la mitad de los niños hospitalizados presentaron ansiedad 55%, de los cuales 32, % se ubican en el nivel de ansiedad medio, 20% en el nivel alto y un 2,5 % corresponde a un nivel de ansiedad bajo. En el segundo hospital encontraron que un 60% de los niños hospitalizados presento ansiedad siendo los niveles de ansiedad medio y alto quienes

presentaron la misma prevalencia. Para esta muestra siendo más significativa se encuentra un buen porcentaje de pacientes que manifiestan ansiedad estado y ansiedad de rasgo. Sin embargo pues es importante aclarar que la muestra del estudio es mucho más representativa y que la estandarización del instrumento no es para la misma población.

En relación a los síntomas ansiosos en las madres y cuidadoras de los pacientes pediátricos del presente estudio, se encontró que un 41,6% correspondiente a (5) de las madres y cuidadoras presentan puntuaciones significativas en ansiedad estado, mientras que los síntomas en ansiedad rasgo son menores, a lo cual cabe señalar, que aun que no son personas con rasgos de personalidad ansiosa, la enfermedad y la hospitalización de sus hijos son acontecimientos sumamente demandantes para estas cuidadoras a los que reaccionan con excesivos sentimientos de tensión, opresión y preocupación. Frente a este acontecimiento Naranjo (2011), refiere que ante la enfermedad de un hijo, surgen en la madre o familiares, sentimientos intensos de incredulidad, rabia, temor y culpa. De ahí que el cuidadores principal, es una personas vulnerables ante las demandas que implica el compromiso de cuidar a una persona enferma, desencadenando en el cuidador problemas físicos, alteraciones emocionales, familiares, sociales y de salud (Montero, Jurado & Méndez 2014). Conforme a la teoría planteada de ansiedad estado/rasgo, se encontró que otro 41,6% de estas madres y cuidadoras presentaron puntuaciones percentilares significativas reflejadas en ambos estados de ansiedad, Spielberger (1966 referido por Burgos & Gutiérrez, 2013) señala que las personas con ansiedad rasgo se caracterizan por un estado de ansiedad estable, donde gran parte del tiempo perciben diferentes situaciones de manera amenazante, por tanto son más propensos a responden a situaciones de amenaza con elevaciones en la ansiedad de estado. En ese sentido se estaría hablando de madres y cuidadoras con rasgos de personalidad ansiosa Clark & Beck, (2012) sugieren que este rasgo de constructo de la personalidad está vinculado a una emocionalidad negativa que obedece a ciertos factores de vulnerabilidad internos, estables y latentes que son observables mediante un proceso precipitante. Algunos de estas conductas observables en estas madres y cuidadoras son la preocupación excesiva por los procedimientos médicos en sus hijos, situación que no les permite comprender con claridad las explicaciones del médico sobre dicho procedimiento o tratamiento médico, en la angustia que les produce la enfermedad y la hospitalización de sus hijos están los pensamientos frecuentes de pérdida o muerte de su hijo.



Al respecto González, et, al. (2009), llevaron a cabo un estudio en una muestra de 105 niños entre 9 y 14 años y sus acompañantes, el objetivo del estudio era determinar los niveles de ansiedad en los niños y sus acompañantes. De igual manera aplicaron los instrumentos STAIC en niños y STAI en adultos con un diseño observacional, prospectivo y longitudinal. En los resultados, no se hallaron niveles elevados de ansiedad significativos en ansiedad estado o rasgo, ni en los niños ni en los cuidadores, los autores señalan que un nivel de ansiedad elevado como rasgo de personalidad no está relacionado con la visita a urgencias ni en los niños ni en sus cuidadores ante situaciones de no urgencia, tampoco encontraron un nivel de ansiedad estado que justifique la visita al servicio de urgencias debido a una situación percibida como urgente. Al comparar estas evidencias con los resultados del estudio actual, se puede inferir que para esta muestra (n=12) el 66,6% de las madres y cuidadoras reportan puntuaciones percentil estadísticamente significativas en ansiedad estado y rasgo, es posible que en parte se deba a que los periodos extensos de hospitalización, pueden resultar más angustiantes en relación a los padres y cuidadores que visitan a su hijo en una sala de urgencia. En sus discursos estas madres y cuidadoras por una parte manifiestan preocupación por la salud de sus hijos encontrándose en la muestra un 75% en diagnósticos crónicos, a lo que es importante citar a Wiener y Dulcan (2006), quienes sostienen, que en las enfermedades graves ocurren alteraciones en el funcionamiento físico y emocional del niño, mostrándose totalmente vulnerable y dependiente, los padres se muestran abatidos, preocupados por sentimientos de muerte de su hijo enfermo, pueden mostrarse colaboradores con el médico o por el contrario negarse y rechazar la enfermedad. De otra parte manifiestan agotamiento físico y emocional ante las largas estancias en que permanecen en el hospital, el 58% de la muestra estudiada el tiempo de hospitalización del niño oscila entre 10 a 20 días y estas madres y cuidadoras pasan todo el día y la noche con sus hijos sin ser remplazadas por otro familiar.

En relación a los factores hereditarios y el aprendizaje de la ansiedad, que pueden recibir los hijos de sus padres y familia, se encontró que el 16,6% (2) participantes con sus respectivas madres, presentan síntomas ansiosos, aun que claramente no es un porcentaje significativo es pertinente indicar que los factores hereditarios desempeñan un papel importante en la adquisición de la ansiedad. Desde el punto de vista de Barlow (s.f retomado por Navarro 2007), provenir de

familias que son nerviosas, tensas y demasiado estrictas, y las experiencias infantiles de rechazo y abuso hacen más vulnerable al niño a aquellas presiones que experimenta durante la adolescencia y la edad adulta.

Como es de notar la hospitalización no es un factor que incida de manera definitiva en los estados emocionales de estos niños hospitalizados y sus cuidadores. En los resultados arrojados por la ficha sociodemográfica y la entrevista a las madres y cuidadoras, se hallaron otros factores de riesgo relacionados con el contexto familiar, ambiental y social de esta muestra de estudio.

Un dato bastante significativo es el hecho de que el 50 % de las familias de estos pacientes son monoparental, es decir que hay una demanda importante en estas madres, quienes asumen todas las funciones parentales en la crianza y educación de los hijos, en las tareas domésticas y en su mayoría son la única fuente de ingreso económico de la familia. Durante la entrevista se percibió en estas cuidadoras sentimientos de culpa por la enfermedad de su hijo, sienten que no hacen lo suficiente por el cuidado del niño y el de sus hermanos que se quedan en casa al cuidado de otra persona o en el peor de los casos solos, a la espera de que sus necesidades también sean satisfechas. Mosteriori (1999 citado por Grau & Espada, 2012) refiere que son las madres por lo general quien se quedada en el hospital con el niño, el cuidado de la casa es asumido por otro miembro de la familia, los hermanos del niño hospitalizado por su parte, experimentan sentimientos de culpa y pueden llegar a sentirse desplazados, considerando la atención del hermano como favoritismo dado que los padres muchas veces reducen la atención a aquellos hijos que no están enfermos olvidando sus necesidades de afecto, cuidado y protección. Que para este caso son más evidentes ya que solo cuentan con la figura materna.

De igual manera se observa en estas madres una sobre carga física y emocional, frecuentemente se sienten desbordadas, su desarrollo personal y social es limitado. A pesar de que señalan contar con apoyo familiar, lo que se evidenció fue pobre red de apoyo, dado que estas madres, no son relevadas durante la hospitalización por algún familiar, las visitas al niño hospitalizado son escasa y refieren que el cuidado de sus hijos que se quedan es caso está a cargo de algún vecino o en ocasiones están solos en casa, por tanto la calidad de vida de esta familias es deficiente. En este sentido, el cuidado del niño enfermo junto con los de sus otros hijos, que para esta muestra llama la atención el número representativo de hijos a demás del niño hospitalizado supone mayores retos en su rol de estas madres cabeza de familia. Otros factores a considerar son la baja

escolaridad de estas madres y cuidadoras, a lo que señalan, dificultad para conseguir empleo por la poca preparación académica, carencia de vivienda propia y recursos económicos. Otro factor significativo para esta muestra es el predominio en el diagnóstico crónico es estos pacientes que como lo señala Naranjo (2011) la naturaleza y características de la enfermedad son variables que inciden en la forma en que el niño y su familia experimentan la enfermedad y la hospitalización. Entre estos aspectos se encuentra: la amenaza a la muerte, el tipo de enfermedad, la gravedad del pronóstico, el tiempo de evolución y el grado de discapacidad que produce en el niño, en los diagnósticos crónicos, ocurren alteraciones en el funcionamiento físico y emocional del niño, mostrándose totalmente vulnerable y dependiente. las modificaciones de la familia son intensas, los padres se muestran abatidos, preocupados por sentimientos de muerte de su hijo enfermo, pueden mostrarse colaboradores con el médico o por el contrario negarse y rechazar la enfermedad (Tarragó, 2012).

Hablando en términos sociales y de oportunidades, este conjunto de variables o características con porcentajes representativos, correspondería a una población o grupo vulnerable donde la situación socioeconómica, el poco nivel educativo, la composición familiar y el tipo de enfermedad, pueden influir en las respuestas ansiosas en los niños y adolescentes hospitalizados y en las madres o cuidadores acompañantes, a este hecho, Mardomingo(2014) argumenta que el nivel socioeconómico como un factor que influye en la prevalencia de los trastornos de ansiedad, síntomas ansiosos en clases desfavorecidas con exposición a situaciones adversas como abandono del hogar, padres violentos y enfermedades graves en los miembros de la familia son factores de riesgo para la prevalencia de la ansiedad en los niños.

Estos factores que se mencionan junto con las complicaciones que se puedan presentar en la institución hospitalaria relacionadas con la enfermedad, tratamientos médicos y con la asistencia de las ESP, conllevan a un mayor riesgo para la recuperación del niño enfermo y el bienestar de su familia, estas familias requieren de mayor apoyo económico, de empleo, de vivienda, de los servicios de apoyo familiar, de cultura y de educación.

## Conclusiones y recomendaciones

Posterior a los análisis del presente estudio se concluye que:

El nivel de ansiedad que presentan los niños, niñas y adolescentes ante la hospitalización en las unidades seleccionadas para el estudio no es lo suficientemente representativa. Sin embargo se identificaron síntomas en alguno de los participantes como temor, preocupación, evitación y somatización que son manifestaciones propias de las respuestas ansiosas ante una situación adversa.

La enfermedad y la hospitalización de estos pacientes, genera respuestas de ansiedad en las madres y cuidadoras, que para aquellas que presentan rasgos ansiosos de personalidad pueden sobre pasar las demandas que implica la situación por lo que necesitarían de mayor apoyo y acompañamiento a nivel afectivo y psicológico.

La hospitalización y la enfermedad por si solas no son detonantes para generar estados de ansiedad los suficientemente representativos en la muestra del presente estudio, según el instrumento aplicado. A lo que se sigue realizarse este tipo de análisis con un número mayor en la muestra, lo que permitiría realizar análisis más concluyentes del instrumento y generalizables en relación con este tipo de población de estudio.

Existen factores externos a la hospitalización de tipo psicosocial, que alteran el comportamiento y estado emocional en las madres y cuidadoras, con repercusiones en los niños y adolescentes hospitalizados.

Ninguna de las variables sociodemográficas abordadas en el presente estudio muestra relación con los porcentajes de los síntomas ansiosos en los niños y adolescentes o los rasgos de ansiedad en las más madres o cuidadoras durante la hospitalización en las unidades de servicio. Por lo que sería pertinente si se quisiera caracterizar la población pediátrica hospitalizada y sus familias, tener en cuenta que la fundación HOMI es un hospital de alta complejidad en las patologías, por tanto un buen número de población infantil que atiende el hospital provenientes de otras ciudades y regiones del país, tanto del área rural como urbana, por consiguiente se necesitaría una muestra representativa, así mismo sería provecho involucrar los pacientes con diagnósticos oncológicos y tener en cuenta todas las edades de los niños.

Se sugiere para próximas investigaciones si se quiere indagar en los síntomas y comportamientos ansiosos tras la hospitalización en los niños, complementar el STAIC con otro instrumento que evalúe ansiedad por la salud, como la escala de actitudes sobre la enfermedad (IAS), que puedan dejar ver con mayor claridad, si los efectos de la enfermedad y tratamientos médicos pueden generar respuestas ansiosas desconocidas para el niño y su familia, como es el caso de los diagnósticos crónicos que como que como ya se señaló este tipo de enfermedades alteran el funcionamiento físico y emocional del niño mostrándose totalmente vulnerable y dependiente, por lo que se debe tener en cuenta el tiempo de evolución, el grado de discapacidad y efectos secundario de los tratamiento en el niño y adolescentes.

Referente a los estados ansiosos en las madres y cuidadoras, que para la muestra del estudio la mayoría de ellas presentaros estados ansiosos significativos, se debe tener en cuenta que estas madres se ven enfrentadas a situaciones complejas, ante la angustia de perder a su hijo, las preocupaciones por el resto de la familia, y las largas jornadas que pasan en el hospital, donde muchas de ellas no son remplazadas les genera un desgaste físico y emocional. Desde la experiencia de la práctica profesional se observó que tanto los niños como sus cuidadores tienen tiempo libre durante el día el cual podría ser aprovechado por lo que sería conveniente crear espacio y grupos de mutua ayuda entre estas madres y cuidadoras de manera que puedan compartir la carga y los problemas que afrontan cotidianamente y que llevan con frecuencia a momentos importantes de malestar emocional, de esta manera estas cuidadoras estarán más dispuestas a cuidar a sus hijos de una forma más tranquila y conveniente para el niño.

Es pertinente realizar estudios sobre los estilos de afrontamiento con los que cuentan los niños, adolescentes, padres y cuidadores, para hacer frente a la gran cantidad de eventos adversos que suscita la enfermedad y la hospitalización. Este conocimiento permitiría desde la intervención psicológica, ayudar a los niños y su familia a crear estrategias de afrontamiento con las que puedan enfrentar y dar mejor manejo de sus conductas y emociones ante las diferentes situaciones estresantes que genera la enfermedad, tratamientos médicos y la hospitalización.

Por último es importante señalar que la humanización de la salud y en especial en los pacientes pediátricos, las intervenciones psicológicas deben estar encaminadas al trabajo multidisciplinario de manera empática y comunicativa, orientado hacia la promoción y la Psicoeducación de estilos saludables en el hospital y en las familias. Si se proporciona un

adecuado cuidado y acompañamiento psicológico en el paciente pediátrico, disminuirá los niveles de ansiedad relacionada con el evento hospitalario y si se incentiva a los padres y cuidadores como apoyo emocional del niño, se facilitará el proceso de adaptación al hospital, se lograra mayor adherencia en los tratamientos y por tanto una mejor percepción en la calidad de vida de los niños hospitalizados y sus familias.

## Referencias

- Aguilera, P., Whetsell, M. (2007). La ansiedad en niños hospitalizados. *Aquichan* 7(2), 207-218. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107211>
- Alfaro, A., Atria, R. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. *Revista Pediátrica*. 6. [http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4\\_factores\\_ambientales.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4_factores_ambientales.pdf)
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed., Texto Rev.): Editorial Médica Panamericana .
- Banda, G., Maldonado, G., Ibarra, C., Martínez, P. (2011). Valoración de la Ansiedad Estado/rasgo en Pacientes Pediátricos Hospitalizados. *Desarrollo CientífEnferm*. 19 (9). <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-313.pdf>
- Barrientos, G. (2005). Factores psicosociales y salud mental. En O, Rodríguez (Ed), *Salud mental infanto-juvenil*. La habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- Burgos, P., Gutiérrez, A. (2013). Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble. (Tesis de pregrado). Universidad del Bio-Bio. Chile. [http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/265/3/Burgos%20Fonseca\\_Pia.pdf](http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/265/3/Burgos%20Fonseca_Pia.pdf)
- Castrillón, D., Borrero, P. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado - rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología*. (13), pp. 79-90. <http://www.redalyc.org/pdf/798/79880105.pdf>
- Clark, D., Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao. España: Desclée de Brouwer.
- Comité de Humanización Hospital de la Misericordia, (1999). Como Sienten los Familiares la Hospitalización de los Niños(as). *Revista de Pediatría*, 34, (2). <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatria/vp-2342/pediatricas34299>
- Córdoba, J., Garabito, D., Medina, A. (2010). Participación de los padres, durante su visita diaria, en el cuidado básico de su hijo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo pediátrico del hospital cardiovascular del niño de Cundinamarca. (Especialización en enfermería).

Universidad de la sabana. Colombia.

<http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3835/132290.pdf?sequence=1>

- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982010000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982010000100009)
- Durand, V., Barlow, D. (2007). *Psicopatología, un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson.
- Farkas, C., Aracena, M., Pinedo, J., Santelices, M P. (2008). Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas. *Psyche*, 17(1) 65-79.  
<http://tuxchi.redalyc.org/articulo.oa?id=96717107>
- Franco, N., Nerín., M., Pérez N., Pérez, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 1 (2) 149-156.  
[http://www.revistapcna.com/sites/default/files/6-rpcna\\_vol.2.pdf](http://www.revistapcna.com/sites/default/files/6-rpcna_vol.2.pdf)
- Fernández, G. (2008). Paciente pediátrico hospitalizado. *APPIA*. (17), 37-49.  
<https://issuu.com/appia/docs/appia117>
- García, R., Barra, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista Médica Condes* 16 (4) 236-241.  
[http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf)
- García, S., Bados, A., Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología* 42 (2), 245-258.  
<http://www.redalyc.org/pdf/970/97026840008.pdf>
- Grau, C., Espada, M. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología*. 9(1) 125-136. DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2012.v9.n1.39142
- González, A., Pérez, L., Erkoreka, L., Alonso, Z., Azcarraga, M., De Pedro, R., Touza, R., Rahmani, R., Olazábal, N., León, C. (2009). Ansiedad en niños y cuidadores que acuden a un



servicio de urgencias pediátricas hospitalarias. *Norte de salud mental*, (35), 20–29.  
<http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/613/607>

- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill
- López, E (2011). *Metodología de la Investigación Guía Instruccional*. Universidad nacional abierta. Caracas. <http://biblo.una.edu.ve/docu.7/bases/marc/texto/m38021.pdf>
- López, S. (2014). *Protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico para los trastornos emocionales: revisión teórica*. (Trabajo de grado). Universidad de Zaragoza. España. <https://zagan.unizar.es/record/16868/files/TAZ-TFG-2014-2088.pdf>
- Mardomingo, M. (2014). *Psiquiatría para padres y educadores, ciencia y arte*. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- Mardomingo, M., Gutiérrez, J. (2010). Trastornos de ansiedad. En Soutullo, C., & Mardomingo, M. *Manual de psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid. España: Panamericana.
- Mardomingo, M. (2005). Trastornos de la ansiedad en adolescentes. *Pediatría Integral* 12(2), 125-134. [http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/336.1-Trastornos\\_ansiedad\\_adolescente\(1\).pdf](http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/336.1-Trastornos_ansiedad_adolescente(1).pdf)
- Martínez, C., Inglés, C., Cano, A., García, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 201-219. <https://www.researchgate.net/publication/232706973>
- Méndez, F (2013). *Miedos y temores en la infancia, ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Millan, J. (2007). Trastornos de la ansiedad en la infancia. *Revista médica latina (Bogotá)*. 5(1) 31-36.
- Montero, X., Jurado, S., Méndez, J. (2014). Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niño con cáncer. *Psicología y salud*. 24 (1) 45-53. <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/719/1267>
- Naranjo, I. (2011) *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoeducativo*. (Tesis Doctoral) Universidad de granada. España.

- Navarrete, L. (2011). Estilos de crianza y calidad de vida en padres de preadolescentes que Presentan conductas disruptivas en el aula. (Tesis de magister). Universidad del Bío-bío, Chillan, Chile. [http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2011/navarrete\\_1/doc/navarrete\\_1.pdf](http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2011/navarrete_1/doc/navarrete_1.pdf)
- Navarro. R. (2007). Como resolver tus problemas emocionales sin acudir a un terapeuta. Mexico: EditoriaPax. <https://books.google.com.co>
- Ojeda, C., Alba, L (2012). Abordaje del niño con enfermedad crónica. Temas de medicina familiar. Universidad Javeriana.
- Osma, J., García, A., Botella, C., Barrada, J. (2014). Personalidad y sensibilidad a la ansiedad como Factores de vulnerabilidad en el trastorno de Pánico. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22(2), 185-201. [http://www.unizar.es/barrada/papers/anxiety\\_sensibility.pdf](http://www.unizar.es/barrada/papers/anxiety_sensibility.pdf)
- Pacheco, P., Ventura, T. (2009). Trastornos de ansiedad por separación. *Revista chilena de pediatría*, 80 (2), 109-119. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062009000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200002)
- Pelaz, A., Bayón C., Fernández, A.; Rodríguez, P (2008). Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil Pediatría Atención Primaria. *Pediatría de Atención Primaria* 10 (40) 617-625. <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366638709005.pdf>
- Quesada, A., Justicia, M., Romero, M., García, M. (2014). La enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales en el paciente y en la familia. *INFAD*. 4 (1). [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1410/0214-87877\\_2014\\_1\\_4\\_569.pdf?sequence=1](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1410/0214-87877_2014_1_4_569.pdf?sequence=1)
- Ramírez, A. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: practicas de crianza. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)* 31(2) 167-177. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052005000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052005000200011&script=sci_arttext).
- Rapee, R. (2016). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención. *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes.

- Ries, F., Castaneda, C., Campos, M., Del Castillo, O. (2012) Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte* 12 (2) 9-16. <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>
- Rodríguez, L (2009). Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. Docencia e investigación. 2. <http://www.uclm.es/varios/revistas/docenciaeinvestigacion/numero2/luisrodriguez.asp>
- Safrany, k. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria* 6 (11) 4-5. [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov\\_art105.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf)
- Sarason, I., Sarason, B. (2006). Trastornos de ansiedad. *Psicopatología Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, (11ª ed, p. 66-67, 70-72, 78-79, 238). México. Pearson Educación
- Sandín, B., y Chorot, P. (2009). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. *Manual de Psicopatología (vol. 2)*, (2ª ed., pp. 44-46). Madrid. España: MaGRAW.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 17 (3) 185-203. Retomado de [http://www.aepcp.net/arc/02\\_2012\\_n3\\_sandin\\_chorot\\_valiente.pdf](http://www.aepcp.net/arc/02_2012_n3_sandin_chorot_valiente.pdf)
- Sandín, B. (2009). Teorías sobre los trastornos de ansiedad. En Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. *Manual de Psicopatología (vol. 2)*, (2ª ed., pp 93-98). Madrid. España: MaGRAW.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*. 21(2) 19-28. <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- Silva, G. (2012). Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios, Un estudio cualitativo con enfoque de resiliencia y los derechos del niño hospitalizado. Lima: IEP Instituto de Estudios Peruanos.
- Tarragó, R. (2012). Cuando el niño enferma. En E, Torras (Ed), *Normalidad, Psicopatológica y tratamientos en niños, adolescentes y familia* (pp.169-178). Barcelona, España: Octaedro.

- Tayeh, P., Agámez, P., Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *CCAP 15* (1) <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Tonina, A. (2010). Descripción de un caso de Trastorno de Pánico con Agorafobia, desde el modelo de tratamiento de base cognitivo-conductual propuesto por la Fundación Fobia Club. Universidad de Palermo <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/793/Tonina%20Sen%C3%A9s,%20Adriana.pdf?sequence=1>
- Velásquez, Luis. (2014). Niños hospitalizados. Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Lima
- Viedma, M. (2008). Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: implicaciones clínicas (Tesis Doctoral). Universidad de granada. España
- Virues, R. (2005). Estudio sobre la ansiedad. *Psicología clínica y Psicoterapia*. <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- Wiener, J., Dulcan, M. (2006). Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona, España: Masson. <https://books.google.com.co/book>

## Apéndices

### Apéndice A. Ficha Sociodemográfica para la caracterización de los participantes

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	
FECHA DE APLICACIÓN	UNIDAD DE ATENCIÓN
<b>INFORMACIÓN GENERAL DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO HOSPITALIZADO</b>	
SEXO	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años
¿TIENE HERMANOS?	<input type="checkbox"/> Si Lugar entre los hermanos: _____ <input type="checkbox"/> No
¿EL MENOR ESTUDIA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO GRADO ACTUAL _____
<b>INFORMACIÓN GENERAL DE IDENTIFICACIÓN DE PADRES/CIUDADORES</b>	
SEXO	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años
ACTUALMENTE ¿CON QUIÉN VIVE?	<input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> hijos <input type="checkbox"/> padres <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> solo (a) otro: _____
NIVEL EDUCATIVO APROBADO	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario Otro: _____
LUGAR DE PROCEDENCIA	Ciudad: _____ Municipio: _____ Verdad: _____ Barrio: _____ Otro: _____
EL LUGAR DONDE VIVE ES	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Arrendado <input type="checkbox"/> Familiar
ESTRATO SOCIOECONOMICO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Señale el rango de ingresos:	<input type="checkbox"/> \$200.000 o menos <input type="checkbox"/> Entre \$250.000 y \$600.000 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> \$650.001 y \$1.200.000 <input type="checkbox"/> Entre \$1.250.000 y \$3.000.000 <input type="checkbox"/> \$3.500.000 o más
<b>INFORMACIÓN MÉDICA</b>	
¿ACTUALMENTE TIENE COBERTURA EN SALUD?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿QUÉ TIPO DE AFILIACIÓN EN SALUD TIENE?	<input type="checkbox"/> contributivo <input type="checkbox"/> subsidiado <input type="checkbox"/> vinculado <input type="checkbox"/> régimen especial
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN: _____	
TIPO DE ENFERMEDAD: _____	

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO: _____	
ENFERMEDADES FAMILIARES: _____	
<b>FACTORES PROTECTORES</b>	
Para el control de su enfermedad actualmente cuenta con:	<input type="checkbox"/> apoyo familiar <input type="checkbox"/> apoyo social <input type="checkbox"/> apoyo económico

Apéndice B. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) Niños y Adolescentes. (Adaptación colombiana).

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*PARTE*

*ÚNICA*

	<b>Ítems</b>	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>
1	Me siento angustiado	1	2	3
2	Me encuentro confuso	1	2	3
3	Me siento molesto	1	2	3
4	Tengo miedo	1	2	3
5	Me encuentro descansado	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Me siento calmado	1	2	3
8	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
9	Me preocupan cosas que puedan ocurrir	1	2	3
10	Me preocupo demasiado	1	2	3
11	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
12	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
13	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
14	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
17	Me encuentro molesto	1	2	3
18	Siento ganas de llorar	1	2	3

## Apéndice C. Descripción en la revisión de factores

FACTOR	ÍTEMS A EVALUAR	TIPO DE ANSIEDAD
<p>1. TEMOR</p> <p>Da cuenta de un estado emocional de inestabilidad donde el grado de confusión y percepción de amenaza es significativo, generando altos niveles de ansiedad del tipo A/E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 17 me siento angustiado</li> <li>• 15 me siento confuso</li> <li>• 12 me siento moles</li> <li>• 5 tengo miedo</li> </ul>	Ansiedad Estado
<p>2. TRANQUILIDAD</p> <p>Este factor está orientado al estado emocional de jovialidad en un medio con pocas señales de alerta que satisface las necesidades de confort y seguridad. Es del tipo A/E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 me encuentro descansado</li> <li>• 6 estoy relajado</li> <li>• 1 me siento calmado</li> </ul>	Ansiedad Estado
<p>3. PREOCUPACIÓN</p> <p>Corresponde a estados emocionales de alteración sin la percepción de una señal de amenaza identificable, la anticipación hace parte de uno de sus principales elementos. Es del tipo A/R.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 29 me preocupan las cosas del colegio.</li> <li>• 33 me preocupo por cosas que pueden ocurrir.</li> <li>• 26 me preocupo demasiado</li> </ul>	Ansiedad Rasgo
<p>4. EVITACIÓN</p> <p>Da cuenta de una estrategia de afrontamiento orientada a no enfrentar la situación porque el sujeto se concibe a sí mismo en una condición de minusvalía e Inseguridad. Es del tipo A/R</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer.</li> <li>• 35 tengo sensaciones extrañas en el estómago.</li> <li>• 34 me cuesta quedarme dormido por la noche.</li> </ul>	Ansiedad Rasgo
<p>5. SOMATIZACIÓN</p> <p>Corresponde a manifestaciones orgánicas que generan preocupación, por su inexplicabilidad, sintomatología. Es del tipo A/R</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 31 noto que mi corazón late más rápido.</li> <li>• 35 tengo sensaciones extrañas en el estómago.</li> <li>• 34 me cuesta quedarme dormido por las noches</li> </ul>	Ansiedad Rasgo
<p>6. IRA Y TRISTEZA</p> <p>Está orientado a sentimientos encontrados que van desde el deseo de cambio de una situación hasta orientarse a estados emocionales depresivos. Es del tipo A/R</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 27 me encuentro molesto.</li> <li>• 22 me encuentro inquieto.</li> </ul>	Ansiedad Rasgo



Apéndice D. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) Adultos

Fecha: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ (M/F) Grado: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan para escribirse un así mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE USTED AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas malas ni buenas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

**Ansiedad- Estado**

	Ítems	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy oprimido	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

A continuación encontrará unas frases que se utilizan para escribirse uno así mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE USTED EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas malas ni buenas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa como se siente usted generalmente.

### Ansiedad Rasgo

	Ítems	Casi Nunca	Algo	A menudo	Casi siempre
1	Me siento bien	0	1	2	3
2	Me canso rápidamente	0	1	2	3
3	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4	Me gusta ser feliz como otros	0	1	2	3
5	Pierdo oportunidad por no decidirme pronto	0	1	2	3
6	Me siento descansado	0	1	2	3
7	Soy una persona tranquila, serena y	0	1	2	3
8	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10	Soy feliz	0	1	2	3
11	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13	Me siento seguro	0	1	2	3
14	No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15	Me siento triste melancólico	0	1	2	3
16	Estoy satisfecho	0	1	2	3
17	Me ronda y me molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19	Soy una persona estable	0	1	2	3
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Apéndice E. Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD, EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN LA FUNDACIÓN HOMI.

#### **Información de la Investigadora**

Nombre: María Yanira Villalba

Teléfono fijo: 3935123

Teléfono celular: 3103342839

Correo electrónico: [maya75villalba@gmail.com](mailto:maya75villalba@gmail.com) / [commyvillalbau@libertadores.edu.co](mailto:commyvillalbau@libertadores.edu.co)

Filiación: Fundación Universitaria Los libertadores

#### **Información de la Asesora Interna**

Diana Franco (Asesor Fundación HOMI - Fundación Universitaria Los Libertadores) Teléfono celular: 3138711502

Correo electrónico: [d.francoyamin@gmail.com](mailto:d.francoyamin@gmail.com)

#### **Información de la Asesora Metodológica**

Ivonne Edith Alejo Castañeda (Asesora de prácticas profesionales Fundación Universitaria Los Libertadores)

Teléfono celular: 3016165746

Correo electrónico: [ivonne132@gmail.com](mailto:ivonne132@gmail.com) - [iealejoc@libertadores.edu.co](mailto:iealejoc@libertadores.edu.co)

El objetivo de esta investigación es conocer, cuáles son los factores a nivel personal, familiar y social asociados a la ansiedad, que presentan los niños entre 8 años y 17 años de edad con enfermedad crónica durante un proceso de hospitalización superior a dos semanas. Siendo la ansiedad una de las emociones más frecuentes que experimentan los niños hospitalizados y que afecta significativamente su estado emocional y comportamental, situación que aumenta cuando la enfermedad que padece el niño es crónica dado a lo dolorosa e invasiva que esta puede ser.

Durante la recolección de la información se llevara cabo entrevistas con los padres, revisión de historia clínica del menor, aplicación de ficha sociodemográfica a los padres y los instrumentos (STAIC) para niños y (STAI) para adultos, que consta de 40 preguntas sencillas de responder, sin ningún riesgo para el niño o adolescente. Estas preguntas nos permiten evaluar cómo se presenta la ansiedad en los niños, adolescentes y padres. Es importante aclarar que la participación del niño, adolescente y padres es voluntaria y que puede retirarse en el momento en que desee, sin afectar el tratamiento, ni la atención que el niño está recibiendo en el hospital. Aclarando también que no hay ningún tipo de compensación económica por participar en la investigación. Los resultados de la investigación serán presentados a la Fundación HOMI según sean sus parámetros, y a la Fundación Universitaria Los Libertadores donde me encuentro estudiando.

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad e identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, actuando en mi calidad de representante legal del menor \_\_\_\_\_, por medio del presente documento autorizo y consiento que se realicen las actividades del proyecto anteriormente especificado por parte de la estudiante María Yanira Villalba y bajo la supervisión técnica, profesional y académica de las docentes Diana Franco y Ivonne Edith Alejo Castañeda.

Así mismo certifico que me fue explicado el objetivo de la actividad, los procedimientos de la misma y fui informado(a) que los resultados serán utilizados con fines académicos bajo los estándares éticos de la psicología, establecidos en la ley 1090/2006.

**NOMBRE COMPLETO DEL ACUDIENTE**

**FIRMA DEL ACUDIENTE**

**C.C.**

**FECHA:** \_\_\_\_\_